HUBUNGAN ANTARA PERSEPSI DAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN BARU TUBERKULOSIS PARU

(Studi Kasus di Puskesmas Mejobo Kabupaten Kudus)

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

Amalia Lafenia Beauty

NIM. 6411411149

JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2016

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Ilmu Keolahragaan
Universitas Negeri Semarang
2016

ABSTRAK

Amalia Lafenia Beauty

Hubungan Antara Persepsi Dan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Baru Tuberkulosis Paru *(Studi Kasus Di Puskesmas Mejobo Kabupaten Kudus)*
xvi + 78 halaman + 14 tabel + 4 gambar + 20 lampiran

Kepatuhan minum obat tuberkulosis pada pasien tuberkulosis dapat menjadi cara untuk memberantas tuberkulosis. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan antara persepsi dan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pasien TB Paru di Puskesmas Mejobo Kabupaten Kudus. Jenis penelitian ini adalah penelitian analitik menggunakan metode survei dengan rancangan *cross sectional*. Sampel penelitian ini adalah pasien baru TB Paru bulan Juli-Oktober 2015 berjumlah 34 pasien. Teknik sampling yang digunakan adalah total sampling. Instrumen yang digunakan berupa kuesioner. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat (uji *chi-square* dengan $\alpha = 0,05$) dan menghitung *Prevalance Risk (PR)*. Hasil *chi square* menunjukkan variabel yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat pasien TB adalah persepsi ($\rho = 0,001$, PR = 2,8) dan dukungan keluarga ($p = 0,00$, PR = 3), sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara persepsi dan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pasien TB Paru. Saran yang diberikan yaitu pasien harus minum obat secara teratur dan menambah informasi tentang TB Paru.

Kata Kunci : Dukungan keluarga, kepatuhan minum obat, persepsi, tuberkulosis paru
Kepustakaan : 44 (2000-2015)

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Department of Public Health Science
Faculty of Sport Science
Semarang State University
2016

ABSTRACT

Amalia Lafenia Beauty

Relation of Perception and Family Support with Adherence of Tuberculosis Drug Consumption on New Tuberculosis Patient. (Case study at Puskesmas Mejobo Kudus Regions).

xvi + 78 pages + 14 tables + 4 pictures + 20 appendics

The adherence TB medication on new patients of tuberculosis could be a way to against tuberculosis. This study aimed to determine relation of perception and family support with adhrence of tuberculosis drug consumption on new tuberculosis patient at Mejobo PHC Kudus Region. The research was explanatory research what used survey methode with cross sectional design. Data analysis was perfomed by using univariate and bivariate (chi-square test with α = 0,05) and calculating the Prevalance Risk (PR). The result of chi-square test showed variables what associated with drug consumption adhrence were perception (ρ = 0,001, PR = 2,8) and family support (p = 0,00, PR = 3), so that there were associated between perception and family support with drug consumption adherence. The advice to patient are drug consumption regularly and adding information of tuberculosis.

Key words : Family support, adherence of tuberculosis drug consumption, perception, pulmonary tuberculosis
Literature : 44 (2000 – 2015)

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah digunakan untuk memperoleh gelar sarjana di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penelitian manapun yang belum atau tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam daftar pustaka. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, Januari 2016

Penyusun

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan panitia Sidang Ujian Skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang. Skripsi atas nama Amalia Lafenia Beauty NIM. 6411411149 dengan judul " **Hubungan antara Persepsi dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Baru Tuberkulosis Paru (Studi Kasus di Puskesmas Mejobo Kabupaten Kudus)"**

Pada hari : Rabu

Tanggal : 24 Februari 2016

Panitia Ujian

Ketua Panitia,	**Sekretaris,**
Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd	Irwan Budiono, S.KM, M.Kes
NIP. 196103 20 198903 2 001	NIP. 19751217 200501 1 003

Dewan Penguji		**Tanggal Persetujuan**
Ketua Penguji (Penguji I)	drh. Dyah Mahendrasari S., M.Sc NIP. 19830309 200812 200 1	1/4 - 2016
Anggota Penguji (Penguji II)	dr. Intan Zainafree, M.HKes NIP. 19790105 200602 200 2	7/4/2016
Anggota Penguji (Penguji III)	drg. Yunita Dyah P.S., M.Kes (Epid) NIP. 19830605 200912 200 4	23/3 - 2016

v

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto:

Jangan pernah remehkan impian, walau setinggi apa pun. Sungguh Tuhan Maha Mendengar. Man Jadda Wajada. Siapa yang bersungguh-sungguh akan berhasil. (A.Fuadi, 2009 : 41)

Persembahan:

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Bapakku Sutaman, Ibuku Kunarsih yang senantiasa tulus berkorban, mendoakan, memotivasi serta menjadi semangatku
2. Almamaterku UNNES

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga skripsi yang berjudul **"Hubungan antara Persepsi dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Baru Tuberkulosis Paru (Studi Kasus di Puskesmas Mejobo Kabupaten Kudus)"** dapat terselesaikan. Penyelesaian skripsi ini untuk melengkapi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Sehubungan dengan penyelesaian skripsi ini tak lepas dari dukungan dan petunjuk dari berbagai pihak, untuk itu dengan rasa rendah hati disampaikan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd atas izin penelitianya.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Irwan Budiono, S.KM., M.Kes., atas izin penelitiannya.
3. Dosen Pembimbing, drg. Yunita Dyah Puspita Santik, M.Kes. (Epid), atas bimbingan, motivasinya dan saran dalam penyusunan skripsi ini.
4. Penguji I, drh. Dyah Mahendrasari Sukendra, M.Sc, atas kritik dan saran dalam penyusunan skripsi ini.
5. Penguji II, dr. Intan Zainafree, M.HKes., atas kritik dan saran dalam penyusunan skripsi ini.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

6. Bapak dan Ibu dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang telah diberikan selama ini.
7. Staf Tata Usaha (TU) Fakultas Ilmu Keolahragaan dan staf TU Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Bapak Sungatno, yang telah membantu dalam segala urusan administrasi dan surat perizinan penelitian.
8. Kepala Kesbangpol Kabupaten Kudus, Djati Solechah, S.Sos, MM, atas izin penelitiannya.
9. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus, dr. Maryata atas izin penelitiannya
10. Kepala Puskesmas Mejobo Kabupaten Kudus, Edi Susanto, S.Kep, Ners, atas izin penelitiannya.
11. Ibu Mia, selaku petugas pemegang program TB Puskesmas Mejobo atas bantuannya.
12. Pasien Tuberkulosis Paru Puskesmas Mejobo atas keikutsertaannya dalam penelitian ini.
13. Bapakku Sutaman, Ibuku Kunarsih serta adikku Desy Aviolina atas segala pengorbanan dan bantuannya.
14. Sahabat dan temanku atas masukan, diskusi, dan bantuannya. Semua pihak yang membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Semoga amal baik dari semua pihak mendapat imbalan yang berlipat ganda dari Allah SWT. Saya sadar bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan guna penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Semarang, Januari 2016

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

JUDUL ..... **i**

ABSTRAK ..... **ii**

ABSTRACT ..... **iii**

PERNYATAAN ..... **iv**

PENGESAHAN ..... **vi**

MOTTO DAN PERSEMBAHAN ..... **vii**

KATA PENGANTAR ..... **viii**

DAFTAR ISI ..... **ix**

DAFTAR TABEL ... . **xiii**

DAFTAR GAMBAR ..... **xiv**

DAFTAR LAMPIRAN ..... **xv**

BAB I PENDAHULUAN **1**

1.1 Latar Belakang Masalah 1

1.2 Rumusan Masalah 6

1.3 Tujuan Penelitian 7

1.4 Manfaat Penelitian 8

1.5 Keaslian Penelitian 9

1.6 Ruang Lingkup Penelitian 12

BAB II TINJAUAN PUSTAKA **13**

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.1 Tuberkulosis 13
2.1.1 Definisi 13
2.1.2 Etiologi 13
2.1.3 Cara Penularan 14
2.1.4 Patofisiologi 15
2.1.5 Faktor Risiko TB Paru 16
2.1.6 Klasifikasi Tuberkulosis 18
2.1.7 Gejala TB Paru 19
2.1.8 Diagnosis TB Paru 19
2.1.9 Pengobatan TB Paru 23
2.1.10 Pemantauan dan Hasil Pengobatan TB 26
2.1.11 Pencegahan Tuberkulosis 27
2.2. Kepatuhan 29
2.2.1 Pengertian Kepatuhan 29
2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kepatuhan 29
2.2.3 Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Ketidakpatuhan 32
2.2.4 Cara Mengurangi Ketidakpatuhan 32
2.3 Persepsi 35
2.3.1 Definisi Persepsi 35
2.3.2 Proses Terjadinya Persepsi 35
2.3.3 Macam-Macam Persepsi 37
2.4 Dukungan Keluarga 39
2.4.1 Definisi Dukungan Keluarga 39

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.4.2 Macam-Macam Dukungan Keluarga 39

2.4.3 Fungsi Keluarga 41

2.5 Kerangka Teori..... 42

BAB III METODE PENELITIAN 43

3.1 Kerangka Konsep 43

3.2 Variabel Penelitian 44

3.3 Hipotesis Penelitian..... 45

3.4 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel 45

3.5 Jenis dan Rancangan Penelitian 46

3.6 Populasi dan Sampel Penelitian 46

3.7 Sumber Data..... 47

3.8 Instrumen Penelitian..... 48

3.9 Teknik Pengambilan Data 51

3.10 Prosedur Penelitian..... 52

3.11 Teknik Pengolahan dan Analisis Data 53

BAB IV HASIL PENELITIAN..... 56

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian 56

4.2 Karakteristik Responden 58

4.2.1 Umur 58

4.2.2 Jenis Kelamin..... 59

4.2.3 Tingkat Pendidikan 59

4.2.4 Pekerjaan..... 60

4.3 Hasil Penelitian 60

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

4.3.1 Analisis Univariat 60
4.3.1.1 Persepsi 61
4.3.1.2 Dukungan Keluarga 61
4.3.1.3 Tingkat Kepatuhan Minum Obat 61
4.3.2 Analisis Bivariat 62
4.3.2.1 Hubungan Persepsi dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat 62
4.3.2.2 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat 63
BAB V PEMBAHASAN 65
5.1 Analisis Penelitian 65
5.1.1 Hubungan Persepsi dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat 65
5.1.2 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat 69
5.2 Keterbatasan Penelitian 71
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN 73
6.1 Simpulan 73
6.2 Saran 73
DAFTAR PUSTAKA 75
LAMPIRAN 79

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 1.1: Keaslian Penelitian..... 9

Tabel 2.1: Tabel Pengelompokan OAT 24

Tabel 2.2: Tabel Efek Samping Ringan OAT 25

Tabel 2.3: Tabel Efek Samping Berat OAT 25

Tabel 3.1: Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel..... 45

Tabel 4.1: Distribusi Responden berdasarkan Umur 58

Tabel 4.2: Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin..... 59

Tabel 4.3: Distribusi Responden berdasarkan Pendidikan..... 59

Tabel 4.4: Distribusi Responden berdasarkan Pekerjaan..... 60

Tabel 4.5: Distribusi Responden berdasarkan Persepsi 61

Tabel 4.6: Distribusi Responden berdasarkan Dukungan Keluarga 61

Tabel 4.7: Distribusi Responden berrdasarkan Tingkat Kepatuhan Minum Obat62

Tabel 4.8: Hubungan Persepsi dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat..... 62

