

**BEHUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA (PMO) DENGAN
KEPATUHAN MINUM OBAT PADA KLIEN TB PARU
DI PUSKESMAS CIBINONG KABUPATEN
CIANJUR**

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar
Sarjana Keperawatan

**IRMAYANTI
AK.2.16.023**



**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BHAKTI KENCANA
BANDUNG
2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA (PMO) DENGAN
KEPATUHAN MINUM OBAT PADA KLIEN TB PARU DI
PUSKESMAS CIBINONG CIANJUR.**

NAMA : IRMAYANTI

NPM : AK.2.16.023

Telah Disetujui Untuk Diajukan Pada Sidang Akhir

Pada Program Studi S1 Keperawatan

STIKes Bhakti Kencana Bandung

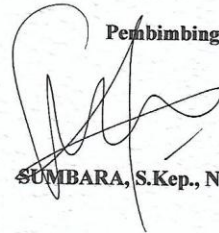
Menyetujui,

Pembimbing I



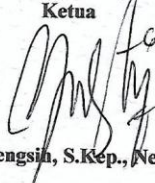
Sri Wulan Megawati, S.Kep., Ners., M.Kep

Pembimbing II



SUMBARA, S.Kep., Ners., M.Kep

**Program Studi S1 Keperawatan
Ketua**



Yuyun Sarinengsih, S.Kep., Ners., M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA (PMO) DENGAN KEPATUHAN MINUM OBAT PADA KLIEN TB PARU DI PUSKESMAS CIBINONG CIANJUR.

NAMA : IRMAYANTI

NPM : AK.2.16.023

Telah Disetujui Untuk Dijukan Pada Sidang Akhir

Pada Program Studi S1 Keperawatan

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Menyetujui,

Penguji I



Rizki Muliani, S.Kep., Ners., M.M

Penguji II



Vina Vitniawati, S.Kep., Ners.

STIKes Bhakti Kencana
Ketua
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
BHAKTI KENCANA
S. CIBINONG
R. Siti Jundiah, S. CIBINONG



PERNYATAAN

Dengan ini saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : IRMAYANTI
NIM : AK.2.16.023
Program Studi : S1 KEPERAWATAN
Judul Skripsi : HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA (PMO) DENGAN
KEPATUHAN MINUM OBAT PADA KLIEN
TUBERKULOSIS PARU DI PUSKESMAS CIBINONG
CIANJUR

Dengan ini menyatakan :

1. Penelitian saya, dalam skripsi ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (Amd.Keb, Amd.Kep atau S.Kep), baik dari STIKes Bhakti Kencana maupun Perguruan Tinggi lain.
2. Penelitian dalam skripsi ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan tim pembimbing.
3. Dalam penelitian ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.

Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Bandung, 05 September 2018

Yang Membuat Pernyataan


Irmayanti
AK.2.16.023

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur peneliti ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan kekuatan dan kesehatan kepada peneliti dan atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA (PMO) DENGAN KEPATUHAN MINUM OBAT PADA KLIEN TB PARU DI PUSKESMAS CIBINONG KABUPATEN CIANJUR.**

Penyelesaian skripsi ini merupakan salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Program Studi S1 Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung Tahun 2018. Dalam penulisan skripsi ini, peneliti banyak mendapat dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu peneliti mengucapkan terimakasih yang tidak terhingga kepada:

- 1) H. Mulyana SH. M.Pd, M.H.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
- 2) R. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
- 3) Yuyun Sarinengsih, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
- 4) Rizki Muliani, S.Kep., Ners., MM selaku dosen penguji I yang telah banyak membantu dan memberi masukan dalam hal perbaikan penyusunan skripsi ini.
- 5) Vina Vitniawati, S.Kep., Ners selaku dosen penguji II yang telah banyak membantu dalam hal perbaikan skripsi ini

- 6) Sri Wulan Megawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep, selaku dosen pembimbing I dalam menyusun skripsi ini yang telah banyak membantu dan memberi masukan serta membimbing peneliti dengan sabar dan ketulusannya.
- 7) Sumbara, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku dosen pembimbing II dalam menyusun skripsi ini yang telah banyak membantu dan memberi masukan serta membimbing peneliti dengan sabar dan ketulusannya.
- 8) Seluruh staf dosen, staf administrasi, dan pengelola perpustakaan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.
- 9) Suami, anak, serta saudara yang telah membantu memberikan dukungan baik moril maupun materil dengan penuh cinta, kasih sayang dan keikhlasan, semoga ALLAH SWT selalu membalas semua pengorbanannya,amin.
- 10) Terimakasih kepada teman-teman seperjuangan Program Studi S1 Keperawatan angkatan 2016 yang telah membantu dan memberikan motivasi.
Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan pahala yang berlipat ganda dari Tuhan Yang Maha Esa. Peneliti menyadari bahwa penyusunan skripsi ini masih banyak kekurangan, dengan demikian peneliti mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pihak dalam rangka penyempurnaan skripsi ini dan semoga dapat bermanfaat bagi semua yang berkepentingan.

Bandung, 05 September 2018

Peneliti,
IRMAYANT

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman judul	
LEMBAR PERSETUJUAN.....	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN.....	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar belakang	1
1.2. Rumusan masalah	5
1.3. Tujuan penelitian	6
1.4. Manfaat penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1. Konsep Keluarga	8
2.1.1. Definisi Keluarga.....	10
2.1.2. Fungsi Keluarga.....	9
2.1.3. Tipe dan bentuk keluarga.....	10
2.1.4. Struktur Keluarga.....	12
2.1.5. Struktur peran keluarga.....	15
2.1.6. Proses dan Strategi koping Keluarga.....	16
2.1.7. Keluarga Sebagai Klien	16
2.2. Dukungan Keluarga.....	18
2.2.1. Pengertian Dukungan Keluarga.....	18
2.2.2. Sumber Dukungan	19
2.2.3. Jenis Dukungan.....	19
2.2.4. Manfaat Dukungan Keluarga.....	21
2.2.5. Faktor yang Mempengaruhi Dukungan	22
2.3. Pengawas Minum Obar (PMO).....	23

2.3.1. Pengertian PMO.....	23
2.3.2. Tugas Pengawas Minum Obat	23
2.3.3. Peranan Keluarga Sebagai PMO	24
2.4. Kepatuhan.....	25
2.4.1. Pengertian	25
2.4.2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan.....	27
2.4.3. Cara-cara Mengurangi Ketidakpatuhan	31
2.4.4. Cara-cara Meningkatkan Kepatuhan	33
2.4.5. Aspek-aspek Kepatuhan Pengobatan.....	35
2.5. Konsep Tuberkulosis Paru.....	35
2.5.1. Pengertian Tuberkulosis Paru	35
2.5.2. Etiologi	36
2.5.3. Patofisiologi.....	37
2.5.4. Manifestasi klinis.....	39
2.5.5. Cara Penularan Penyakit Tuberkulosis Paru.....	40
2.5.6. Komplikasi Penyakit Tuberkulosis.....	42
2.5.7. Pencegahan Penyakit Tuberkulosis Paru	43
2.6. Kerangka Konseptual	45
BAB III METODE PENELITIAN	47
3.1. Rancangan Penelitian	47
3.2. Paradigma Penelitian	49
3.3. Hipotesa penelitian	49
3.4. Variabel Penelitian	49
3.4.1. Variabel Independen	49
3.4.2. Variabel Dependen	50
3.5. Definisi Konseptual Dan Definisi Operasional	50
3.5.1. Definisi Konseptual	50
3.5.2. Definisi Operasional	51
3.6. Populasi dan Sampel.....	52
3.6.1. Populasi.....	52
3.6.2. Sampel	52
3.7. Pengumpulan Data.....	53
3.7.1. Instrumen Penelitian	53
3.7.2. Uji Validitas Dan Reliabilitas Instrumen.....	54
3.7.3. Tehnik Pengumpulan Data	55
3.8. Langkah-langkah Penelitian	57
3.9. Pengolahan Data dan Analisa Data	58
3.9.1. Pengolahan Data	58
3.9.2. Analisa Data.....	59
3.9.2.1. Analisis Univariat	59
3.9.2.2. Analisis Bivariat	62

