LAMPIRAN

Lampiran 1

Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini telah membaca/mendapat penjelasan mengenai penelitian berjudul: **" Gambaran Dukungan Orang Tua Dan Kepatuhan Minum Obat Tb Paru Pada Anak Usia Balita Yang Melebihi Standar (*Prolong Treatment*) Di Klinik Anak RSUD Majalaya"**

Saya memahami tujuan, prosedur, manfaat, risiko, serta hak-hak saya sebagai orang tua/wali. Dengan ini saya:

☐ **Setuju** untuk berpartisipasi dalam penelitian ini hingga selesai

☐ **Tidak setuju** untuk berpartisipasi dalam penelitian ini

Nama Anak* :
Nama Orang Tua/Wali* :
Tanda Tangan :

Tanggal :

*diisi dengan nama asli/inisial

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 2

Kuesioner Identitas & Demografi Anak

1. Kode responden: .....
2. Umur anak: ..... bulan / tahun
3. Jenis kelamin: ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
4. Alamat : .....
5. Nomor RM : .....
6. Berat badan awal terapi: ..... kg | TB/Panjang badan: ..... cm | IMT/U (z-score): .....
7. Status gizi awal menurut standar (antropometri/z-score): ☐ Baik ☐ Kurang ☐ Buruk ☐ Risiko lebih
8. Riwayat imunisasi BCG: ☐ Ya ☐ Tidak
9. Riwayat kontak TB dewasa serumah: ☐ Ya ☐ Tidak ☐ Tidak tahu

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 3

Kuesioner Dukungan Keluarga – Family APGAR (versi Indonesia)

Petunjuk Pengisian:

Jawablah setiap pertanyaan sesuai dengan pengalaman Anda. Tidak ada jawaban benar atau salah, semua jawaban akan dirahasiakan. Centang salah satu jawaban dengan petunjuk sebagai berikut;

0 = Hampir tidak pernah. Apabila dukungan keluarga jarang atau hampit tidak diberikan selama 1 bulan terakhir

1 = Kadang. Apabila dukungan keluarga sesekali diberikan, namun tidak secara konsisten selama 1 bulan terakhir

2 = Hampir selalu. Apabila dukungan keluarga sering dan konsisten diberikan selama 1 bualn terakhir.

No	Pertanyaan	0	1	2
1	Saya puas dengan bantuan keluarga ketika ada masalah kesehatan.			
2	Saya puas dengan cara keluarga berbagi masalah/komunikasi.			
3	Saya puas dengan cara keluarga menerima keputusan perawatan.			
4	Saya puas dengan waktu/dukungan yang keluarga berikan.			
5	Saya puas dengan ketentraman dalam keluarga.			

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 4

Kuesioner Kepatuhan Minum OAT – TBMAS-Short (orang tua/pengasuh)

Petunjuk Pengisisan:

Jawablah setiap pertanyaan sesuai dengan pengalaman Anda. Tidak ada jawaban benar atau salah, semua jawaban akan dirahasiakan. Centang salah satu jawaban dengan petunjuk sebagai berikut;

1=Tidak pernah. Apabila dukungan keluarga tidak pernah diberikan sama sekali selama 1 bulan terakhir.

2=Jarang. Apabila dukungan keluarga sangat jarang diberikan atau hanya terjadi 1–2 kali selama 1 bulan terakhir.

3=Kadang. Apabila dukungan keluarga diberikan sesekali, namun belum konsisten, yaitu sekitar 3–4 kali selama 1 bulan terakhir.

4=Sering. Apabila dukungan keluarga sering diberikan dan relatif konsisten, yaitu sekitar lebih dari setengah waktu selama 1 bulan terakhir.

5=Selalu. Apabila dukungan keluarga hampir selalu atau selalu diberikan secara konsisten selama 1 bulan terakhir.

No	Pertanyaan	1	2	3	4	5
1	Saya selalu memastikan anak minum obat TB sesuai jadwal yang ditentukan.					
2	Saya tidak pernah menghentikan atau melewatkan obat TB anak tanpa anjuran petugas kesehatan.					
3	Saya mengetahui dengan jelas jumlah dan waktu pemberian obat TB pada anak.					
4	Saya mengawasi langsung setiap kali anak minum obat TB.					
5	Efek samping obat TB membuat saya kesulitan memastikan anak minum obat secara teratur.					
6	Lamanya pengobatan TB membuat saya atau anak merasa bosan dan ingin berhenti minum obat.					
7	Saya yakin bahwa pengobatan TB yang dijalani anak harus diselesaikan sampai tuntas.					
8	Keluarga atau orang terdekat membantu saya dalam mengingatkan dan mendukung pengobatan TB anak.					

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 5

Kisi – Kisi Kuesioner

A. Variabel Identitas Responden

Tujuan: Menggambarkan karakteristik dasar pasien TB.

Jenis Data: Nominal/Ordinal.

Tabel 1. Kisi – kisi karakteristik responden

Variabel	Indikator	Item	Skala Ukur
Umur anak	Umur dalam angka	1	Rasio
Jenis kelamin	Laki-laki / Perempuan	2	Nominal
Berat badan awal terapi	Berat dalam angka	1	Rasio
Tinggi / Panjang badan	Tinggi / Panjang dalam angka	1	Rasio
IMT/U (z-score)	Dalam bentuk kategori	4	Ordinal
Status gizi awal menurut standar	Dalam bentuk kategori	4	Ordinal
Riwayat imunisasi BCG	Dalam bentuk kategori	3	Nominal
Riwayat kontak TB dewasa serumah	Dalam bentuk kategori	3	Nominal

B. Variabel Independen: Kuesioner dukungan keluarga

Instrumen: *Family* APGAR.

Jenis Data: Ordinal (skala Likert 0 – 2).

Tabel 2. Kisi – kisi kuesioner kuesioner dukungan keluarga

No	Dimensi	Indikator	Skala	Skor
1	*Adaptation*	Kemampuan keluarga membantu saat menghadapi masalah	Ordinal	0 – 2
2	*Partnership*	Keterlibatan anggota keluarga dalam pengambilan keputusan		
3	*Growth*	Dukungan keluarga terhadap perkembangan anggota keluarga		
4	*Affection*	Ekspresi kasih sayang dalam keluarga		
5	*Resolve*	Kemampuan keluarga meluangkan waktu bersama		

Dipindai dengan CamScanner