Tabel 4.9: Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat..... 63

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.1: Alur Diagnosis TB Paru 22

Gambar 2.2:Proses Terjadinya Persepsi..... 37

Gambar 2.3: Kerangka Teori..... 42

Gambar 3.1: Kerangka Konsep 43

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

DAFTAR LAMPIRAN

Halaman

Lampiran 1 : Surat Tugas Dosen Pembimbing 79

Lampiran 2 : Surat dari Komite Etik Penelitian Kesehatan *(Ethical Clearance*... 80

Lampiran 3 : Surat Permohonan Izin Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian ke Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus 81

Lampiran 4 : Surat Izin Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus 82

Lampiran 5 : Surat Permohonan Izin Penelitian ke Kesbangpol Kabupaten Kudus.....83

Lampiran 6 : Surat Permohonan Izin Penelitian ke Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus 84

Lampiran 7 : Surat Permohonan Izin Penelitian ke Puskesmas Mejobo Kabupaten Kudus.....85

Lampiran 8 : Surat Izin Penelitian Kesbangpol Kabupaten Kudus.....86

Lampiran 9 : Surat Izin Penelitian Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus.....87

Lampiran 10: Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian.....88

Lampiran 11: Lembaran Penjelasan Kepada Calon Subyek.....89

Lampiran 12: Persetujuan Keikutsertaan dalam Penelitian.....91

Lampiran 13: Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas.....92

Lampiran 14: Instrumen Penelitian (Kuesioner).....97

Lampiran 15: Data Responden.....102

Lampiran 16: Skoring Hasil Penelitian.....105

Lampiran 17: Rekap Hasil Penelitian.....111

Lampiran 18: Analisis Univariat.....112

Lampiran 19: Analisis Bivariat.....115

Lampiran 20: Dokumentasi.....119

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Tuberkulosis merupakan salah satu masalah kesehatan yang utama di dunia. *Mycobacterium tuberculosis* menginfeksi hampir sepertiga penduduk dunia. *World Health Organization* (WHO) telah mencanangkan kedaruratan global karena di sebagian besar negara di dunia penyakit tuberkulosis tidak terkendali. Hal ini disebabkan oleh banyaknya penderita tuberkulosis yang tidak berhasil disembuhkan (Kemenkes,2011).

Di dunia, tuberkulosis menduduki peringkat kedua penyebab kematian akibat penyakit infeksi setelah *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*. Pada tahun 2013, diperkirakan sekitar 9 juta jiwa terinfeksi kuman tuberkulosis dengan 1,5 juta jiwa meninggal akibat tuberkulosis secara global (WHO,2014).

Di Indonesia, tuberkulosis merupakan masalah utama kesehatan masyarakat. Tuberkulosis menduduki peringkat pertama penyebab kematian akibat penyakit menular dan menduduki peringkat ketiga dari 10 penyakit pembunuh tertinggi yang menyebabkan 100.000 kematian tiap tahun (Sarwani, 2012). Jumlah pasien tuberkulosis di Indonesia merupakan kelima terbanyak di dunia setelah India, China, Nigeria dan Pakistan (WHO,2014). Pada tahun 2013 ditemukan jumlah kasus baru BTA positif sebanyak 196.310 kasus dengan proporsi BTA positif 60% (Profil Kesehatan Indonesia, 2013).

Jawa Tengah merupakan provinsi dengan jumlah kasus tuberkulosis tertinggi dengan kasus baru BTA positif hampir sebesar 40% dari jumlah seluruh kasus

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

baru di Indonesia (Profil Kesehatan Indonesia, 2013). Angka penemuan kasus baru Tuberkulosis Paru terkonfirmasi bakteriologis yang tercatat *(Case Notification Rate/CNR BTA Positif)* tahun 2014 di Jawa Tengah sebesar 55,99 per 100.000 penduduk. Angka kesembuhan tuberculosis *(Cure Rate)* di Jawa Tengah hanya sebesar 81,84%. Hal ini menunjukkan angka kesembuhan Tuberkulosis Jawa Tengah belum memenuhi target minimal sebesar 85% (Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2014).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus, Tuberkulosis masuk dalam 10 besar penyakit tertinggi dirumah sakit dan di puskesmas sekabupaten Kudus dengan angka *Case Detection Rate (CDR)* pada tahun 2014 sebesar 72,49% dengan persentase kasus tuberkulosis yang dapat disembuhkan sebesar 79,1%. Kabupaten Kudus memiliki 19 Puskesmas dengan angka *Case Detection Rate* yang berbeda-beda (Dinkes Kabupaten Kudus, 2014).

Puskesmas Mejobo adalah salah satu puskesmas di Kabupaten Kudus yang pada tahun 2010 menduduki rangking keenam belas yaitu dengan CDR 41,7%. Pada tahun 2011 Puskesmas Mejobo di urutan kesepuluh dengan CDR 65,6 %. Pada tahun 2012 Puskesmas Mejobo di urutan pertama dengan CDR 103,6%. Pada tahun 2013 Puskesmas Mejobo di urutan keenam dengan CDR 65,4%. Pada tahun 2014 Puskesmas Mejobo di urutan ketiga dengan CDR 73,9%. Puskesmas Mejobo dapat disimpulkan mengalami kenaikan CDR setiap tahun kecuali pada tahun 2013 mengalami penurunan (Dinkes Kabupaten Kudus, 2010-2014).

Sedangkan c*ure rate* Puskesmas Mejobo tahun 2010 hingga tahun 2014 menunjukkan angka yang fluktuatif. Tahun 2010 (82,6%), tahun 2011 (86,7%),

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

tahun 2012 (100%), tahun 2013 (94,7%) dan tahun 2014 (84,6%) sehingga dapat memungkinkan terjadinya penurunan pada tahun berikutnya Selain itu *cure rate* tahun 2014 tidak memenuhi target minimal yang ditetapkan nasional (minimal 85%) (Dinkes Kabupaten Kudus, 2010-2014).

Puskesmas Mejobo dipilih karena memiliki angka temuan kasus TB tinggi dan angka kesembuhannya rendah, sedangkan puskesmas peringkat 1 dan 2 CDR tertinggi di Kabupaten Kudus (Puskesmas Jepang dengan CDR 76,1% dan Puskesmas Ngemplak dengan CDR 74,8%) memiliki angka kesembuhan yang tinggi (Puskesmas Jepang dengan *cure rate* 92,3% dan Puskesmas Ngemplak dengan *cure rate* 100%) pada tahun 2014 sehingga tidak diteliti. Selain itu di wilayah kecamatan Mejobo tidak terdapat balai pengobatan khusus penyakit Paru (Dinkes Kabupaten Kudus, 2014). Berdasarkan catatan medik Puskesmas Mejobo, pasien baru TB Paru yang berkunjung di Poli TB/Kusta Puskesmas pada bulan Juli – Desember awal 2015 sebanyak 34 pasien baru tuberkulosis paru yang menjalani masa pengobatan rawat jalan.

Pengobatan tuberkulosis paru yang dilakukan di Indonesia menggunakan strategi DOTS *(Directly Observed Treatment Short-course)*. Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan pasien, prioritas diberikan kepada pasien tuberkulosis tipe menular. Strategi ini akan memutuskan penularan tuberkulosis dengan demikian menurunkan insidens tuberkulosis di masyarakat. Menemukan dan menyembuhkan pasien merupakan cara terbaik dalam upaya pencegahan penularan tuberkulosis (Kemenkes, 2011).

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Pengobatan tuberkulosis paru ini dapat diberikan dalam 2 tahap yaitu tahap intensif dan tahap lanjutan 4-6 bulan berikutnya. Pengobatan yang teratur pada pasien tuberkulosis paru dapat sembuh secara total, apabila pasien patuh dengan aturan-aturan tentang pengobatan tuberkulosis paru. Sangatlah penting bagi pasien untuk tidak putus berobat dan jika pasien menghentikan pengobatan, kuman tuberkulosis paru akan mulai berkembang biak lagi yang berarti pasien mengulangi pengobatan intensif selama 2 bulan pertama (WHO dalam Septia, 2013).

Menurut Limbu dalam penelitian Septia (2013) tanpa pengobatan setelah lima tahun 50% dari pasien tuberkulosis paru akan meninggal, 25% akan sembuh sendiri dengan daya tahan tubuh tinggi, dan 25% sebagai kasus kronik yang tetap menular. Sebaliknya jika pasien melaksanakan pengobatan dengan pengawasan minum obat secara langsung sehingga mampu mempertahankan diri terhadap penyakit, mencegah masuknya kuman dari luar dan dapat menekan angka kematian yang disebabkan oleh tuberkulosis paru (Muniarsih dalam Septia, 2013).

Berdasarkan berbagai penelitian, terbukti bahwa sepertiga dari pasien yang patuh minum atau melakukan pengobatan sama seperti yang dianjurkan (Safri, 2013). Kepatuhan dipengaruhi oleh berbagai faktor yaitu faktor sosial dan ekonomi, faktor penderita, faktor terapi, faktor kondisi dan faktor sistem pelayanan kesehatan. Pengaruh dari faktor-faktor tersebut tergantung bagaimana persepsi pasien (WHO, 2003). Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa persepsi pasien merupakan faktor utama yang mendasari kepatuhan. Hal ini sejalan dengan

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Niven (2002) yang menyatakan bahwa tingkat kepatuhan diantaranya dipengaruhi oleh persepsi tentang panyakit dan dukungan keluarga.

Studi pendahuluan dilakukan oleh peneliti terhadap 10 pasien baru tuberkulosis yang sedang menjalani masa pengobatan rawat jalan di Puskesmas Mejobo pada bulan Mei 2015 untuk mengetahui gambaran awal persepsi, dukungan keluarga dan kepatuhan minum obat pasien TB. Karakteristik dari 10 responden tersebut sebanyak 3 orang berpendidikan SD, 4 orang berpendidikan SMP dan 3 orang berpendidikan SMA. Dari wawancara, didapatkan hasil bahwa sebanyak 7 dari 10 pasien mengatakan tidak patuh dalam minum obat. Hal tersebut disebabkan karena pasien tidak teratur dalam waktu minum obat sehingga cenderung mereka menjadi lupa dan akhirnya tidak minum obat. Selain itu, 9 dari 10 pasien juga mengaku bahwa keluarga mereka jarang atau tidak pernah mengingatkan mereka untuk minum obat.

Dari 10 pasien terdapat 8 pasien yang mempunyai persepsi bahwa penyakit tuberkulosis merupakan penyakit batuk biasa dan menyebutnya sebagai penyakit flek. Persepsi tersebut merupakan persepsi yang salah. Padahal suatu persepsi pasien dapat menentukan respon pasien terhadap anjuran pengobatan (Niven, 2002). Hal ini sejalan dengan penelitian Made yang dilakukan di Puskesmas Buleleng, Bali dengan hasil penelitian adalah terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi dengan kepatuhan pengobatan tuberkulosis (Pasek, 2013).