3.10. Etika Penelitian	64
3.11. Lokasi dan waktu penelitian.....	65
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	66
4.1. Analisis Univariat.....	66
4.2. Analisis Bivariat.....	67
4.3. Pembahasan Penelitian	68
4.3.1. Univariat.....	68
4.3.2. Bivariat	76
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	80
5.1. Simpulan.....	80
5.2. Saran.....	80

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
TABEL 3.1 : Definisi Operasional.....	51
TABEL 4.1 : Gambaran Dukungan Pada Klien Tuberkulosis Paru	65
TABEL 4.2 : Gambaran Kepatuhan Minum Obat Pada Klie Tuberkulosis Paru .	66
TABEL 4.3 : Hubungan Dukungan Keluarga (PMO) Dengan Kepatukan Minum Obat pada Klien Tuber Kolosis Paru	66

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Permohonan Ijin Penelitian
Surat Permohonan Studi Pendahuluan
- Lampiran 2 Lembar *Informed Consent*
Lembar Permohonan Menjadi Responden
Kisi-Kisi Instrumen dan Instrumen penelitian
- Lampiran 3 Lembar Bimbingan
- Lampiran 4 Hasil Analisis Univariat dan Bivariat
- Lampiran 5 Distribusi Dimensi Frekuensi
- Lampiran 6 Persyaratan Sidang
- Lampiran 7 Bukti Menjadi Oponen
- Lampiran 8 Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) adalah suatu penyakit menular yang disebabkan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*, yang dapat menyerang organ, terutama paru paru. Penyakit ini bila tidak diobati atau pengobatannya tidak tuntas dapat menimbulkan komplikasi berbahaya hingga kematian. TB diperkirakan sudah ada di dunia sejak 5000 tahun sebelum masehi, namun kemajuan dalam penemuan dan pengendalian penyakit TB baru terjadi dalam 2 abad terakhir (Infodatin, 2015).

WHO mengeluarkan data 10 penyakit terbesar tahun 2016 dengan penyakit jantung posisi pertama, stroke, penyakit paru obstruksi kronik, infeksi saluran nafas atas, alzheimer, trakea, diabetes, kecelakaan lalu lintas, diare dan tuberkulosis. Tuberkulosis (TB) adalah salah satu dari 10 penyebab kematian di seluruh dunia. Pada tahun 2016, 10,4 juta orang jatuh sakit dengan TB, dan 1,7 juta meninggal karena penyakit (termasuk 0,4 juta di antara orang dengan HIV). Lebih dari 95% kematian TB terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Tujuh negara mencakup 64% dari total, dengan India memimpin perhitungan, diikuti oleh Indonesia, Cina, Filipina, Pakistan, Nigeria, dan Afrika Selatan. Pada tahun 2016, diperkirakan 1 juta anak-anak menjadi sakit dengan TB dan 250.000 anak meninggal karena TB (termasuk anak-anak dengan HIV

terkait TB). TB adalah pembunuh utama orang HIV-positif: pada tahun 2016, 40% kematian HIV disebabkan oleh TB (WHO, 2017).

Tuberkulosis di Indonesia mengalami peningkatan kasus dari tahun 2014 sampai tahun 2016, pada tahun 2014 jumlah kasus tuberkulosis sebanyak 324.539 meningkat menjadi 330.729 di tahun 2015. Kemudian pada tahun 2016 menjadi 351.893 kasus.. Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia (2017), Jawa Barat menduduki peringkat pertama tuberkulosis dengan jumlah 78.698 kasus penderita TB Paru dari cakupan kasus pengobatan lengkap dan sembuh serta angka keberhasilan pengobatan jawa barat Dari 26 kabupaten di Jawa Barat, Cianjur (78%) menempati peringkat 10 terbanyak penemuan kasus TB per kabupaten setelah kab. Bogor

Berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur jumlah penderita TB paru relatif meningkat maka diambil angka kejadian TB paru pada empat tahun terakhir, pada tahun 2014 ditemukan 2.893 orang penderita TB paru, tahun 2015 ditemukan 2.988 orang penderita. Pada tahun 2016 ditemukan 3.010 orang dan tahun 2017 ditemukan 3.578 orang penderita TB.

Data dari Rekam Medis Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Cibinong Kabupaten Cianjur tahun 2015 didapat suspek klien TB paru adalah 141 orang, BTA (Bakteri Tahan Asam) Positif 64 orang BTA Negatif 62 orang. Di tahun 2016 terdapat suspek klien TB paru adalah 170 orang, BTA Positif 62 orang BTA Negatif 62 orang dan tahun 2017 suspek

klien TB paru adalah 227 orang, BTA Positif 88 orang BTA Negatif 74 orang.

Meningkatnya kasus TB pemerintah menerapkan strategi DOTS (*Directly observed Treatment Short-course*) secara optimal untuk menanggulangi TB. Strategi ini telah terbukti sebagai strategi pengendalian yang secara ekonomis paling efektif (*cost-effective*) (Depkes, 2009). Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan klien, dengan memprioritaskan klien TB tipe menular. Strategi ini akan memutuskan penularan TB dan dengan demikian menurunkan insidens TB di masyarakat (Depkes, 2011).

TB Paru adalah penyakit yang dapat diobati dan disembuhkan. Pengobatan TB Paru dapat diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap intensif 2 bulan pengobatan dan tahap lanjutan 4-6 bulan berikutnya. Pengobatan yang teratur pada pasien TB Paru dapat sembuh secara total, apabila pasien itu sendiri mau patuh dengan aturan-aturan tentang pengobatan TB Paru. Sangatlah penting bagi penderita untuk tidak putus berobat dan jika penderita menghentikan pengobatan, kuman TB Paru akan mulai berkembang biak lagi yang berarti penderita mengulangi pengobatan intensif selama 2 bulan pertama (WHO, 2013).

Ketidapatuhan klien dalam minum obat merupakan penyebab terbesar terjadinya resistensi obat. Alasan klien tidak minum obat (*drop out*) pada fase intensif karena rendahnya motivasi dan kurang informasi tentang penyakit yang dideritanya (WHO, 2008). Pengobatan yang tidak

teratur atau kelalaian dalam mengkonsumsi obat, pemakaian obat yang tidak atau kurang tepat, maupun pengobatan yang terputus dapat mengakibatkan resistensi bakteri terhadap obat, pengobatan yang tidak teratur dan kombinasi obat yang tidak lengkap dimasa lalu pun, juga diduga telah menimbulkan kekebalan ganda kuman TB terhadap OAT atau MDR. Hal ini yang harus dicegah dan ditanggulangi di Indonesia. Resistensi terhadap obat dikarenakan perilaku penderita yang tidak patuh saat pengobatan (Friedman dkk, 2010).

Menurut Niven (2002), faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pada klien tuberculosis ialah sikap atau motivasi, keyakinan, dukungan keluarga, dukungan sosial dan dukungan petugas kesehatan. Salah satu cara untuk mengatasi ketidakpatuhan klien minum obat ialah adanya dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan sebagai penyampai informasi kepada penderita (WHO, 2013).

Pengawasan minum obat dapat dilakukan oleh kader kesehatan, perawat, tokoh masyarakat, ataupun keluarga dan lain-lain. Dukungan keluarga yang dalam hal ini bertindak sebagai pengawas minum obat (PMO) merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan untuk pengobatan TB Paru, dimana keluarga inti merupakan keluarga besar berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggota keluarganya. Keluarga yang bertindak sebagai PMO perlu memberikan dukungan yang positif untuk melibatkan keluarga sebagai pendukung pengobatan sehingga adanya kerjasama dalam pemantauan pengobatan antara petugas dan

anggota keluarga yang sakit (Friedman dkk, 2010). Keluarga yang bertindak sebagai PMO memiliki tantangan atau kesulitan yang mereka temukan dalam merawat anggota keluarga yang menderita TB Paru sehingga keluarga yang bertindak sebagai PMO di rekomendasikan untuk diberikan pendidikan dan konseling ketika merawat klien penderita TB Paru dirumah (Sukumani.T,dkk, 2012).

Berdasarkan dengan kejadian tuberkulosis paru, peneliti melakukan studi pendahuluan pada tanggal 04-07 April 2018 pada 10 penderita TB paru yang baru yaitu 6 orang berusia 30-45 tahun mengatakan bahwa keluarga mendampingi saya konsultasi ke petugas kesehatan untuk memperoleh informasi tentang penyakit saya, salah satu diantaranya mengatakan bahwa keluarga saya jarang mendampingi pada saat kontrol. 2 orang (laki laki) usia 20-30 tahun mengatakan pernah tidak tepat waktu untuk minum obat atau waktu untuk minum obat selalu berubah-berubah. 2 orang (perempuan) usia 35-48 tahun mengatakan pernah mengganti obat TB dengan obat lain/obat tradisional sehingga saya tidak minum obat TB.

Masalah ini mendorong peneliti untuk meneliti hubungan dukungan keluarga (PMO) dengan kepatuhan minum obat pada klien Tuberkulosis paru di Puskesmas Cibinong Cianjur sehingga hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar kepatuhan minum obat TB paru.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian fenomena tersebut, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai hubungan dukungan keluarga (PMO)

dengan kepatuhan minum obat pada klien Tuberkulosis paru di Puskesmas Cibinong Cianjur ?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga (PMO) dengan kepatuhan minum obat pada klien Tuberkulosis paru di Puskesmas Cibinong Cianjur.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi dukungan keluarga pada klien Tuberkulosis paru di Puskesmas Cibinong Cianjur.
2. Mengidentifikasi kepatuhan minum obat pada klien Tuberkulosis paru di Puskesmas Cibinong Cianjur.
3. Mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga (PMO) dengan kepatuhan minum obat pada klien Tuberkulosis paru di Puskesmas Cibinong Cianjur.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi bagi peneliti selanjutnya, serta dapat meningkatkan perkembangan ilmu pengetahuan mengenai kesehatan khususnya penyakit tuberkulosis paru.

1.4.2. Manfaat Praktis

Dalam penelitian ini, diharapkan agar hasilnya bermanfaat bagi berbagai pihak yang memerlukan yaitu :

1. Bagi Penulis

Dalam penelitian ini dapat memberikan pengalaman dalam melakukan penelitian dan menambah wawasan ilmu pengetahuan khususnya tentang penyakit TB paru. Dan diharapkan dapat membandingkan teori yang sudah ada didapat di perkuliahan dengan fakta di lapangan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini semoga dapat memberikan manfaat bagi program Keperawatan STIKes Bhakti Kencana dalam menambah referensi ilmiah tentang penyakit TB paru.

3. Bagi Puskesmas Cibinong Kabupaten Cianjur

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi masukan bagi Puskesmas Cibinong Kabupaten Cianjur untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat pada klien TB paru.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan referensi dan literatur bagi peneliti selanjutnya dengan menggunakan variabel yang belum diteliti.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Keluarga

2.1.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang bergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Friedman, 2010). Keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi dalam satu rumah tangga, yang berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya (Ali, 2010).

Menurut Duvall dalam (Harmoko, 2012) konsep keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum: meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan sosial dari tiap anggota. Keluarga merupakan aspek terpenting dalam unit terkecil dalam masyarakat, penerima asuhan, kesehatan anggota keluarga dan kualitas kehidupan keluarga saling berhubungan, dan menempati posisi antara individu dan masyarakat (Harmoko. 2012).

Keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan. (WHO, dalam Harmoko, 2012). Keluarga adalah sekelompok manusia yang tinggal dalam satu rumah tangga dalam kedekatan yang konsisten dan hubungan yang erat. (Helvie, dalam Harmoko 2012). Jadi, dapat disimpulkan bahwa definisi dari keluarga merupakan sekumpulan orang yang terikat oleh ikatan perkawinan, darah serta adopsi dan tinggal dalam satu rumah.

2.1.2 Fungsi Keluarga

Menurut Marilyn M. Friedman (2010) fungsi keluarga dibagi menjadi 5 yaitu:

1) Fungsi Afektif

Memfasilitasi stabilisasi kepribadian orang dewasa, memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga.

2) Fungsi Sosialisasi

Memfasilitasi sosialisasi primer anak yang bertujuan menjadikan anak sebagai anggota masyarakat yang produktif serta memberikan status pada anggota keluarga.

3) Fungsi Reproduksi

Untuk mempertahankan kontinuitas keluarga selama beberapa generasi dan untuk keberlangsungan hidup masyarakat.

4) Fungsi ekonomi

Menyediakan sumber ekonomi yang cukup dan alokasi efektifnya.

5) Fungsi perawatan kesehatan

Menyediakan kebutuhan fisik-makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan. (Marilyn M. Friedman; 2010)

2.1.3 Tipe dan bentuk keluarga

Tipe keluarga menurut Harmoko (2012) yaitu sebagai berikut :

1) *Nuclear Family*

Keluarga inti yang terdiri atas ayah, ibu, dan anak yang tinggal dalam satu rumah di tetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu/ keduanya dapat bekerja di laur rumah.

2) *Extended Family*

Keluarga inti ditambahkan dengan sanak saudara, misalnya nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, pama, bibi, dan sebagainya.

3) *Reconstituted Nuclear*

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru. Satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

4) *Middle Age/ Aging Couple*

Suami sebagai pencari uang. Istri di rumah/ kedua-duanya bekerja di rumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/ perkawinan/meniti karier.

5) *Dyadic Nuclear*

Suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak, keduanya/salah satu bekerja di rumah.

6) *Single Parent*

Satu orang tua sebagai akibat perceraian/ kematian pasangannya dan anaknya dapat tinggal di rumah/ di luar rumah.

7) *Dual Carrier*

Suami istri atau keduanya berkarier dan tanpa anak.

8) *Commuter Married*

Suami istri/ keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu, keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

9) *Single Adult*

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk menikah.

10) *Three Generation*

Tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

11) *Institutional*

Anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam suatu panti-panti.

12) *Comunal*

Satu rumah terdiri atas dua/lebih pasangan yang monogami dengan anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

13) *Group Marriage*

Satu perumahan terdiri atas orangtua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah menikah dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.

14) *Unmarried parent and child*

Ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya di adopsi.

15) *Cohibing Couple*

Dua orang/ satu pasangan yang tinggal bersama tanpa pernikahan. (Harmoko, 2012)

2.1.4 Struktur Keluarga

Struktur keluarga oleh Friedman di gambarkan sebagai berikut :

1) Struktur komunikasi

Komunikasi dalam keluarga dikatakan berfungsi apabila dilakukan secara jujur, terbuka, melibatkan emosi, konflik selesai dan hierarki kekuatan. Komunikasi keluarga bagi

pengirim yakin mengemukakan pesan secara jelas dan berkualitas, serta meminta dan menerima umpan balik. Penerima pesan mendengarkan pesan, memberikan umpan balik, dan valid. Komunikasi dalam keluarga dikatakan tidak berfungsi apabila tertutup, adanya isu atau berita negatif, tidak berfokus pada satu hal, dan selalu mengulang isu dan pendapat sendiri. Komunikasi keluarga bagi pengirim bersifat asumsi, ekspresi perasaan tidak jelas, judgemental ekspresi, dan komunikasi tidak sesuai. Penerima pesan gagal mendengar, diskualifikasi, *ofensif* (bersifat negatif), terjadi miskomunikasi, dan kurang atau tidak valid.