Selain itu anjuran pengobatan dapat melibatkan keluarga agar pasien patuh berobat dan minum obat. Menurut penelitian Siswanto (2015) didapatkan hasil adanya pengaruh dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

tuberkulosis. Dari hasil studi pendahuluan yang peneliti dapatkan 9 dari 10 pasien, mereka memiliki dukungan keluarga yang kurang. Hal ini dibuktikan dengan datangnya pasien untuk mengambil obat sendiri tanpa didampingi oleh keluarganya dan juga pengakuan pasien yang mengatakan keluarga jarang atau tidak pernah mengingatkan waktu minum obat.

Kegagalan pengobatan dan pencegahan akan menjadi problem kesehatan. Kegagalan ini akhirnya memunculkan teori yang menjelaskan tindakan pencegahan dan pengobatan. Menurut teori *Health Belief Model* (HBM), individu melakukan tindakan kesehatan baik dalam mencegah atau melakukan pengobatan serta meningkatan status kesehatan yang di pengaruhi oleh faktor-faktor seperti kerentanan terhadap penyakit, keparahan atau keseriusan penyakit yang di rasakan, manfaat yang dirasakan, biaya atau penghalang yang dirasakan dan isyarat untuk bertindak yang didapat dari interaksi personal seperti keluarga.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti penting untuk melakukan penelitian dengan judul : **"Hubungan Antara Persepsi dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Baru Tuberkulosis Paru di Puskesmas Mejobo Kabupaten Kudus."**

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

1.2 RUMUSAN MASALAH

1.2.1 Rumusan Masalah Umum

Adakah hubungan antara persepsi dan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien baru tuberkulosis paru di Puskesmas Mejobo Kabupaten Kudus?

1.2.2 Rumusan Masalah Khusus

1. Adakah hubungan antara persepsi dengan kepatuhan minum obat pada pasien baru tuberkulosis paru di Puskesmas Mejobo Kabupaten Kudus?
2. Adakah hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien baru tuberkulosis paru di Puskesmas Mejobo Kabupaten Kudus?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara persepsi dan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien baru tuberkulosis paru di Puskesmas Mejobo Kabupaten Kudus.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui hubungan antara persepsi dengan kepatuhan minum obat pasien baru tuberkulosis paru di Puskesmas Mejobo Kabupaten Kudus.
2. Untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pasien baru tuberkulosis paru di Puskesmas Mejobo Kabupaten Kudus.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

1.4 MANFAAT HASIL PENELITIAN

1.4.1 Bagi Puskesmas

Hasil penelitian diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan terkait pengendalian dan pencegahan penyakit tuberkulosis paru di Puskesmas Mejobo.

1.4.2 Bagi Peneliti

Hasil penelitian dapat menambah pengetahuan tentang ilmu kesehatan masyarakat, khususnya mengenai penyakit TB Paru dan menambah pengalaman dalam menerapkan ilmu pengetahuan yang selama ini telah didapat.

1.4.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian diharapkan dapat dijadikan sebagai informasi tambahan mengenai ada atau tidaknya hubungan antara persepsi dan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pasien baru tuberkulosis paru dan dapat dijadikan sebagai bahan referensi penelitian selanjutnya.

1.4.4 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian diharapkan dapat dijadikan sebagai dasar pengetahuan dan menambah wawasan masyarakat dalam upaya kewaspadaan dini terhadap tanda dan gejala tuberkulosis paru dalam upaya pencegahan dan pengendalian penyakit tuberkulosis paru.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1 Keaslian penelitian

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Berobat Pasien Tuberkosis Paru di Lima Puskesmas di Kota Manado	Priska P.H Kondoy dkk	2013 Kota Manado	*Cross Sectional*	Variabel Terikat: Kepatuhan berobat pada penderita TB Paru Variabel bebas: Umur Jenis Kelamin Pendidikan Status Pekerjaan Tingkat Pendapatan Pengetahuan Efek samping OAT	Ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dan pengetahuan berobat pasien TB sedangkan variabel umur, jenis kelamin, status pekerjaan, tingkat pendapatan dan efek samping OAT menunjukan tidak ada hubungan yang bermakna .
2.	Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien TB Paru Berdasarkan Health Belief Model di Wilayah Kerja Puskesmas Umbulsari, Kabupaten Jember	Firman Maulana Safri	2013 Kabupate n Jember	*Cross Sectional*	Variabel terikat: kepatuhan minum obat pasien TB Paru Variabel bebas: Kerentanan, keseriusan, manfaat dan rintangan yang dirasakan dan faktor pendorong.	Keempat faktor HBM secara bersama-sama memiliki hubungan dengan kepatuhan minum obat
3	Hubungan Persepsi dan Tingkat Pengetahuan Penderita Tuberkulosis dengan Kepatuhan Pengobatan di Wilayah Kerja	Made Suadnyani Pasek dkk	2013 Puskesmas Buleleng, Bali	*Cross Sectional*	Variabel Terikat: kepatuhan pengobatan tuberkulosis Variabel bebas: persepsi dan pengetahuan tentang tuberkulosis	Ada hubungan signifikansi antara persepsi dan tingkat pengetahuan dengan kepatuhan pengobatan tuberkulosis

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

	Puskesmas Buleleng I					
4	Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita TB Paru	Asra Septia dkk	2012 RSUD Arifin Achmad, Riau	*Cross Sectional*	Variabel terikat: kepatuhan minum obat Variebel bebas: dukungan keluarga	Ada hubungan bermakna antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat
5	*The Impact of Knowledge and Attitudes on Andherence to Tuberculosis Treatment : A Case-Control Study in Moroccan Region*	Nabii Tachfouti dkk	2012 Moroccan Region,	*Case Control*	Variabel terikat : Kepatuhan pengobatan TB Variabel bebas : Sosio demografi Pengetahuan pasien TB Sikap pasien	Ada hubungan antara sosio demografi (tingkat pendapatan dan tingkat pendidikan) dengan kepatuhan pengobatan Ada hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan pengobatan Ada hubungan antara sikap pasien dengan pengobatan
6.	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keteraturan Minum OAT pada Penderita Tuberkulosis Paru di Puskesmas Kampung Sawah Kota Bandar Lampung	Robert Kurniawan	2011, Bandar Lampung, Lampung	*Cross Sectional*	Variabel terikat: Kepatuhan pengobatan TB Variabel bebas : Pengetahuan Sikap Kepercayaan Peran PMO	Ada hubungan pengetahuan, sikap, kepercayaan dan peran PMO dengan kepatuhan pengobatan TB.
7.	TB Treatment Initiation and Adherence in a South African Community Influenced more by Perceptions	Jane M. Cramm, dkk	2010, Afrika Selatan	*Descriptive Study*	-	Kepatuhan pengobatan TB pada masyarakat Afrika Selatan lebih dipengaruhi oleh persepsi daripada pengetahuan.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

	than by Knowledge of tuberculosis					
8.	Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pasien TBC dalam Menjalani Pengobatan Obat Anti Tuberkulosis di Tiga Puskesmas, Kabupaten Sumedang	Martia Dewi, dkk	2009, Kabupaten Sumedang, Jawa Barat	*Cross Sectional*	Variabel terikat : Kepatuhan pengobatan TB Variabel bebas : Dukungan keluarga	Tidak ada hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan TB.
9.	Pengaruh Peran Petugas PMO dan Persepsi Penderita TB Paru BTA positif terhadap kepatuhan Minum Obat Anti Tuberkulosis di Kota Ternate Provinsi Maluku Utara	Farida Umar	2006, Kota Ternate, Maluku Utara	*Cross Sectional*	Variabel terikat: Kepatuhan minum obat anti TB Variabel bebas: Peran PMO Persepsi Penderita TB	Ada hubungan antara peran PMO dengan kepatuhan minum obat anti TB, sedangkan tidak ada hubungan antara persepsi penderita dengan kepatuhan minum obat anti TB.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut:

1. Penelitian mengenai hubungan antara persepsi dan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien baru tuberkulosis paru di wilayah kerja Puskesmas Mejobo Kabupaten Kudus belum pernah dilakukan.

2. Untuk variabel bebas dalam penelitian ini adalah persepsi dan dukungan keluarga. Sedangkan variabel terikat adalah kepatuhan minum obat, dengan pengukuran tingkat kepatuhan minum obat menggunakan kuesioner modifikasi *MMAS* (*Medication Morisky Adherence Scale*) yang dsesuaikan dengan penelitian ini.
3. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *total sampling* dimana pada penelitian sebelumnya menggunakan *simple random sampling* pada penelitian Made (2012), Priska (2013), dan Firman (2013), dan *accidental sampling* pada penelitian Asra (2012).
4. Lokasi penelitian berbeda dengan lokasi penelitian sebelumnya sehingga memiliki karakteristik berbeda.

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Mejobo Kabupaten Kudus.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian dilakukan dari penyusunan proposal hingga selesai pada tahun 2015.

1.6.3 Ruang Lingkup Materi

Penelitian ini termasuk dalam ruang lingkup Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan spesifikasi kajian pada bidang epidemiologi penyakit menular, yaitu penyakit tuberkulosis paru.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tuberkulosis

2.1.1 Definisi

Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri TB yang disebut *Mycobacterium tuberculosis*, dimana sebagian besar menyerang organ tubuh paru-paru (80%), akan tetapi dapat juga menyerang organ yang lain seperti tulang, kelenjar limfe, persendian, selaput otak, usus, ginjal, alat kelamin, dan lain-lain (Depkes RI, 2001). Hanya sekitar 5 sampai 10% orang yang terinfeksi berkembang menjadi TB klinis (TB) setelah 2 tahun setelah infeksi awal, sisanya 90% dari mereka yang terinfeksi tidak menunjukkan gejala klinis (Delphi, 2015).

2.1.2 Etiologi

Penyebab penyakit tuberkulosis adalah bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri ini merupakan jenis bakteri berbentuk batang berukuran panjang 1-4 mm dengan tebal 0,3-0,6 mm. Sebagian besar komponen bakteri tuberkulosis berupa lemak atau lipid (Soemantri, 2007). Selain itu, bakteri tuberkulosis terlihat bentuknya bervariasi mulai dari bentuk kokoid sampai berupa filamen pada biakan. Beberapa strain tertentu berbeda dalam pertumbuhannya, yaitu berbentuk batang dan tersusun seperti tali yang disebut *cord formation.* Dinding selnya mengandung lipid hampir 60 % dari berat seluruhnya, sehingga sukar diwarnai dan perlu cara khusus untuk penetrasi zat warna misalnya pewarnaan Ziehl-Neelsen. Kandungan lipid yang tinggi yang tinggi pada dinding sel menyebabkan

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

tahan terhadap asam, basa, dan kerja antibiotik bakterisidal. (Budiarti dalam Mutaqqin, 2008).

Bakteri tuberkulosis ini mati pada pemanasan 100°C selama 5-10 menit atau pemanasan 60 ^{o}C selama 30 menit, dan dengan alkohol 70-95% selama 15-30 detik. Bakteri ini tahan selama 1-2 jam di udara terutama di tempat yang lembab dan gelap (bisa berbulan-bulan), tetapi tidak tahan terhadap sinar atau aliran udara. Data pada tahun 1993 melaporkan bahwa untuk mendapatkan 90% udara bersih dari kontaminasi bakteri memerlukan 40 kali pertukaran udara per jam (Widoyono, 2008).

2.1.3 Cara Penularan

Bakteri TB menyebar dengan mudahnya, 1 orang yang terinfeksi TB dapat menularkan 10-15 orang, dan 10% diantaranya akan berkembang dan menderita penyakit tuberkulosis. Daya penularan seorang pasien ditentukan oleh banyaknya bakteri TB yang dikeluarkan dari parunya melalui proses batuk (Suharjo, 2010).

Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3.000 percikan dahak. Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari langsung dapat membunuh kuman. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab. Faktor yang memungkinkan seseorang terpajanan kuman TB ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut (Kemenkes, 2011).

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.1.4 Patofisiologi

Ketika seorang klien TB Paru batuk, bersin, atau berbicara, maka secara tak sengaja keluarlah droplet nuclei dan jatuh ke tanah, lantai, atau tempat lainnya. Akibat terkena sinar matahari atau suhu udara yang panas, droplet nuclei tadi menguap. Menguapnya droplet bakteri ke udara dibantu dengan pergerakan angin akan membuat bakteri tuberkulosis yang terkandung dalam droplet nuclei terbang ke udara. Apabila bakteri ini terhirup orang sehat, maka orang itu berpotensi terkena infeksi bakteri tuberkulosis. Penularan bakteri lewat udara disebut dengan *air-borne infection* (Mutaqqin, 2008).

Peradangan terjadi di dalam alveoli (parenkim) paru, dan pertahanan tubuh alami berusaha melawan infeksi itu. Makrofag menangkap organisme itu lalu dibawa ke sel T. Proses radang dan reaksi sel menghasilkan nodul pucat kecil yang disebut tuberkel primer. Di bagian tengah nodul terdapat basil tuberkel. Bagian luarnya mengalami fibrosis, bagian tengahnya kekurangan makanan, mengalami nekrosis. Proses terakhir ini dikenal sebagai perkijuan. Bagian nekrotik tengah ini dapat mengapur (klasifikasi), atau mencair. Materi cair dapat dibatukkan keluar, meninggalkan rongga (kaverne) dalam parenkim (tampak pada foto toraks). Bila pada foto toraks hanya tampak nodul yang telah mengalami perkapuran, maka nodul ini dikenal sebagai tuberkel Ghon. Adanya tuberkel Ghon disertai pembesaran kelenjar limfe di hilus paru bersama-sama disebut sebagai kompleks primer (Tambayong, 2000).

Faktor yang tampaknya mempunyai peran dalam perkembangan TB menjadi penyakit aktif termasuk (1) usia lanjut; (2) imunosupresi; (3) infeksi HIV; (4)

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

malnutrisi. Alkoholisme dan penyalahgunaan obat; (5) adanya keadaan lain (misal diabetes melitus, gagal ginjal kronis, atau malignasi); (6) presdiposisi genetik. Selain penyakit primer yang progresif, infeksi ulang juga mengarah pada bentuk klinis TB aktif. Tempat primer infeksi yang megandung basil TB tetap laten selama bertahun-tahun dan kemudian teraktifkan kembali jika daya tahan klien menurun. Oleh karena itu penting untuk mengkaji kembali secara periodik klien yang telah mengalami infeksi TB untuk mengetahui adanya penyakit aktif (Asih, 2003).

2.1.5 Faktor Risiko TB Paru

Hiswani (2009) dalam Helper (2010) mengatakan bahwa keterpaparan penyakit TB Paru pada seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti status sosial ekonomi, status gizi, umur, jenis kelamin dan faktor sosial lainnya, untuk lebih jelasnya diuraikan sebagai berikut :

1. Faktor Sosial Ekonomi

   Disini sangat erat dengan keadaan rumah, kepadatan hunian, lingkungan perumahan, lingkungan dan sanitasi tempat kerja yang buruk dapat memudahkan penularan TB paru. Pendapatan keluarga sangat erat juga dengan penularan TB paru, karena pendapatan yang kecil membuat orang tidak dapat layak dengan memenuhi syarat-syarat kesehatan.

2. Status gizi

   Keadaan malnutrisi atau kekurangan kalori, protein, vitamin, zat besi dan Iain-lain, akan mempengaruhi daya tahan tubuh seseorang sehingga rentan terhadap penyakit termasuk TB paru. Keadaan ini merupakan faktor penting

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

yang berpengaruh di negara miskin, baik pada orang dewasa maupun anak-anak.

3. Usia

Penyakit TB paru paling sering ditemukan pada usia muda atau usia produktif 15-50 tahun. Dengan terjadinya transisi demografi saat ini menyebabkan usia harapan hidup lansia menjadi lebih tinggi. Pada usia lanjut lebih dari 55 tahun sistem imun seseorang menurun, sehingga sangat rentan terhadap berbagai penyakit, termasuk penyakit TB paru.

4. Jenis kelamin

Penderita TB paru cenderung lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Menurut Hiswani yang dikutip dari WHO, sedikitnya dalam periode setahun ada sekitar 1 juta perempuan yang meninggal aikibat TB paru, dapat disimpulkan bahwa pada kaum perempuan lebih banyak terjadi kematian yang disebabkan oleh TB paru dibandingkan dengan akibat proses kehamilan dan persalinan. Pada jenis kelamin laki-laki penyakit ini lebih tinggi karena merokok tembakau dan minum alkohol sehingga dapat menurunkan sistem pertahanan tubuh, sehingga lebih mudah terpapar dengan agent penyebab TB Paru.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Menurut Fitriani (2013), ada hubungan antara umur penderita, tingkat pendapatan keluarga, kondisi lingkungan rumah, perilaku dan riwayat kontak penderita dengan kejadian TB paru. Sedangkan tidak ada hubungan antara jenis kelamin penderita, tingkat pendidikan penderita dan jarak pelayanan kesehatan dengan kejadian tuberkulosis paru.

2.1.6 Klasifikasi Tuberkulosis

Berdasarkan pedoman pengendalian TB dari Kementerian Kesehatan RI, (2011) penyakit tuberkulosis diklasifikasikan berdasarkan :

1. Berdasarkan organ tubuh *(anatomical site)* yang terkena :
   a) Tuberkulosis paru adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan (parenkim) paru, tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus.
   b) Tuberkulosis Ekstra Paru

      Tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung, kelenjar limfe, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin dan lain-lain. Tuberkulosis ekstra paru dibagi lagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu tuberkulosis ekstra paru ringan dan estra paru berat.
2. Berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis :
   1. Tuberkulosis paru BTA positif
      a. Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.
      b. Spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran tuberkulosis.
      c. Satu spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

d. Satu atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.

2. Tuberkulosis paru BTA negatif

Kasus yang tidak memenuhi definisi pada TB paru BTA positif. Kriteria diagnostik TB paru BTA negatif harus meliputi:

a. Paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif.
b. Foto toraks abnormal sesuai dengan gambaran tuberkulosis.
c. Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT, bagi pasien dengan HIV negatif.
d. Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan.

2.1.7 Gejala TB Paru

Berdasarkan petunjuk praktis bagi petugas pelaksana penanggulangan TB di unit pelayanan kesehatan, Departemen Kesehatan (2001), TB Paru memiliki gejala sebagai berikut :

a. Gejala umum berupa batuk berdahak 3 minggu atau lebih.
b. Gejala tambahan berupa dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, nyeri dada, badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan turun, rasa kurang enak badan/malaise, berkeringat malam tanpa kegiatan dan demam meriang lebih dari satu bulan.

2.1.8 Diagnosis TB Paru

Deteksi dan diagnosis TB dicapai dengan tes objektif dan temuan pengkajian subjektif. Perawat dan tenaga kesehatan lainnya harus terus mempertahankan

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

indeksi kecurigaan yang tinggi terhadap TB bagi kelompok yang berisiko tinggi. Infeksi TB primer sering tidak dikenali karena biasanya infeksi ini asimptomatis. Lesi pengapuran dan tes kulit positif sering kali merupakan satu-satunya indikasi infeksi TB primer telah terjadi. Pemeriksaan diagnostik berikut biasanya dilakukan untuk menegakkan infeksi TB. Adapun pemeriksaan diagnostik meliputi :

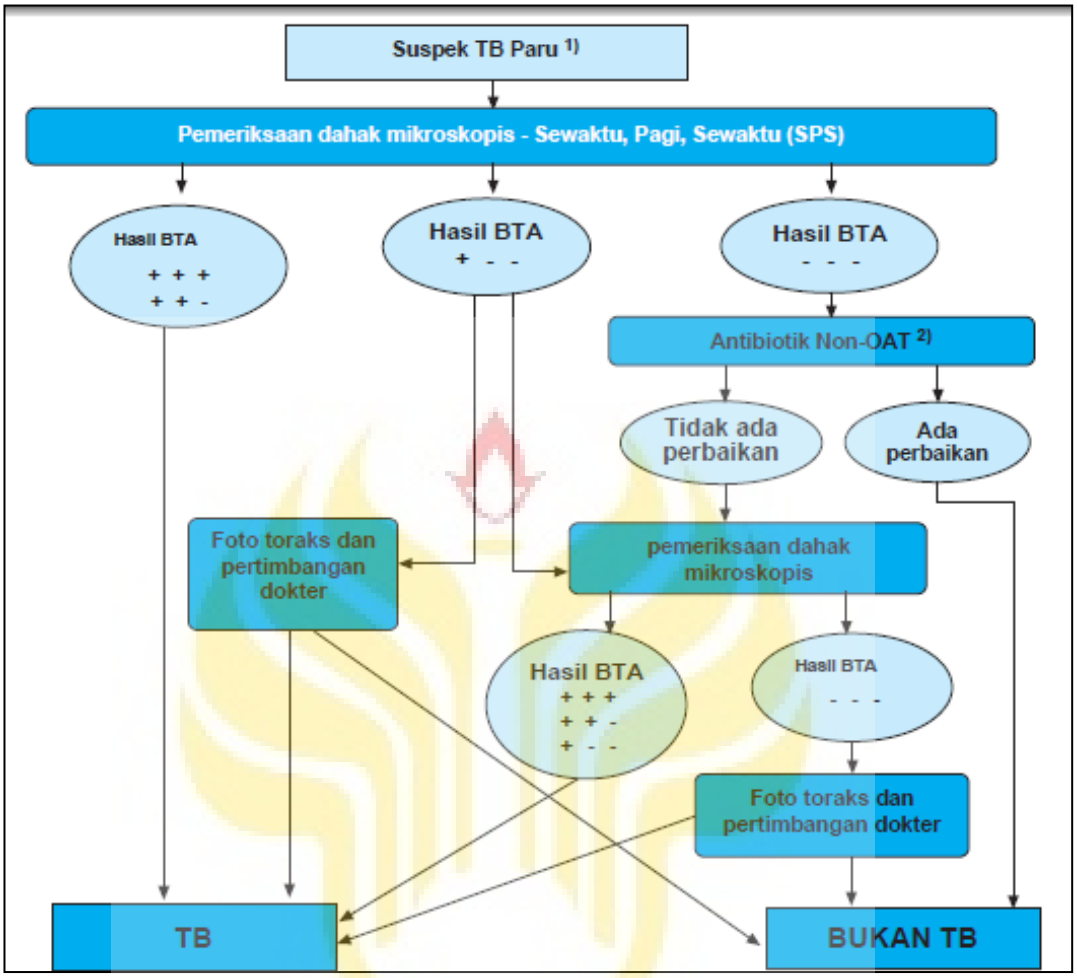
- Kultur sputum : positif untuk *M. tuberculosis* pada tahap aktif penyakit.
- *Ziehl-Neelsen* (pewarnaan tahan asam) : positif untuk basil tahan asam.
- Tes kulit Mantoux (PPD,OT) : reaksi yang signifikan pada individu yang sehat biasanya menunjukkan TB dorman atau infeksi yang disebabkan oleh mikrobakterium yang berbeda.
- Rontgen dada : menunjukkan infiltrasi kecil lesi dini pada bidang atas paru, deposit kalsium dari lesi primer yang telah menyembuh, atau cairan dari suatu efusi. Perubahan yang menandakan TB lebih lanjut mencakup kavitasi, area fibrosa.
- Biopsi jarum jaringan paru : positif untuk granuloma TB. Adanya sel-sel raksasa menunjukkan nekrosis.
- *AGD* : mungkin abnormal bergantung pada letak, keparahan, dan kerusakan paru residual.
- Pemeriksaan fungsi pulmonal : penurunan kapasitas vital, peningkatan ruang rugi, peningkatan rasio udara residual kapasitas paru total, dan penurunan saturasi oksigen sekunder akibat infiltrasi/fibrosis parenkim (Asih, 2003).