1) Karakteristik pemberi pesan :

- Yakin dalam mengemukakan suatu pendapat.
- Apa yang disampaikan jelas dan berkualitas.
- Selalu menerima dan meminta timbal balik.

2) Karakteristik pendengar

- Siap mendengarkan
- Memberikan umpan balik
- Melakukan validasi

2) Struktur peran

Struktur peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai posisi sosial yang diberikan. Jadi, pada struktur peran bisa

bersifat formal atau informal. Posisi/status adalah posisi individu dalam masyarakat misal status sebagai istri/suami.

3) Struktur kekuatan

Struktur kekuatan adalah kemampuan dari individu untuk mengontrol, memengaruhi, atau mengubah perilaku orang lain. Hak (*legimate power*), ditiru (*referent power*), keahlian (*exper power*), hadiah (*reward power*), paksa (*coercive power*), dan efektif power.

4) Struktur nilai dan norma

Nilai adalah sistem ide-ide, sikap keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu. Sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan sosial tertentu, lingkungan keluarga, dan lingkungan masyarakat sekitar keluarga.

- Nilai, suatu sistem, sikap, kepercayaan yang secara sadar atau tidak dapat mempersatukan anggota keluarga.
- Norma, pola perilaku yang baik menurut masyarakat berdasarkan sistem nilai dalam keluarga.
- Budaya, kumpulan daripada perilaku yang dapat dipelajari, dibagi dan ditularkan dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah. (Friedman, dalam Harmoko, 2012)

2.1.5 Struktur peran keluarga

Sebuah peran didefinisikan sebagai kumpulan dari perilaku yang secara relatif homogen dibatasi secara normatif dan diharapkan dari seseorang yang menempati posisi sosial yang diberikan. Peran berdasarkan pada pengharapan atau penetapan peran yang membatasi apa saja yang harus dilakukan oleh individu di dalam situasi tertentu agar memenuhi harapan diri atau orang lain terhadap mereka. Posisi atau status didefinisikan sebagai letak seseorang dalam suatu sistem sosial. Menurut Friedman (2010) peran keluarga dapat diklasifikasikan menjadi dua yaitu :

1) Peran Formal Keluarga

Peran formal adalah peran eksplisit yang terkandung dalam struktur peran keluarga (ayah-suami,dll). Yang terkait dengan masing – masing posisi keluarga formal adalah peran terkait atau sekelompok perilaku yang kurang lebih homogen. Keluarga membagi peran kepada anggota keluarganya dengan cara yang serupa dengan cara masyarakat membagi perannya: berdasarkan pada seberapa pentingnya performa peran terhadap berfungsinya sistem tersebut. Beberapa peran membutuhkan ketrampilan atau kemampuan khusus: peran yang lain kurang kompleks dan dapat diberikan kepada mereka yang kurang terampil atau jumlah kekuasaannya paling sedikit.

2) Peran Informal Keluarga

Peran informal bersifat implisit, sering kali tidak tampak pada permukaannya, dan diharapkan memenuhi kebutuhan emosional anggota keluarga dan/atau memelihara keseimbangan keluarga. Keberadaan peran informal diperlukan untuk memenuhi kebutuhan integrasi dan adaptasi dari kelompok keluarga.

2.1.6 Proses dan Strategi koping Keluarga

Menurut Friedman (2010) Proses dan strategi koping keluarga berfungsi sebagai proses atau mekanisme vital yang memfasilitasi fungsi keluarga. Tanpa koping keluarga yang efektif, fungsi afektif, sosialisasi, ekonomi, dan perawatan kesehatan tidak dapat dicapai secara adekuat. Oleh karena itu, proses dan strategi koping keluarga mengandung proses yang mendasari yang menungkinkan keluarga mengukuhkan fungsi keluarga yang diperlukan.

2.1.7 Keluarga Sebagai Klien

Menurut Harmoko (2010) keluarga dijadikan unit pelayanan karena masalah kesehatan keluarga saling berkaitan dan saling berhubungan masyarakat secara keseluruhan.

1) Alasan keluarga sebagai unit pelayanan

- Keluarga merupakan bagian dari masyarakat yang dapat dijadikan sebagai gambaran manusia

- Perilaku keluarga dapat menimbulkan masalah kesehatan, tetapi dapat pula mencegah masalah kesehatan dan menjadi sumber daya pemecah masalah kesehatan.
- Masalah kesehatan di dalam keluarga akan saling mempengaruhi terhadap individu dalam keluarga
- Keluarga merupakan lingkungan yang serasi untuk mengembangkan potensi tiap individu dalam keluarga
- Keluarga merupakan pengambil keputusan dalam mengatasi masalah
- Keluarga merupakan saluran yang efektif dalam menyalurkan dan mengembangkan kesehatan kepada masyarakat.

2) Siklus penyakit dan kemiskinan dalam masyarakat Pemberian asuhan keperawatan keluarga harus lebih ditekankan pada keluarga-keluarga dengan status sosial ekonomi yang rendah. Alasannya adalah keluarga dengan ekonomi yang rendah umumnya berkaitan dengan ketidakmampuan dalam mengatasi berbagai masalah kesehatan yang mereka hadapi. Masalah kemiskinan akan sangat mengurangi kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga mereka terhadap gizi, perumahan dan lingkungan yang sehat, dan kebutuhan-kebutuhan lainnya. Semua ini akan menimbulkan berbagai masalah kesehatan. (Harmoko, 2012)

2.2. Dukungan Keluarga

2.2.1. Pengertian Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan bantuan yang dapat diberikan kepada keluarga lain berupa barang, jasa, informasi dan nasehat, yang mana membuat penerima dukungan akan merasa disayangi, dihargai, dan tentram (Taylor, 2006). Dukungan keluarga sangat dibutuhkan dalam menentukan kepatuhan pengobatan, jika dukungan keluarga diberikan pada pasien TB Paru maka akan memotivasi pasien tersebut untuk patuh dalam pengobatannya dan meminum obat yang telah diberikan oleh petugas kesehatan. Sejumlah orang lain yang potensial memberikan dukungan tersebut disebut sebagai *significant other*, misalnya sebagai seorang istri *significant other* nya adalah suami, anak, orang tua, mertua dan saudara-saudara.

Friedman (1998) dalam Muniasih (2008), berpendapat orang yang hidup dalam lingkungan yang bersifat suportif, kondisinya jauh lebih baik dari pada mereka yang tidak memiliki lingkungan suportif. Dalam hal ini, penting sekali bagi pasien dengan TB Paru untuk berada dalam lingkungan keluarga yang mendukung kesehatannya. Sehingga pasien dengan TB Paru akan selalu terpantau kesehatannya. Dukungan keluarga mengacu pada dukungan-dukungan yang dipandang oleh anggota keluarga sebagai suatu yang dapat diakses/diadakan oleh keluarga (dukungan bisa digunakan atau tidak digunakan, tapi anggota keluarga memandang

bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan).

2.2.2. Sumber Dukungan

Sumber dukungan keluarga dapat berupa :

- a. Dukungan keluarga internal : seperti dukungan dari suami (memberikan kepedulian, cinta dan rasa nyaman), orang tua, mertua, dan dukungan dari keluarga kandung.
- b. Dukungan keluarga eksternal : adalah dukungan keluarga eksternal bagi keluarga inti (dalam jaringan kerja social keluarga).

2.2.3. Jenis Dukungan

Keluarga memiliki beberapa bentuk dukungan (Friedman, 2010) yaitu:

1) Dukungan Penilaian

Dukungan ini meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian depresi dengan baik dan juga sumber depresi dan strategi koping yang dapat digunakan dalam menghadapi stressor. Dukungan ini juga merupakan dukungan yang terjadi bila ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Individu mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi pengharapan positif individu kepada individu lain, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan

seseorang dan perbandingan positif seseorang dengan orang lain, misalnya orang yang kurang mampu. Dukungan keluarga dapat membantu meningkatkan strategi coping individu dengan strategi-strategi alternatif berdasarkan pengalaman yang berfokus pada aspek-aspek yang positif.