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Sedangkan menurut pedoman pengendalian TB, Kementerian Kesehatan (2011), diagnosis TB paru dapat ditegakan dengan cara :

1. Semua suspek TB diperiksa 3 spesimen dahak dalam waktu 2 hari, yaitu sewaktu - pagi - sewaktu (SPS).
   - S (sewaktu) : dahak ditampung pada saat terduga pasien TB datang berkunjung pertama kali ke fasyankes. Pada saat pulang, terduga pasien membawa sebuah pot dahak untuk menampung dahak pagi pada hari ke dua.
   - P (pagi) : dahak ditampung di rumah pada pagi hari kedua, segera setelah bangun tidur. Pot dibawa dan diserahkan sendiri kepada petugas di fasyankes.
   - S (sewaktu) : dahak ditampung di fasyankes pada hari kedua, saat menyerahkan dahak pagi (Kemenkes, 2014).
2. Diagnosis TB Paru pada orang dewasa ditegakkan dengan ditemukannya kuman TB. Pada program TB nasional, penemuan BTA melalui pemeriksaan dahak mikroskopis merupakan diagnosis utama. Pemeriksaan lain seperti foto toraks, biakan dan uji kepekaan dapat digunakan sebagai penunjang diagnosis sepanjang sesuai dengan indikasinya.
3. Tidak dibenarkan mendiagnosis TB hanya berdasarkan pemeriksaan foto toraks saja. Foto toraks tidak selalu memberikan gambaran yang khas pada TB paru, sehingga sering terjadi *overdiagnosis*.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG



Pada keberadaan tertentu dengan pertimbangan medis spesialistik, alur diagnostik ini dapat digunakan secara fleksibel : pemeriksaan mikroskopis dapat dilakukan bersamaan dengan foto toraks dan pemeriksaan lain yang diperlukan.

Gambar 2.1 Alur Diagnosis TB Paru
(Sumber : Kemenkes, 2011)

Keterangan :

- Suspek TB Paru : Seseorang dengan batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih disertai dengan atau tanpa gejala lain.
- Antibiotik non OAT : Antibiotik spektrum luas yang tidak memiliki efek anti TB (jangan gunakan fluorokuinolon)

2.1.9 Pengobatan TB Paru

Tujuan pengobatan TB adalah menyembuhkan pasien dan memperbaiki produktivitas serta kualitas hidup, mencegah terjadinya kematian oleh karena TB atau dampak buruk selanjutnya, mencegah terjadinya kekambuhan TB, menurunkan penularan TB, dan mencegah terjadinya dan penularan TB resistan obat (Kemenkes, 2014)

Jenis dan sifat OAT yang digunakan dalam TB Paru adalah rifampicin (bakterisid), isoniazid (bakterisid), pyrazinamid (bakterisid), ethambuthol (bakteriostatik), dan streptomycine (bakterisid) (Kemenkes, 2011).

Pengobatan tuberkulosis dilakukan dengan prinsip - prinsip sebagai berikut:

- OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan. Jangan gunakan OAT tunggal (monoterapi). Pemakaian OAT-Kombinasi Dosis Tetap (OAT-KDT) lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan (Kemenkes, 2011).
- Untuk menjamin kepatuhan pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung (DOTS = *Directly Observed Treatment Shortcourse chemotheraphy*) oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO) (Kemenkes, 2011).

Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup terbagi dalam tahap awal serta tahap lanjutan untuk mencegah kekambuhan (Kemenkes, 2014). Selama 2 bulan minum obat INH, rifampisin, pirazinamid, dan etambutol setiap

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

hari (tahap intensif), dan 4 bulan selanjutnya minum obat INH dan rifampisin tiga kali dalam seminggu (tahap lanjutan) (Kemenkes, 2011).

- Tahap awal (intensif)

  Pada tahap intensif (awal) pasien mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi obat. Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya pasien menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu. Sebagian besar pasien TB BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) dalam 2 bulan (Kemenkes, 2011).

- Tahap Lanjutan

  Pada tahap lanjutan pasien mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman *persister* sehingga mencegah terjadinya kekambuhan (Kemenkes, 2011).

Pengelompokan OAT menjadi 5 kelompok berdasar potensi dan efikasinya dapat dilihat pada tabel 2.1 (Kemenkes, 2011).

2.1. Tabel Pengelompokan OAT

Golongan	Jenis	Obat
1	Lini pertama	Isoniazid, Rifampisin, Etambutol, Pyrazinamid, Streptomisin
2	Obat suntik lini kedua	Kanamisin, Amikasin, Kapreomisin
3	Golongan florokuinolon	Levofloksasin, Moksifloksasin, Ofloksasin
4	Obat bakteriostatik lini kedua	Etionamid, Protionamid, Sikloserin, Terizidon, Para amino salisilat (PAS)
5	Obat yang belum terbukti efikasinya	Clofazimin, Linezolid, Klaritromisin, Imipenm

Sumber : Kemenkes, 2011

2.2 Tabel Efek Samping Ringan OAT

Efek Samping	Penyebab	Penatalaksanaan
Tidak ada nafsu makan, mual, sakit perut	Rifampisin	Semua OAT diminum malam sebelum tidur
Nyeri sendi	Pirasinamid	Beri aspirin
Kesemutan sampai rasa terbakar di kaki	INH	Beri vitamin B6 (piridoxin) 100 mg per hari
Warna kemerahan pada air seni (urine)	Rifampisin	Tidak perlu diberi apa-apa, tapi perlu penjelasan kepada pasien

Sumber : Kemenkes, 2011

2.3 Tabel Efek Samping Berat OAT

Efek Samping	Penyebab	Penatalaksanaan
Gatal dan kemerahan kulit	Semua jenis OAT	Jika pasien dalam pengobatan, OAT mulai mengeluh gatal-gatal singkirkan dulu kemungkinan penyebab lain. Berikan dulu antihistamin, sambil meneruskan OAT dengan pengawasan ketat. Gatal-gatal tersebut pada sebagian pasien hilang, tetapi pada sebagian besar pasien terjadi suatu kemerahan kulit. Bila keadaan seperti ini, hentikan semua OAT. Tunggu sampai kemerahan kulit tersebut hilang. Jika gejala efek samping ini bertambah berat, pasien perlu dirujuk
Tuli	Streptomisin	Streptomisin dihentikan. Ganti Etambutol
Gangguan keseimbangan	Streptomisin	Streptomisin dihentikan. Ganti Etambutol
Ikterus tanpa penyebab lain	Hampir semua OAT	Hentikan semua OAT sampai ikterus menghilang
Bingung dan muntah-muntah (permulaan ikterus karena obat)	Hampir semua OAT	Hentikan semua OAT, segera lakukan tes fungsi hati
Gangguan penglihatan	Etambutol	Hentikan Etambutol
Purpura dan renjatan syok	Rifampisin	Hentikan Rifampisin

Sumber : Kemenkes, 2011

2.1.10 Pemantauan Dan Hasil Pengobatan TB

1. Pemantauan kemajuan pengobatan TB

   Pemantauan kemajuan hasil pengobatan pada orang dewasa dilaksanakan dengan pemeriksaan ulang dahak secara mikroskopis. Pemeriksaan dahak secara mikroskopis lebih baik dibandingkan dengan pemeriksaan radiologis dalam memantau kemajuan pengobatan. Laju Endap Darah (LED) tidak digunakan untuk memantau kemajuan pengobatan karena tidak spesifik untuk TB. Untuk memantau kemajuan pengobatan dilakukan pemeriksaan spesimen sebanyak dua kali (sewaktu dan pagi). Hasil pemeriksaan dinyatakan negatif bila ke 2 spesimen tersebut negatif. Bila salah satu spesimen positif atau keduanya positif, hasil pemeriksaan ulang dahak tersebut dinyatakan positif (Kemenkes, 2011).

2. Hasil Pengobatan Pasien TB BTA positif adalah (Kemenkes, 2014) :

   - Sembuh adalah pasien TB Paru dengan hasil pemeriksaan bakteriologis positif pada awal pengobatan yang hasil pemeriksaan bakteriologis pada akhir pengobatan negatif dan pada salah satu pemeriksaan sebelumnya.
   - Pengobatan lengkap adalah pasien TB Paru yang telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap dimana pada salah satu pemeriksaan sebelum akhir pengobatan hasilnya negatif namun tanpa ada bukti hasil pemeriksaan bakteriologis pada akhir pengobatan.
   - Gagal adalah pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

atau kapan saja apabila selama dalam pengobatan diperoleh hasil laboratorium yang menunjukan adanya resistensi OAT.

- Meninggal adalah pasien TB yang meninggal sebab apapun sebelum memulai atau sedang dalam pengobatan.
- Putus berobat (*loss to follow up*) adalah pasien TB yang tidak memulai pengobatannya atau yang pengobatannya terputus selama 2 bulan terus-menerus atau lebih.
- Tidak dievaluasi adalah pasien TB yang tidak diketahui hasil akhir pengobatannya. Termasuk dalam hal ini "pasien pindah (*transfer out)*" ke kabupaten atau kota lain dimana hasil akhir pengobatannya tidak diketahui oleh kabupaten atau kota yang ditinggalkan.