2) Dukungan Instrumental

Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dan material berupa bantuan nyata (*instrumental support material support*), suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk di dalamnya bantuan langsung, seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang, membantu pekerjaan sehari-hari, menyampaikan pesan, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit atau pun mengalami depresi yang dapat membantu memecahkan masalah. Dukungan nyata paling efektif bila dihargai oleh individu dan mengurangi depresi individu. Pada dukungan nyata keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis dan tujuan nyata.

3) Dukungan Informasional

Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk di dalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasehat, pengarahan, saran, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang. Keluarga

dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang dokter, terapi yang baik bagi dirinya dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stresor. Individu yang mengalami depresi dapat keluar dari masalahnya dan memecahkan masalahnya dengan dukungan dari keluarga dengan menyediakan *feed back*. Pada dukungan informasi ini keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi.

4) Dukungan Emosional

Selama depresi berlangsung, individu sering menderita secara emosional, sedih, cemas dan kehilangan harga diri. Jika depresi mengurangi perasaan seseorang akan hal yang dimiliki dan dicintai. Dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat.

2.2.4. Manfaat Dukungan Keluarga

Dukungan sosial keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda dalam berbagai tahap siklus kehidupan. Namun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya,

hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 1998).

Wills (1985) dalam Friedman (1998) menyimpulkan bahwa baik efek-efek penyangga (dukungan sosial menahan efek-efek negatif dari stres terhadap kesehatan) dan efek-efek penyangga dan utama (dukungan sosial secara langsung mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan) pun ditemukan. Sesungguhnya efek-efek penyangga dan utama dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan boleh jadi berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit (Ryan dan Austin dalam Friedman).

2.2.5. Faktor yang Mempengaruhi Dukungan

Sarafino (2006), menyatakan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi apakah seseorang akan menerima dukungan atau tidak. Faktor-faktor tersebut diantaranya adalah ;

1) Faktor dari penerima dukungan (*recipient*)

Seseorang tidak akan menerima dukungan dari orang lain jika tidak suka berisolasi, tidak suka menolong orang lain dan tidak ingin orang lain tahu bahwa dia membutuhkan bantuan. Beberapa orang terkadang tidak cukup asertif untuk memahami bahwa dia sebenarnya membutuhkan bantuan dari orang lain, atau merasa bahwa dia seharusnya mandiri dan tidak

mengganggu orang lain, ayau merasa tidak nyaman saat orang lain menolongnya, dan tidak tahu kepada siapa dia harus meminta pertolongan.

2) Faktor dari pemberi dukungan (*providers*)

Seseorang terkadang tidak memberikan dukungan kepada orang lain ketika ia sendiri tidak memiliki sumber daya untuk menolong orang lain, atau tengah menghadapi stres, harus menolong dirinya sendiri, atau kurang sensitif terhadap sekitarnya sehingga tidak menyadari bahwa orang lain membutuhkan dukungan darinya.

2.3. Pengawas Minum Obat (PMO)

2.3.1. Pengertian PMO

Menurut Depkes RI (2009) PMO adalah seseorang yang ditunjuk dan dipercaya untuk mengawasi dan memantau penderita tuberkulosis dalam meminum obatnya secara teratur dan tuntas. PMO bisa berasal dari keluarga, tetangga, kader atau tokoh masyarakat atau petugas kesehatan.

Pengawas Minum Obat merupakan kegiatan yang dilakukan untuk menjamin kepatuhan penderita untuk minum obat sesuai dengan dosis dan jadwal seperti yang telah ditetapkan.

2.3.2. Tugas Pengawas Minum Obat

Menurut Depkes RI (2009), seseorang yang telah ditunjuk menjadi PMO mempunyai kewajiban sebagai berikut :

- 1) Mengikuti pelatihan singkat dari petugas kesehatan mengenai penyakit atau bahayanya tuberkulosis, mengenai perlunya minum obat dengan teratur dan penyelesaian pengobatan sesuai jadwal, perlunya evaluasi dahak dan efek samping obat serta kapan harus meminta pertolongan.
- 2) Mengawasi minum obat harian di rumah.
- 3) Mencatat obat yang telah diminum dan mencatat keluhan yang dialami penderita.
- 4) Ikut serta dalam pengambilan obat berikutnya sebelum obat habis dan ikut dalam pemeriksaan dahak penderita.
- 5) Memberi motivasi ke penderita supaya tidak terjadi kegagalan berobat serta menjadi penyuluh kesehatan.

2.3.3. Peranan Keluarga sebagai PMO

Menurut Mangunegoro dan Suryatenggoro (1994) dalam pengawasan pengobatan, petugas kesehatan harus mengikutsertakan keluarga supaya pasien dapat berobat secara kontinyu. Dukungan keluarga dan masyarakat mempunyai andil yang besar dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan penderita (Becher, 1997). Peran keluarga yang dapat dilakukan dalam perawatan penderita tuberkulosis di rumah yaitu sebagai PMO, pengawas penampungan dahak, mengawasi dan membantu membersihkan alat-alat makan dan minum penderita serta menepati janji kontrol (Noviadi, 1999).

Perawatan penderita TB paru di rumah yang dapat dilakukan oleh keluarga meliputi :

- 1) Mengawasi anggota keluarga yang sakit untuk menelan obat secara teratur sesuai dengan anjuran petugas kesehatan.
- 2) Mengetahui adanya gejala atau efek samping obat dan merujuk penderita kalau perlu.
- 3) Memberikan makanan yang bergizi.
- 4) Memberikan waktu istirahat kepada anggota keluarga yang sakit minimal 8 jam sehari.
- 5) Olah raga yang teratur di tempat yang berudara segar.
- 6) Memeriksa penderita untuk pemeriksaan dahak pada bulan ke 2, 5 dan 6.
- 7) Memodifikasi lingkungan yang dapat mendukung kesembuhan penderita TB paru antara lain mengupayakan rumah yang memenuhi syarat kesehatan, misalnya : mempunyai jendela atau ventilasi yang cukup, bebas debu rumah dan lantai tidak lembab.

2.4. Kepatuhan

2.4.1. Pengertian

Di dalam konteks psikologi kesehatan, kepatuhan mengacu kepada situasi ketika perilaku seorang individu sepadan dengan tindakan yang dianjurkan atau nasehat yang diusulkan oleh seorang praktisi kesehatan atau informasi yang diperoleh dari suatu sumber informasi lainnya seperti nasehat yang diberikan dalam suatu brosur

promosi kesehatan melalui suatu kampanye media massa (Ian & Marcus, 2011).

Para Psikolog tertarik pada pembentukan jenis-jenis faktor-faktor kognitif dan afektif apa yang penting untuk memprediksi kepatuhan dan juga penting perilaku yang tidak patuh. Pada waktu-waktu belakangan ini istilah kepatuhan telah digunakan sebagai pengganti bagi memenuh1 karena ia mencerminkan suatu pengelolaan pengaturan diri yang lebih aktif mengenai nasehat pengobatan (Ian & Marcus, 2011). Menurut Kozier (2010) kepatuhan adalah perilaku individu (misalnya: minum obat, mematuhi diet, atau melakukan perubahan gaya hidup) sesuai anjuran terapi dan kesehatan. Tingkat kepatuhan dapat dimulai dari tindak mengindahkan setiap aspek anjuran hingga mematuhi rencana.

Sedangkan Sarafino (dalam Yetti, dkk 2011) mendefinisikan kepatuhan sebagai tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya. Dikatakan lebih lanjut, bahwa tingkat kepatuhan pada seluruh populasi medis yang kronis adalah sekitar 20% hingga 60%. Dan pendapat Sarafino pula (dalam Tritiadi, 2007) mendefinisikan kepatuhan atau ketaatan (*compliance* atau *adherence*) sebagai: “tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau oleh orang lain”. Pendapat lain dikemukakan oleh Sacket (Dalam Neil

Niven, 2000) mendefinisikan kepatuhan pasien sebagai “sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh professional kesehatan”. Pasien mungkin tidak mematuhi tujuan atau mungkin melupakan begitu saja atau salah mengerti instruksi yang diberikan.

Delameter (2006) mendefinisikan kepatuhan sebagai upaya keterlibatan aktif, sadar dan kolaboratif dari pasien terhadap perilaku yang mendukung kesembuhan. Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku kepatuhan terhadap pengobatan adalah sejauh mana upaya dan perilaku seorang individu menunjukkan kesesuaian dengan peraturan atau anjuran yang diberikan oleh professional kesehatan untuk menunjang kesembuhannya.

2.4.2. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan

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

1) Faktor penderita atau individu

1) 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.

2) Keyakinan

Keyakinan merupakan dimensi spiritual yang dapat menjalani kehidupan. Penderita yang berpegang teguh terhadap keyakinanya akan memiliki jiwa yang tabah dan tidak mudah putus asa serta dapat menerima keadaannya, demikian juga cara perilaku akan lebih baik. Kemauan untuk melakukan kontrol penyakitnya dapat dipengaruhi oleh keyakinan penderita, dimana penderita memiliki keyakinan yang kuat akan lebih tabah terhadap anjuran dan larangan kalau tahu akibatnya.

3) Dukungan keluarga

Dukungan keluarga merupakan bagian dari penderita yang paling dekat dan tidak dapat dipisahkan. Penderita akan merasa senang dan tenteram apabila mendapat perhatian dan dukungan dari keluarganya, karena dengan dukungan tersebut akan menimbulkan kepercayaan dirinya untuk menghadapi atau mengelola penyakitnya dengan lebih baik, serta penderita mau menuruti saran-saran yang diberikan oleh keluarga untuk menunjang pengelolaan penyakitnya.

4) Dukungan sosial

Dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga lain merupakan faktor-faktor yang penting dalam kepatuhan terhadap program-program medis.

Keluarga dapat mengurangi ansietas yang disebabkan oleh penyakit tertentu dan dapat mengurangi godaan terhadap ketidaktaatan.

5) 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.

Sedangkan menurut Neil (2000), Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan dapat digolongkan menjadi empat bagian:

1) Pemahaman Tentang Instruksi

Tak seorang pun dapat mematuhi instruksi jika ia salah paham tentang instruksi yang diberikan padanya. Lcy dan Spelman (dalam Neil, 2008) menemukan bahwa lebih dari 60% yang diwawancarai setelah bertemu dengan dokter salah mengerti tentang instruksi yang diberikan pada mereka. Kadang-kadang hal ini disebabkan oleh kegagalan profesional

kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap, penggunaan istilah-istilah media dan memberikan banyak instruksi yang harus diingat oleh pasien.

2) Kualitas Interaksi

Kualitas interaksi antara professional kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan. Korsch & Negrete (Dalam Neil, 2008) telah mengamati 800 kunjungan orang tua dan anak anaknya ke rumah sakit anak di Los Angeles. Selama 14 hari mereka mewawancarai ibu-ibu tersebut untuk memastikan apakah ibu-ibu tersebut melaksanakan nasihat nasihat yang diberikan dokter, mereka menemukan bahwa ada kaitan yang erat antara kepuasan ibu terhadap konsultasi dengan seberapa jauh mereka mematuhi nasihat dokter, tidak ada kaitan antara lamanya konsultasi dengan kepuasan ibu. Jadi konsultasi yang pendek tidak akan menjadi tidak produktif jika diberikan perhatian untuk meningkatkan kualitas interaksi.

3) Isolasi Sosial dan Keluarga

keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima. Pratt (dalam Neil, 2012) telah memperhatikan bahwa peran yang dimainkan keluarga dalam pengembangan

kebiasaan kesehatan dan pengajaran terhadap anak-anak mereka. Keluarga juga memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan dari anggota keluarga yang sakit.

4) Keyakinan, Sikap dan Keluarga

Becker (dalam Neil, 2012) telah membuat suatu usulan bahwa model keyakinan kesehatan berguna untuk memperkirakan adanya ketidakpatuhan. Mereka menggambarkan kegunaan model tersebut dalam suatu penelitian bersama Hartman dan Becker (1978) yang memperkirakan ketidakpatuhan terhadap ketentuan untuk pasien hemodialisa kronis. 50 orang pasien dengan gagal ginjal kronis tahap akhir yang harus mematuhi program pengobatan yang kompleks, meliputi diet, pembatasan cairan, pengobatan, dialisa. Pasien-pasien tersebut diwawancarai tentang keyakinan kesehatan mereka dengan menggunakan suatu model. Hartman dan Becker menemukan bahwa pengukuran dari tiap-tiap dimensi yang utama dari model tersebut sangat berguna sebagai peramal dari kepatuhan terhadap pengobatan.

2.4.3. Cara-cara Mengurangi Ketidakpatuhan

Dinicola dan Dimatteo (dalam Neil, 2008) mengusulkan rencana untuk mengatasi ketidakpatuhan pasien antara lain:

- 1) Mengembangkan tujuan dari kepatuhan itu sendiri, banyak dari pasien yang tidak patuh yang memiliki tujuan untuk mematuhi

nasihat-nasihat pada awalnya. Pemicu ketidakpatuhan dikarenakan jangka waktu yang cukup lama serta paksaan dari tenaga kesehatan yang menghasilkan efek negatif pada penderita sehingga awal mula pasien mempunyai sikap patuh bisa berubah menjadi tidak patuh. Kesadaran diri sangat dibutuhkan dari diri pasien.

- 2) Perilaku sehat, hal ini sangat dipengaruhi oleh kebiasaan, sehingga perlu dikembangkan suatu strategi yang bukan hanya untuk mengubah perilaku, tetapi juga mempertahankan perubahan tersebut. Kontrol diri, evaluasi diri dan penghargaan terhadap diri sendiri harus dilakukan dengan kesadaran diri. Modifikasi perilaku harus dilakukan antara pasien dengan pemberi pelayanan kesehatan agar terciptanya perilaku sehat.
- 3) Dukungan sosial, dukungan sosial dari anggota keluarga dan sahabat dalam bentuk waktu, motivasi dan uang merupakan faktor-faktor penting dalam kepatuhan pasien. Contoh yang sederhana, tidak memiliki pengasuh, transportasi tidak ada, anggota keluarga sakit, dapat mengurangi intensitas kepatuhan. Keluarga dan teman dapat membantu mengurangi ansietas yang disebabkan oleh penyakit tertentu, mereka dapat menghilangkan godaan pada ketidaktaatan dan mereka seringkali dapat menjadi kelompok pendukung untuk mencapai kepatuhan.

2.4.4. Cara-cara Meningkatkan Kepatuhan

Smet (1994) menyebutkan beberapa strategi yang dapat dicoba untuk meningkatkan kepatuhan, antara lain:

1) Segi Penderita

Usaha yang dapat dilakukan penderita TB Paru untuk meningkatkan kepatuhan dalam menjalani pengobatan yaitu:

- (1) Meningkatkan kontrol diri. Penderita harus meningkatkan kontrol dirinya untuk meningkatkan ketaatannya dalam menjalani pengobatan, karena dengan adanya kontrol diri yang baik dari penderita akan semakin meningkatkan kepatuhannya dalam menjalani pengobatan.
- (2) Meningkatkan efikasi diri. Efikasi diri dipercaya muncul sebagai prediktor yang penting dari kepatuhan. Seseorang yang mempercayai diri mereka sendiri untuk dapat mematuhi pengobatan yang kompleks akan lebih mudah melakukannya.
- (3) Mencari informasi tentang pengobatan. Kurangnya pengetahuan atau informasi berkaitan dengan kepatuhan serta kemauan dari penderita untuk mencari informasi mengenai penyakitnya dan terapi medisnya, informasi tersebut biasanya didapat dari berbagai sumber seperti media cetak, elektronik atau melalui program pendidikan di rumah sakit. Penderita hendaknya benar-benar memahami tentang penyakitnya

dengancara mencari informasi penyembuhan penyakitnya tersebut.