2.1.11 Pencegahan Tuberkulosis

Pencegahan tuberkulosis menurut Zain (2001) dalam Mutaqqin (2008) adalah sebagai berikut :

1. Pemeriksaan kontak, yaitu pemeriksaan terhadap individu yang bergaul erat dengan penderita tuberkulosis BTA positif. Pemeriksaan meliputi tes tuberkulin, klinis, dan radiologis. Bila tes tuberkulin positif, maka pemeriksaan radiologis foto thorax diulang pada 6 dan 12 bulan mendatang. Bila masih negatif, diberikan BCG vaksinasi. Bila positif, berarti terjadi konversi hasil tes tuberkulin dan diberikan kemoprofilaksis.
2. *Mass chest X-ray,* yaitu pemeriksaan massal terhadap kelompok-kelompok populasi tertentu misalnya :

   - Karyawan rumah sakit atau Puskesmas atau balai pengobatan.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

- Penghuni rumah tahanan.
- Siswa-siswi pesantren.

3. Vaksinasi BCG.
4. Kemoprofilaksis dengan menggunakan INH 5 mg/KgBB 6-12 bulan dengan tujuan menghancurkan atau mengurangi populasi bakteri yang masih sedikit. Indikasi kemoprofilaksis primer atau utama adalah bayi yang menyusu pada Ibu dengan BTA positif, sedangkan kemoprofilaksis sekunder diperlukan bagi kelompok berikut :
   - Bayi di bawah 5 tahun dengan hasil tes tuberkulin positif karena risiko timbulnya TB milier dan meningitis TB
   - Anak dan remaja di bawah 20 tahun dengan hasil tes tuberkulin yang bergaul erat dengan penderita TB yang menular
   - Individu yang menunjukan konversi hasil tes tuberkulin dari negatif menjadi positif
   - Penderita yang menerima pengobatan steroid atau imunosupresif jangka panjang
   - Penderita diabetes melitus
5. Komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) tentang penyakit tuberkulosis kepada masyarakat di tingkat puskesmas maupun di tingkat rumah sakit oleh petugas pemerintah maupun petugas LSM (misalnya Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Paru Indonesia-PPTI).

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.2 Kepatuhan

2.2.1 Pengertian Kepatuhan

Menurut Sackett (1976) yang dikutip Niven (2002) mendefinisikan kepatuhan pasien sebagai sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan.

Penderita yang patuh berobat adalah yang menyelesaikan pengobatan secara teratur dan lengkap tanpa terputus selama minimal 6 bulan sampai dengan 9 bulan. Penderita dikatakan lalai jika tidak datang lebih dari 3 hari sampai 2 bulan dari tanggal perjanjian dan dikatakan *drop out* jika lebih dari 2 bulan berturut-turut tidak datang berobat setelah dikunjungi petugas kesehatan (Kemenkes, 2011).

Kebanyakan ketidakteraturan minum obat pada pasien TB terjadi antara bulan kedua dan ketiga masa pengobatan, hal ini bertepatan dengan perbaikan kondisi klinis pada awal pengobatan (Gupta *et.al.*, 2011). Penderita dikatakan tidak teratur jika penderita pernah terlambat/lalai mengambil obat atau minum obat lebih dari 2 hari pada masa pengobatan intensif dan lebih dari 1 minggu pada masa fase lanjutan serta tidak melakukan pemeriksaan sputum ulang pada akhir bulan ke-2 dan ke-5 (Simamoro, 2004).

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.2.2 Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kepatuhan

Menurut Safri (2013), ke 4 faktor berdasarkan teori *Health Belief Model (HBM)* yang terdiri dari kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptiblity*), keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*), manfaat dan rintangan yang dirasakan *(perceived benefit* and *barriers*), dan faktor pendorong (*cues*) secara

bersama-sama memiliki hubungan dengan kepatuhan minum obat pasien TB di Puskesmas Umbulsari, Kabupaten Jember. Sedangkan jika ke 4 faktor tersebut berdiri sendiri maka tidak memiliki hubungan dengan kepatuhan minum obat pasien TB.

Selain itu menurut Pasek (2013), persepsi dan tingkat pengetahuan penderita tuberkulosis memiliki hubungan dengan kepatuhan pengobatan di Puskesmas Buleleng I, Bali. Persepsi yang salah dan pengetahuan yang kurang menyebabkan penderita tidak datang selama fase intensif karena tidak adekuatnya motivasi terhadap kepatuhan berobat dan kebanyakan penderita merasa enak pada akhir fase intensif dan merasa tidak perlu kembali untuk pengobatan selanjutnya.

Sedangkan menurut Kondoy (2013), faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan berobat pasien tuberkulosis adalah pendidikan dan pengetahuan. Sedangkan usia, jenis kelamin, status pekerjaan, tingkat pendapatan dan efek samping OAT tidak berhubungan dengan kepatuhan berobat.

Faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan menurut Niven (2002), bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah:

1. Faktor penderita atau individu
   a. Sikap atau motivasi individu ingin sembuh

      Motivasi atau sikap yang paling kuat adalah dalam diri individu sendiri. Motivasi individu ingin tetap mempertahankan kesehatannya sangat berpengaruh terhadap faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku penderita dalam kontrol penyakitnya.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

b. Keyakinan (persepsi)

Kepercayaan merupakan keyakinan tentang kebenaran teradap sesuatu yang dirasakan pada budaya yang ada pada masyarakat tersebut. Sehingga bila dalam masyarakat mempunyai kepercayaan yang salah tentang sesuatu dapat menghambat perubahan perilaku.

2. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga diartikan sebagai informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungannya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberi keuntungan emosional dan berpengaruh pada tingkah laku penerimanya. Dukungan keluarga mengacu pada dukungan sosial yang dipandang anggota sebagai suatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga. Dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tapi anggota memandang bahwa orang yang mendukung selalu siap memberikan bantuan jika diperlukan (Friedman, 2002).

3. Dukungan petugas kesehatan

Dukungan petugas kesehatan merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan. Dukungan mereka terutama berguna saat pasien menghadapi bahwa perilaku sehat yang baru tersebut merupakan hal penting. Begitu juga mereka dapat mempengaruhi perilaku pasien dengan cara menyampaikan antusias mereka terhadap tindakan tertentu dari pasien, dan secara terus menerus memberikan penghargaan yang positif bagi pasien yang telah mampu beradaptasi dengan program pengobatannya.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.2.3 Faktor Yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan

Menurut Niven (2002), faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan dapat digolongkan menjadi empat:

1. Pemahaman Intruksi

   Intruksi yang salah dapat menimbulkan salah paham kepada seseorang sehingga akan salah persepsi dan tidak mengikuti perintah atau ketaatan.

2. Kualitas Interaksi

   Kualitas interaksi antara profesional kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan.

3. Isolasi Sosial dan keluarga

   Keluarga dapat menjadikan faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu dan serta juga dapat menentukan tentang progam yang dapat mereka terima.

4. Keyakinan Sikap dan Kepribadian

   Becker pada tahun 1979 telah membuat suatu usulan bahwa model keyakinan kesehatan berguna untuk memperkirakan adanya ketidak patuhan. Keyakinan tentang kesehatan dan kepribadian seseorang berperan dalam menentukan respon pasien terhadap anjuran pengobatan (Niven, 2002).

2.2.3 Cara Mengurangi Ketidakpatuhan

Dinicola dan Dimatteo yang dikutip oleh Niven (2002) mengusulkan beberapa rencana untuk mengatasi ketidakpatuhan, yaitu :

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

1. Mengembangkan tujuan kepatuhan

   Pernyataan-pernyataan juga dapat meningkatkan kepatuhan seseorang, kontrak tertulis juga dapat meningkatkan keputuhan, tetapi kontrak kemungkinan dapat menjadi tidak efektif dalam kurun waktu yang lama.

2. Mengembangkan perilaku sehat dan mempertahankannya

   Perilaku sehat dapat dipengaruhi oleh kebiasaan. Oleh karena itu perlu dikembangkan suatu strategi yang tidak hanya mengubah perilaku, tetapi juga untuk mempertahankan perubahan tersebut.

3. Pengontrolan perilaku

   Pengontrolan perilaku seringkali tidak cukup untuk mengubah perilaku itu sendiri. Suatu program secara total dapat dihancurkan sendiri oleh pasien dengan mengunakan pernyataan pertahanan.

4. Dukungan sosial

   Keluarga dan teman dapat membantu mengurangi kecemasan yang disebabkan oleh penyakit tertentu, mereka dapat menghilangkan godaan pada ketidaktaatan, dan mereka seringkali dapat menjadi kelompok pendukung untuk mencapai kepatuhan.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

5. Dukungan dari profesional kesehatan

   Dukungan dari profesional kesehatan merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan. Dukungan mereka berguna terutama saat pasien menghadapi bahwa perilaku sehat yang baru tersebut merupakan hal penting. Begitu juga mereka dapat mempengaruhi perilaku pasien dengan cara menyampaikan antusias mereka terhadap tindakan tertentu dari pasien,

dan secara terus-menerus memberikan penghargaan yang positif bagi pasien yang telah mampu beradaptasi dengan program pengobatannya.

Dalam model HBM (Machfoed dan Suryani, 2009) seorang akan melakukan suatu tindakan untuk menyebuhkan penyakitnya jika orang tersebut benar-benar merasa terancam oleh penyakit. Jika tidak, maka dia tidak akan melakukan tindakan apa-apa. Pada dasarnya model HBM (*Health Belief Model*) terdiri dari unsur-unsur sebagai berikut:

1. Kesiapan seseorang untuk melakukan suatu tindakan ditentukan oleh pandangan orang itu terhadap bahaya penyakit tertentu dan persepsi mereka terhadap kemungkinan akibat (fisik atau sosial) bila terkena penyakit tersebut.
2. Penilaian seseorang terhadap perilaku kesehatan tertentu, dipandang dari sudut kebaikan dan kemanfaatan (misalnya perkiraan subjektif mengenai kemungkian manfaat dari suatu tindakan dalam mengurangi tingkat bahaya dan keparahan). Kemudian dibandingkan dengan persepsi pengorbanan (fisik, uang dan lain-lain) yang harus dikeluarkan untuk melaksanakan tindakan tersebut.
3. Suatu kunci untuk melakukan suatu tindakan kesehatan yang tepat harus ada baik dari sumber internal (misalnya gejala penyakit), maupun eksternal (misalnya interaksi interpersonal, komunikasi masal).

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.3 Persepsi

2.3.1 Definisi Persepsi

Persepsi menurut Bimo Walgito (2001) yang dikutip Sunaryo (2004) adalah proses pengorganisasian, penginterprestasian terhadap rangsang yang diterima oleh organisme atau individu sehingga merupakan sesuatu yang berarti dan merupakan aktivitas yang *integrated* dalam diri individu.

Sedangkan menurut Maramis (1999) yang dikutip Sunaryo (2004), persepsi ialah daya mengenal barang, kualitas atau hubungan, dan perbedaan antara hal ini melalui proses mengamati, mengetahui, atau mengartikan setelah panca indranya mendapat rangsang.

Dengan demikian, persepsi dapat diartikan sebagai proses diterimanya rangsang melalui pancaindra yang didahului oleh perhatian sehingga individu mampu mengetahui, mengartikan, dan menghayati tentang hal yang diamati, baik yang ada di luar maupun dalam diri individu. (Sunaryo, 2004)

2.3.2 Proses Terjadinya Persepsi

Menurut Niven (2002), proses terjadinya persepsi dimulai dari :

1. Tahap penerimaan rangsangan yang ditentukan oleh faktor dari dalam dan faktor dari luar manusia itu sendiri yang meliputi :
   a. Faktor lingkungan yaitu ekonomi dan sosial politik.
   b. Faktor konsepsi yaitu pendapat dari teori seseorang tentang manusia dengan segala tindakannya.
   c. Faktor yang berkaitan dengan dorongan dan tujuan seseorang untuk menafsirkan suatu rangsangan.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

d. Faktor pengalaman masa lalu atau latar belakang kehidupan, akan menentukan kepribadian seseorang.

2. Proses seleksi dilakukan karena keterbatasan manusia dalam menerima rangsang.

3. Proses penutupan dimana proses ini terjadi karena keterbatasan tingkat kemampuan seseorang dalam menerima rangsangan.

Syarat terjadinya persepsi menurut Sunaryo (2004) adalah sebagai berikut :

a. Adanya objek : objek → stimulus → alat indra (reseptor).

Stimulus berasal dari luar individu (langsung mengenai alat indra/reseptor) dan dari dalam diri individu (langsung mengenai saraf sensoris yang bekerja sebagai reseptor).

b. Adanya perhatian sebagai langkah pertama untuk mengadakan persepsi.

c. Adanya alat indra sebagai reseptor penerima stimulus.

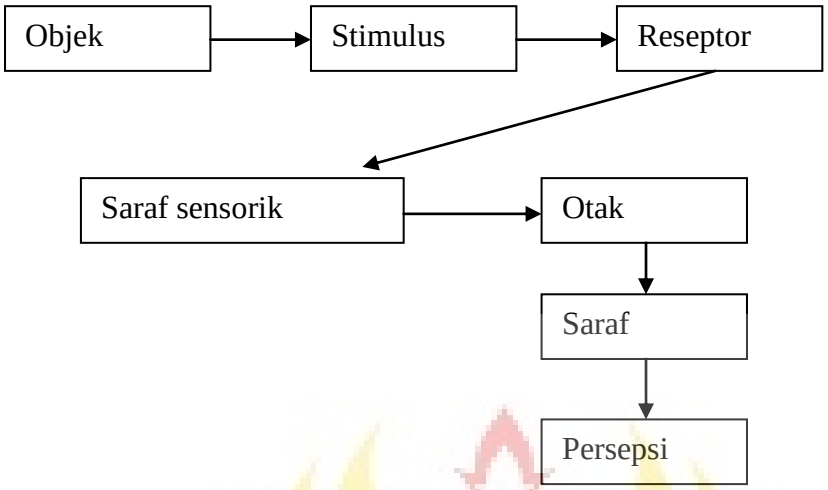
d. Saraf sensoris sebagai alat untuk meneruskan stimulus ke otak (pusat saraf atau pusat kesadaran). Dari otak dibawa melalui saraf motoris sebagai alat untuk mengadakan respons.

Proses terjadinya persepsi melewati tiga proses, yaitu :

- Proses fisik (kealaman)-objek → stimulus → reseptor atau alat indra.
- Proses fisiologis-stimulus →saraf sensoris → Otak.
- Proses psikologis-proses dalam otak sehingga individu menyadari stimulus yang diterima.

Jadi syarat untuk mengadakan persepsi perlu ada proses fisik, fisiologis, dan psikologis. Secara bagan dapat digambarkan sebagai berikut.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG



Gambar 2.2. Proses terjadinya persepsi
(Sumber : Sunaryo, 2004)

2.3.3 Macam-macam Persepsi

Ada dua macam persepsi menurut Sunaryo (2004) yaitu :

1. *External perception*, yaitu persepsi yang terjadi karena adanya rangsang yang datang dari luar diri individu.
2. *Self-perception*, yaitu persepsi yang terjadi karena adanya rangsang yang berasal dari dalam diri individu. Dalam hal ini yang menjadi objek adalah dirinya sendiri.

Sedangkan menurut Soekidjo (2007), macam-macam persepsi berdasarkan model kepercayaan kesehatan (*health belief model*) adalah sebagai berikut:

a. *Perceived Susceptibiliti* (kerentanan yang dirasakan)

Agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia rentan (susceptible) terhadap penyakit tersebut.

b. *Percieved Severity/Seriousness* (Keparahan atau keseriusan yang dirasakan)

Tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong pula oleh keseriusan penyakit tersebut terhadap individu atau masyarakat.

c. *Perceived Benefit and Barriers* (persepsi manfaat dan rintangan yang dirasakan)

Apabila individu merasa dirinya rentan untuk penyakit-penyakit yang dianggap gawat (serius), ia akan melakukan suatu tindakan tertentu. Tindakan ini akan bergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan-rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan daripada rintangan-rintangan yang mungkin ditemukan di dalam melakukan tindakan tersebut.

d. *Cues to Action* (isyarat untuk bertindak)

Merupakan kejadian eksternal yang menganjurkan suatu keinginan untuk membuat perubahan kesehatan, suatu isyarat untuk bertindak kadang-kadang membantu menggerakkan seseorang dari keinginan untuk membuat perubahan kesehatan untuk secara aktual membuat perubahan. Ada faktor pencetus untuk memutuskan menerima atau menolak alternatif tindakan tersebut. Isyarat ini dapat bersifat :

1.) Internal : Isyarat untuk bertindak yang berasal dari dalam diri individu, misal gejala yang dirasakan.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.) Eksternal : Isyarat untuk bertindak yang berasal dari interaksi interpersonal, misal media masa, pesan, nasehat, anjuran atau konsultasi dengan petugas kesehatan dan dukungan keluarga.

Persepsi terhadap kerentanan dan keparahan penyakit, pertimbangan manfaat dan biaya melakukan tindakan kesehatan serta isyarat untuk bertindak dipengaruhi oleh (Notoatmojo, 2007) :

1. Variabel demografi, yaitu usia, jenis kelamin, pekerjaan dan latar belakang budaya.
2. Variabel sosiopsikologis, yaitu kepribadian, kelas sosial, tekan sosial.
3. Variabel struktural, yaitu pengetahuan dan pengalaman tentang masalah.

2.4 Dukungan Keluarga

2.4.1 Definisi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan sebuah informasi verbal atau non verbal , saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang di berikan oleh orang-orang yang akrab dengan subyek di dalam lingkungannya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosi dan berpengaruh pada tingkah laku penerimanya (Friedman, 2002).

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.4.2 Macam – Macam Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2002) menyebutkan bahwa terdapat empat jenis dukungan keluarga, yaitu:

a. Dukungan Informasional

Kelurga berfungsi sebagai kolektor dan disemenator (penyebaran) informasi tentang pengetahuan: tentang bunyi, mengingat bunyi, membedakan rasa,

menghubungkan rasa. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menahan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat nenyumbang sugesti yang khusus pada individu

b. Dukungan penghargaan

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membibing dan menangani pemecahan masalah dan perhatian, tanggap terhadap apa yang ingin dikatakan pasien, memumpuk spontanitas pasien untuk mau bercakap-cakap.

c. Dukungan instrumental

Keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan mendukung, menyediakan suasana yang aman dan mendukung, menyediakan sarana bantuan.

d. Dukungan emosional

Dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afektif, adanya kepercayaan, mendengarkan dan didengarkan, memberikan *reinforment* penguat, percakapan dan unsur empati.

Contoh atau komponen dari fungsi dukungan menurut Scheurer (2012) adalah sebagai berikut :

a. Practical atau instrumental, misalnya seperti membayar obat, mengambil resep, membaca dosis, mengisi kotak pil, transportasi, dan pendampingan fisik.

b. Emotional, misalnya seperti dorongan, mendengar, kasih sayang, pemenuhan nutrisi, memberi penghargaan, mencontohkan.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.4.2 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (2002) adalah :

a. Fungsi afektif dan koping

Keluarga memberikan kenyamanan emosional anggota, membantu anggota dalam membentuk identitas dan mempertahankan saat terjadi stress.

b. Fungsi sosial

Keluarga sebagai guru, menanamkan kepercayaan nilai, sikap,dan mekanisme koping, memberikan feedback dan memberikan petunjuk dalam pemecahan masalah.

c. Fungsi reproduksi

Keluarga melahirkan anak, menumbuh kembangkan anak dan meneruskan keturunan.

d. Fungsi ekonomi

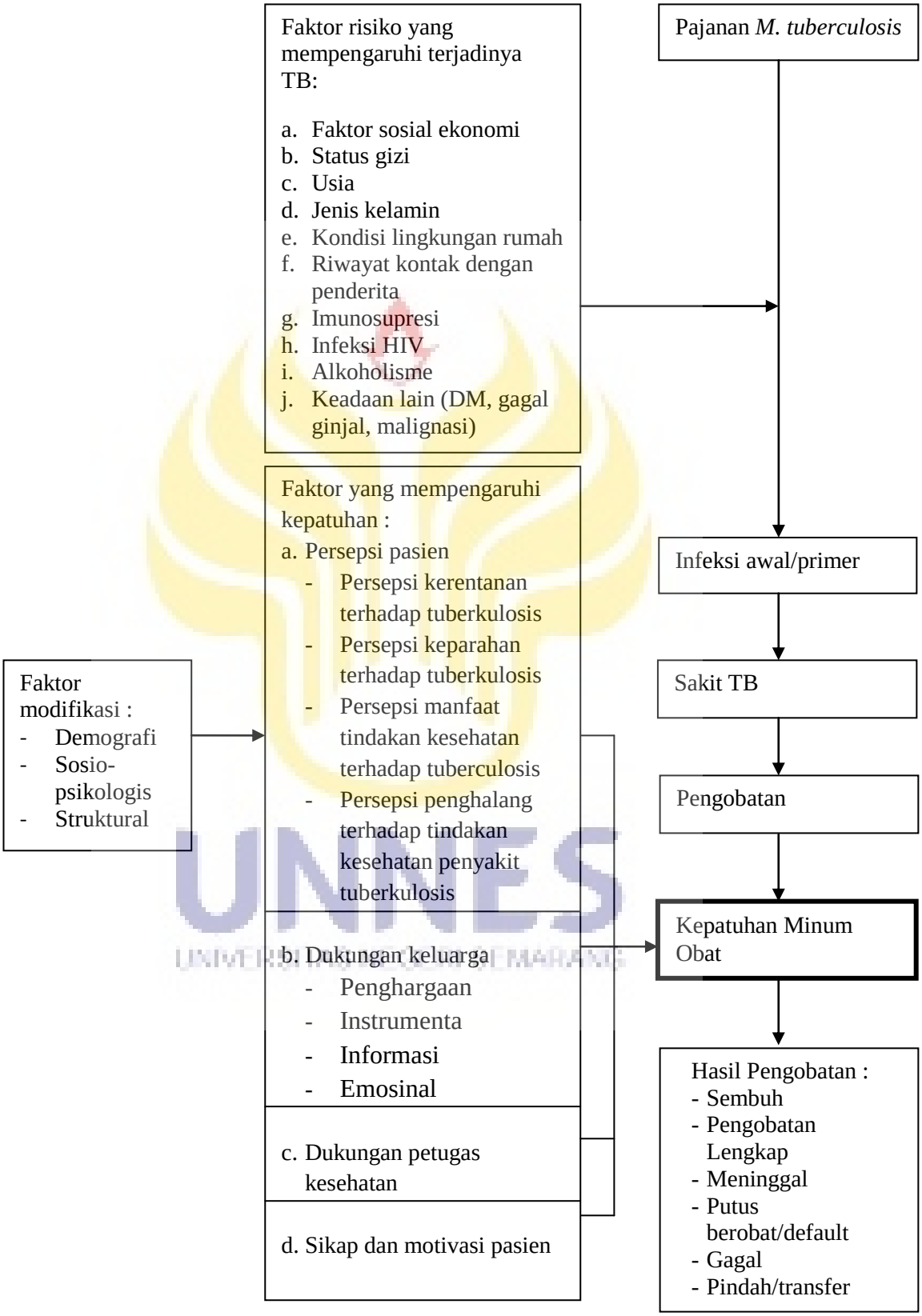
Keluarga memberikan finansial untuk anggota keluarganya dan kepentingan di masyarakat.