- (4) Meningkatkan monitoring diri. Penderita harus melakukan monitoring diri, karena dengan monitoring diri penderita dapat lebih mengetahui tentang keadaan dirinya

2) Segi Tenaga Medis

Usaha-usaha yang dilakukan oleh orang-orang di sekitar penderita untuk meningkatkan kepatuhan dalam menjalani pengobatan antara lain:

- (1) Meningkatkan keterampilan komunikasi para dokter. Salah satu strategi untuk meningkatkan kepatuhan adalah memperbaiki komunikasi antara dokter dengan pasien. Ada banyak cara dari dokter untuk menanamkan kepatuhan dengan dasar komunikasi yang efektif dengan pasien.
- (2) Memberikan informasi yang jelas kepada pasien tentang penyakitnya dan cara pengobatannya. Tenaga kesehatan, khususnya dokter adalah orang yang berstatus tinggi bagi kebanyakan pasien dan apa yang ia katakan secara umum diterima sebagai sesuatu yang sah atau benar.
- (3) Memberikan dukungan sosial. Tenaga kesehatan harus mampu mempertinggi dukungan sosial. Selain itu keluarga juga dilibatkan dalam memberikan dukungan kepada pasien, karena hal tersebut juga akan meningkatkan kepatuhan, Smet

(1994) menjelaskan bahwa dukungan tersebut bisa diberikan dengan bentuk perhatian dan memberikan nasehatnya yang bermanfaat bagi kesehatannya.

(4) Pendekatan perilaku. Pengelolaan diri yaitu bagaimana pasien diarahkan agar dapat mengelola dirinya dalam usaha meningkatkan perilaku kepatuhan. Dokter dapat bekerja sama dengan keluarga pasien untuk mendiskusikan masalah dalam menjalani kepatuhan serta pentingnya pengobatan.

2.4.5. Aspek-aspek Kepatuhan Pengobatan

Adapun aspek-aspek kepatuhan pengobatan sebagaimana yang telah dikemukakan oleh Delameter (2006) adalah sebagai berikut:

- 1) Pilihan dan tujuan pengaturan.
- 2) Perencanaan pengobatan dan perawatan.
- 3) Pelaksanaan aturan hidup.

2.5. Konsep Tuberkulosis Paru

2.5.1. Pengertian Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis adalah penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Mycobakterium tuberculosis*, yang paling umum mempengaruhi paru-paru. Penyakit ini ditularkan dari orang ke orang melalui cairan dari tenggorokan dan paru-paru seseorang dengan penyakit pernapasan aktif (WHO,2012).

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh *M.tuberculosis*. Sebagian besar kuman *tuberculosis*

menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya (Depkes, 2012). Tuberkulosis paru adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman *tuberculosis* (*Mycobacterium tuberculosis*) yang ditularkan melalui udara (*droplet nuclei*) saat seorang pasien tuberkulosis batuk dan percikan ludah yang mengandung bakteri tersebut terhirup oleh orang lain saat bernapas (Widoyono, 2008).

Dari ketiga pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa tuberkulosis paru adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh *M. tuberculosis* yang ditularkan melalui udara (*droplet nuclei*) saat seorang pasien batuk dan percikan ludah yang mengandung bakteri tersebut terhirup oleh orang lain saat bernapas dan biasanya menyerang organ paru, akan tetapi dapat juga menyerang orang lain seperti meningen, ginjal, tulang dan *Nodus Limfe*.

2.5.2. Etiologi

Mycobacterium tuberculosis sejenis kuman berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-4/um dan tebal 0,3-0,6/um. Sebagian besar dinding kuman terdiri dari asam lemak (lipid), kemudian peptidoglikan dan arabinomannan. Lipid inilah yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam (asam alkohol) sehingga disebut bakteri tahan asam (BTA). Kuman dapat tahan hidup pada udara kering maupun dalam keadaan dingin (dapat tahan bertahun-tahun

dalam lemari es). Hal ini terjadi karena kuman berada dalam sifat dormant. Dari sifat dormant ini kuman dapat bangkit kembali dan menjadikan penyakit tuberkulosis menjadi aktif lagi. Di dalam jaringan, kuman hidup sebagai parasit intraselular yakni dalam sitoplasma makrofag. Makrofag yang semula memfagositasi menjadi disenangi oleh kuman karena banyak mengandung lipid (Amin & Bahar, 2009).

M.tuberculosis ini mati pada pemanasan 100°C selama 5-10 menit atau pada pemanasan 60°C selama 30 menit, dan dengan alkohol 70-95% selama 15-30 detik. Bakteri ini tahan selama 1-2 jam diudara terutama ditempat yang lembab dan gelap (bias berbulan-bulan), namun tidak tahan terhadap sinar atau aliran udara. Data pada tahun 1993 melaporkan bahwa untuk mendapatkan 90% udara bersih dari kontainasi bakteri memerlukan 40 kali pertukaran udara per jam (Widoyono,2008).

2.5.3. Patofisiologi

Penyakit tuberkulosis yang disebabkan oleh bakteri *M.tuberculosis* ditularkan melalui udara (*droplet nuclei*) saat seorang pasien tuberkulosis paru batuk dan percikan ludah yang mengandung bakteri tersebut terhirup oleh orang lain saat bernapas. Bila penderita batuk,bersin, atau berbicara saat berhadapan dengan orang lain, basil *tuberculosis* tersembur dan terhisap ke dalam paru orang sehat. Masa inkubasinya selama 3-6 bulan. Inhalasi *droplet nuclei* yang

mengandung basil *tuberculosis* yang berukuran 1-5 mikron yang dapat melewati atau menembus system mukosilier saluran napas sehingga dapat mencapai dan bersarang di *bronkiolus* dan *alveolus*. (Amin & Bahar, 2009).

Di sini basil *tuberculosis* berkembang biak dan menyebar melalui saluran *limfe* dan aliran darah tanpa perlawanan yang berarti dari pejamu karena belum ada kekebalan awal. *Makrofag* di dalam *alveolus* akan *memfagositosis* sebagian basil *tuberculosis* tersebut tetapi belum mampu membunuhnya, basil *tuberculosis* yang tetap hidup menyebar melalui saluran *limfe* regional. Sedangkan yang melalui aliran darah akan mencapai berbagai organ tubuh. (Amin & Bahar, 2009).

Ada jaringan dan organ tubuh yang resisten terhadap basil *tuberculosis*. Basil *tuberculosis* hampir selalu terdapat bersarang di sumsum tulang, hepar dan limfe, tetapi tidak selalu dapat berkembang biak secara luas. Basil *tuberculosis* di lapangan atas paru, ginjal, tulang, dan otak lebih mudah berkembang biak terutama sebelum imunitas spesifik terbentuk. Imunitas spesifik yang terbentuk biasanya cukup kuat untuk menghambat perkembangbiakan basil *tuberculosis* lebih lanjut (Amin & Bahar, 2009).

2.5.4. Manifestasi klinis

Menurut Wong (2008) tanda dan gejala dari tuberkulosis adalah sebagai berikut :

- 1) Demam
- 2) Malaise
- 3) Anoreksia
- 4) Penurunan berat badan
- 5) Batuk ada atau tidak (berkembang secara perlahan selama berminggu – minggu sampai berbulan – bulan)
- 6) Peningkatan frekuensi pernapasan
- 7) Ekspansi buruk pada tempat yang sakit
- 8) Bunyi napas hilang dan ronkhi kasar, pekak pada saat perkusi
- 9) Demam persisten
- 10) Manifestasi gejala yang umum: pucat, anemia, kelemahan, dan penurunan berat badan.

Gejala utama pasien tuberkulosis paru adalah batuk selama 2 minggu sampai 3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak napas, badan lemas, napsu makan menurun (*anoreksia*), berat badan menurun, *malaise*, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam lebih dari 1 bulan (Depkes, 2009).

2.5.5. Cara Penularan Penyakit Tuberkulosis Paru

Menurut Depkes (2011), cara penularan penyakit tuberkulosis sebagai berikut:

- 1) Sumber penularan adalah pasien tuberkulosis BTA positif.
- 2) Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak.
- 3) 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.
- 4) Daya penularan seseorang seseorang pasien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut.
- 5) Faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman *tuberculosis* ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.

2.5.6. Klasifikasi Penyakit Tuberkulosis

Menurut Depkes RI (2011), klasifikasi berdasarkan organ tubuh (*anatomical site*) yang terkena ada 2 yaitu:

1) Tuberkulosis paru

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

2) Tuberkulosis ekstra paru

Tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lainnya selain paru, misalnya *pleura*, selaput otak, selaput jantung (*pericardium*), kelenjar *lymfe*, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain.

Berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis, Tuberkulosis dibagi menjadi 2, yaitu :

1) Tuberkulosis Paru BTA Positif

- (1) Sekurang-kurangnya 2 atau 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.
- (2) 1 spesi mendahak SPS hasilnya positif dan foto *toraks* dada menunjukkan gambaran tuberculosis.
- (3) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman tuberculosis positif.
- (4) 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotik non OAT.

2) Tuberkulosis Paru BTA negatif

Kriteria diagnostic tuberkulosis paru BTA negatif harus meliputi:

- (1) Paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif.
- (2) Foto *thoraks abnormal* sesuai dengan gambaran *tuberculosis*.
- (3) Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotik non OAT, bagi pasien dengan HIV negatif.
- (4) Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan.

2.5.7. Komplikasi Penyakit Tuberkulosis

Ardiansyah (2012), membagi komplikasi penyakit tuberkulosis dalam 2 kategori, yaitu:

- 1) Komplikasi Dini
 - (1) Pleuritis
 - (2) Efusi pleura
 - (3) Empisema
 - (4) Laringitis
 - (5) Tuberkulosis Paru
- 2) Komplikasi Lanjut
 - (1) Obstruksi jalan napas
 - (2) Kor pulmonal
 - (3) Amiloidosisgagal
 - (4) Karsinoma paru
 - (5) Sindrom gagal napas

2.5.8. Pencegahan Penyakit Tuberkulosis Paru

Naga (2012) berpendapat bahwa tindakan yang dapat dilakukan untuk mencegah timbulnya penyakit tuberkulosis paru, yaitu:

- 1) Bagi penderita, pencegahan penularan dapat dilakukan dengan menutup mulut saat batuk, dan membuang dahak tidak disembarang tempat vaksinasi BCG.
- 2) Bagi masyarakat, pencegahan dapat dilakukan dengan meningkatkan ketahanan terhadap bayi, yaitu dengan memberikan vaksinasi BCG.
- 3) Bagi petugas kesehatan, pencegahan dapat dilakukan dengan memberikan penyuluhan tentang penyakit tuberkulosis paru, yang meliputi gejala, bahaya, dan akibat yang ditimbulkannya terhadap kehidupan masyarakat pada umumnya.
- 4) Petugas kesehatan juga harus segera melakukan pengisolasian dan pemeriksaan terhadap orang-orang yang terinfeksi, atau dengan memberikan pengobatan khusus kepada penderita tuberkulosis. Pengobatan dengan cara dirawat di rumah sakit hanya dilakukan bagi penderita dengan kategori berat dan memerlukan pengembangan program pengobatannya, sehingga tidak dikehendaki pengobatan jalan.
- 5) Pencegahan penularan juga dapat dicegah dengan melaksanakan desinfeksi, seperti cuci tangan, kebersihan rumah yang ketat, perhatian khusus terhadap muntahan atau ludah anggota

keluarga yang terjangkit penyakit tuberkulosis paru (piring,tempat tidur, pakaian), dan menyediakan ventilasi dari sinar matahari yang cukup.

- 6) Melakukan imunisasi bagi orang-orang yang melakukan kontak langsung dengan penderita, seperti keluarga, perawat,dokter, petugas kesehatan, dan orang lain yang terindikasi, dengan vaksin BCG dan tindak lanjut bagi yang positif tertular.
- 7) Melakukan pemeriksaan terhadap orang-orang yang kontak dengan penderita tuberkulosis paru, perlu dilakukan tes Tuberkulin bagi seluruh anggota keluarga. Apabila cara ini menunjukkan hasil negatif, perlu diulang pemeriksaan tiap bulan selama 3 bulan, dan perlu pemeriksaan intensif.
- 8) Dilakukan pengobatan khusus. Penderita dengan tuberkulosis paru aktif perlu pengobatan yang tepat, yaitu obat-obatan kombinasi yang telah ditetapkan oleh dokter untuk diminum dengan tekun dan teratur, selama 6 sampai 12 bulan. Perlu diwaspadai adanya kebal terhadap obat-obatan, dengan pemeriksaan lebih lanjut oleh dokter.
 - i. Francis (2011) menyatakan pencegahan penyakit tuberkulosis dapat dilakukan dengan cara penyediaan nutrisi yang baik, sanitasi yang adekuat, perumahan yang tidak terlalu padat dan udara yang segar merupakan tindakan yang efektif dalam pencegahan tuberkulosis paru.

2.6. Kerangka Konseptual

Kerangka konsep adalah suatu hubungan antara konsep konsep atau variabel-variabel yang akan diamati (diukur) melalui penelitian yang dimaksud (Notoatmodjo, 2010). Sesuai dengan tujuan penelitian yang bersifat kuantitatif yaitu untuk mengidentifikasi adanya Hubungan Dukungan Keluarga Pasien TB Paru Terhadap Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru. Dimana Dukungan Keluarga Pasien TB Paru sebagai variabel dependen sedangkan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru sebagai variabel independen.

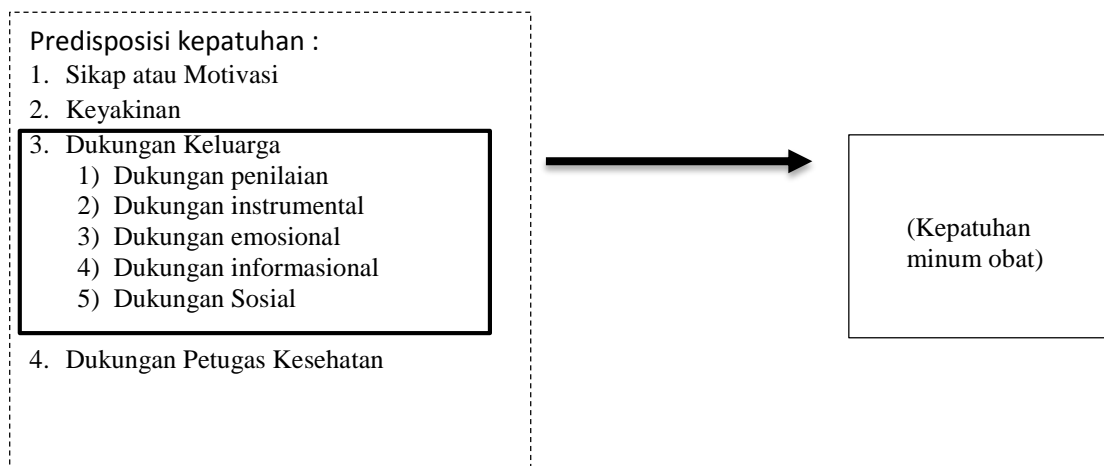
Bagan 2.1

Kerangka Konsep

Hubungan dukungan keluarga (PMO) dengan kepatuhan minum obat pada klien
Tuberkulosis paru di Puskesmas Cibinong Cianjur

Variabel Independen

Variabel Dependen



Sumber : Niven (2002)

Keterangan :



Tidak Diteliti



Diteliti