e. Fungsi fisik

Keluarga memberikan keamanan, kenyamanan lingkungan yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perkembangan dan istirahat termasuk untuk penyembuhan dari sakit.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.5 KERANGKA TEORI



Gambar 2.3. Kerangka Teori
Modifikasi dari Priyoto (2014), Kemenkes (2011), Helper (2010), Soekidjo (2007), Asih (2003), Neil Niven (2002)

BAB VI
SIMPULAN DAN SARAN

6.1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang hubungan antara persepsi dan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pasien baru tuberkulosis paru di Puskesmas Mejobo Kabupaten Kudus, maka diperoleh kesimpulan bahwa:

1. Ada hubungan antara persepsi dengan kepatuhan minum obat pasien baru tuberkulosis paru di Puskesmas Mejobo Kabupaten Kudus dengan *p value* = 0,001 (PR = 2,8).
2. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pasien baru tuberkulosis paru di Puskesmas Mejobo Kabupaten Kudus dengan *p value* = 0,00 (PR = 3).

6.2. Saran

Berdasarkan hasil penelitian di atas, maka saran yang dapat diberikan antara lain sebagai berikut :

6.2.1. Bagi Pasien Tuberkulosis Paru

Diharapkan pasien agar teratur minum obat sesuai petunjuk sehingga tidak terjadi kegagalan pengobatan yang berakibat timbulnya resistensi terhadap obat dan sumber penularan aktif. Selain itu diharapkan penderita juga perlu menambah informasi tuberkulosis.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

6.2.2. Bagi Keluarga Pasien Tuberkulosis Paru

Diharapkan berperan aktif dalam mengawasi dan memberikan dukungan dengan memperhatikan dan peduli pada penderita agar menyelesaikan pengobatan sampai selesai dan dinyatakan sembuh.

6.2.3. Bagi Instansi Puskesmas Mejobo

Diharapkan Puskesmas Mejobo menambah referensi, sarana dan prasarana tentang informasi tuberkulosis paru, misalnya brosur, leaflet, dan poster sehingga menambah pengetahuan pasien tuberkulosis paru dan keluarga. Selain itu petugas kesehatan diharapkan berperan aktif dalam melakukan kerja sama dengan keluarga pasien untuk melakukan dukungan yang positif selama masa pengobatan pasien tuberkulosis paru agar pasien tidak *drop out*.

6.2.4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya untuk meneliti faktor lain yang mempengaruhi tingkat kepatuhan minum obat dan penggunaan desain penelitian yang berbeda, misalnya desain penelitian kohort. Selain itu, peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian terapan berupa intervensi kesehatan untuk meningkat kepatuhan minum obat pasien tuberkulosis paru.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

DAFTAR PUSTAKA

Asih, Niluh Gede Yasmin, dan Christantie Effendy, 2003, *Keperawatan Medikal Bedah : Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*, Jakarta : EGC.

Azwar, Saifuddin, 2008, *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*, Yogyakarta : Pustaka Pelajar.

Cahyono, J. B. Suharjo B, 2010, *Vaksinasi, Cara Ampuh Cegah Penyakit Infeksi*, Yogyakarta : PT. Kanisius.

Chatterjee, Delphi, dan Arun K.P., 2015, *Tuberculosis in the African continent: A Comprehensive review, Pathophysiology,* Volume 22, hlm. 73–83.

Cramm, Jane M, Harry J.M.F., Valerie M., dan Anna P.N, 2010, *TB treatment initiation and adherence in a South African Community than by knowledge of Tuberculosis, BMC Public Health,* hlm. 1-8.

Dahlan, M. Sopiyudin, 2009, *Penelitian Diagnostik*, Jakarta : Salemba Medika.

Dewi, Martia, 2009, *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pasien TBC dalam menjalani Pengobatan Anti Tuberkulosis di Tiga Puskesmas, Kabupaten Sumedang,* Volume X No. 11, Februari 2009, hlm. 60-75.

Dinkes Kabupaten Kudus, 2010-2014, *Laporan Progam Penanggulangan Tuberkulosis Kabupaten Kudus Tahun 2010-2014,* Kudus : DKK Kudus.

Dinkes Propinsi Jawa Tengah, 2014, *Profil Kesehatan Propinsi Jawa Tengah 2014,* Semarang : Dinkes Propinsi Jawa Tengah.

Fitriani, Eka, 2013, *Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Tuberkulosis Paru, Jurnal Unnes,* Volume II, No.1, 2013, hlm. 1-7.

Friedman, M. M, 2002, *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktik,* Jakarta : EGC.

Gupta, S., Gupta, S., dan Behera, D. 2011, *Reasons for interruption of antitubercular treatment as reported by patients with tuberculosis admitted in a tertiary care institute, The Indian Journal of Tuberculosis,* Volume LVIII, No.1, hlm. 11–7.

Kemenkes RI, 2013, *Profil Indonesia 2013*, Jakarta : Kemenkes RI.

_____, 2014, *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis Ditjen PP&PL-Departemen Kesehatan RI,* Jakarta : Kemenkes RI.

_____, 2013, Profil Indonesia 2012, Jakarta : Kemenkes RI.

_____, 2011, *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis DitjenPP&PL-Departemen Kesehatan RI*, Jakarta : Kemenkes RI.

_____, 2001, *Buku Petunjuk Praktis Bagi Petugas Pelaksana Penanggulangan Tuberkulosis di Unit Pelayanan Kesehatan*, Jakarta : Kemenkes RI.

Kondoy, Priska P.H, 2013, *Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Berobat Pasien Tuberkulosis Paru di Lima Puskesmas di Kota Manado, Jurnal Kedokteran Komunitas dan Tropik*, Volume II, No.1, Februari 2014, hlm. 1-10

Kurniawan, Robert, 2011, *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Keteraturan Minum OAT pada Penderita Tuberkulosis Paru di Puskesmas Kampung Sawah Kota Bandar Lampung, Jurnal Kesehatan Mitra Lampung*, Volume IX No.2, Mei 2012, hlm 1-10.

.

Muttaqin, Arif, 2008, *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan, Jakarta* : Salemba Medika.

Niven, Nell, 2002, *Psikologi Kesehatan Edisi 2*, Jakarta: EGC.

Notoatmojo, Soekidjo, 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta.

_____, 2007, *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Jakarta : Rineka Cipta.

Pasek, Made S, Nunuk S., dan Pancrasia M.K, 2012, *Hubungan Persepsi dan Tingkat Pengetahuan Penderita Tuberkulosis Dengan Kepatuhan Pengobatan di Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng I, Jurnal Magister Keluarga*, Volume I, No.I, 2013, hlm 14-23.

Pare, Amelda Lisu, Ridwan A., dan Ida L., 2012, *Hubungan antara Pekerjaan, PMO, Pelayanan Kesehatan, Dukungan Keluarga dan Diskriminasi dengan Perilaku Berobat Pasien TB Paru*, hlm. 1-13.

Priyoto, 2014, *Teori Sikap dan Perilaku dalam Kesehatan Dilengkapi Contoh Kuesioner*, Yogyakarta : Nuha Medika.

Riyanto, Agus, 2011, *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan Dilengkapi Contoh Kuesioner dan Laporan Penelitian*, Yogyakarta : Nuha Medika.

Safri, Firman M, Tintin S., dan Elida U., 2013, *Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien TB Paru Berdasarkan*

Health Belief Model di Wilayah Kerja Puskesmas Umbulsari Kabupaten Jember.

Sahat P. Manalu, Helper, 2010, *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian TB Paru dan Upaya Penanggulangannya, Jurnal Ekologi Kesehatan,* Volume IX, No. 4, Desember 2010, hlm. 1340-1346.

Sarwani, Dwi, Sri N., dan Isnaini Z.A, 2012, *Faktor Risiko Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB), Jurnal Kemas Volume VIII*, No. 1, 2012, hlm. 60-66.

Sastroasmoro, Sudigdo, dan Sofyan Ismael, 2011, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi Ke-4*, Jakarta : Binarupa Aksara.

Scheurer, Danielle, 2012, *Association Between Different Types of Social Support and Medication Adherence, The American Journal of Managed Care,* Volume XVIII, No.12, hlm. 461-467.

Septia, Asra, Siti R., dan Febriana S., 2013, *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita TB Paru, JOM PSIK,* Volume I, No.2, hlm.1-10.

Simamoro, J. 2004. *Faktor yang Mempengaruhi Ketidakteraturan Penderita TB Paru di Puskesmas Kota Binjai Tahun 2004*. Universitas Sumatera Utara.

Siswanto, Ivan P., Yanwirasti, dan Elly U. 2015. *Hubungan Pengetahuan dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat Anti Tuberkulosis di Puskesmas Andalas Kota Padang. Jurnal Kesehatan Andalas.* 4(3):724-728.

Somantri, Irman, 2007, *Keperawatan Medikal Bedah Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernapasan,* Jakarta : Salemba Medika.

Sugiyono, 2010, *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*, Bandung : CV. Alfabeta.

Sunaryo, 2004, *Psikologi Untuk Keperawatan,* Jakarta : EGC.

Tachfouti, Nabii, Katia S., Mohammed B., dan Chakib N., 2011, *The Impact of Knowledge and Attitude on Adhrence to Tuberculosis Treatment : A Case-control Study in A Moroccan Region, Pan African Medical Journal,* 2012, hlm. 1-8.

Tambayong, Jan, 2000, *Patofisiologi Untuk Keperawatan*, Jakarta : EGC.

Umar, Farida, 2006, *Pengaruh Peran Petugas PMO dan Persepsi Penderita TB Paru BTA Positif terhadap Kepatuhan Minum Obat Anti Tuberkulosis di Kota Ternate Provinsi Maluku Utara*, Thesis, Universitas Gajah Mada.

Widoyono, 2008, *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasannya*, Jakarta : Erlangga.

WHO, 2003, *Adherence to Long-Term Therapies Evidence for Action* diakses dari http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/426841/9241545992.pdf pada tanggal 6 Oktober 2015.

WHO, 2014, *Global Tuberculosis Report 2014*, Worldwide : WHO.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG