

**HUBUNGAN DUKUNGAN SOSIAL : KELUARGA DENGAN  
KEPATUHAN MINUM OBAT PADA PENDERITA  
TUBERKULOSIS PARU RESISTAN DI DESA  
SUKAJAYA WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS PUSAKASARI  
KABUPATEN CIANJUR  
TAHUN 2018**

**SKRIPSI**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Penelitian  
Sarjana Keperawatan

**TIRTA SUHAENRA  
AK. 2.16.058**



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

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**JUDUL** : HUBUNGAN DUKUNGAN SOSIAL : KELUARGA DENGAN  
KEPATUHAN MINUM OBAT PADA PENDERITA  
TUBERKULOSIS PARUS RESISTAN DI DESA SUKAJAYA  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS PUSAKASARI KABUPATEN  
CIANJUR

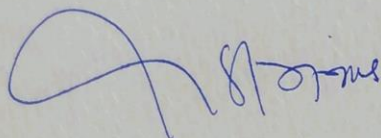
**NAMA** : TIRTA SUHAENRA  
**NPM** : AK.2.16.058

Telah Disetujui. Untuk Diajukan Pada Sidang Akhir Skripsi  
Pada Program Studi S1 Keperawatan  
STIKes Bhakti Kencana Bandung

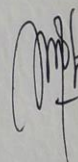
**Menyetujui**

**Pembimbing I**

**Pembimbing II**



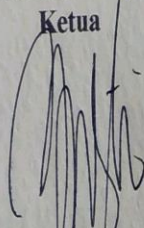
(Lia Nurlianawati, S.Kep., Ners., M.Kep)



(Ade Tika Herawati, S.Kp., M.Kep)

**Program Studi S1 Keperawatan**

**Ketua**



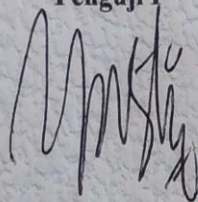
(Yuyun Sarinengsih, S.Kep., Ners., M.Kep)

## LEMBAR PENGESAHAN

Sripsi ini telah di pertahankan dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan  
Dewan Penguji Skripsi Program Studi Keperawatan  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana  
Pada tanggal 4 September 2018

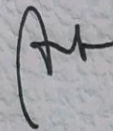
Mengesahkan  
Program Studi S1 Keperawatan  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

**Penguji I**



**(Yuyun S., S.Kep., Ners., M.Kep)**

**Penguji II**



**(Tuti Suprapti., M.Kep)**

**STIKes Bhakti Kencana**  
**Ketua**



**(R. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep)**



## PERNYATAAN

Dengan ini saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : TIRTA SUHAENRA  
NIM : AK.2.16.058  
Program Studi : SARJANA KEPERAWATAN  
Judul Penelitian :

**“HUBUNGAN DUKUNGAN SOSIAL : KELUARGA DENGAN KEPATUHAN MINUM OBAT PADA PENDERITA *TUBERCULOSIS* PARU *RESISTEN* DI DESA SUKAJAYA WILAYAH KERJA PUSKESMAS PUSAKASARI KABUPATEN CIANJUR”**

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Penelitian saya, dalam Skripsi ini, adalah asli dan belum pernah di ajukan untuk mendapatkan gelar akademik (S.Kep), baik dari STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di 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 di tulis atau di publikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan di cantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudia hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Bhakti Kencana Bandung

Bandung, 4 September 2018  
Yang membuat pernyataan



## SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI ILMIAH

Yang bertanda tangan di bawah ini :

NAMA : Tirta Suhaenra

NIM : AK.2.16.058

PRODI : Sarjana Keperawatan

JUDUL PENELITIAN/ SKRIPSI :

HUBUNGAN DUKUNGAN SOSIAL : KELUARGA DENGAN KEPATUHAN  
MINUM OBAT PADA PENDERITA TUBERKULOSIS PARU RESISTAN DI  
DESA SUKAJAYA WILAYAH KERJA PUSKESMAS PUSAKASARI  
KABUPATEN CIANJUR TAHUN 2018

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk

1. Memberikan hal bebas untuk royalti kepada perpustakaan atau Lembaga Pengabdian Masyarakat (LPPM) STIKes Bhakti Kencana Bandung, demi pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan / mengalih formatkan, menglola dalam bentuk pangkalan data (database), mendistribusikannya, serta menampilkan dalam bentuk softcopy untuk kepentingan akademis perpustakaan atau LPPM, tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis / pencipta.
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkannya pihak perpustakaan atau LPPM, dari semua bentuk tuntutan hukum yang timbul ata pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan semoga dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.



## ABSTRAK

Data WHO menunjukkan terdapat 450.000 orang mengalami TB MDR (*Multy Drugs Resistan*) dan 170.000 orang di antaranya meninggal dunia. Di Indonesia menduduki peringkat ke delapan dari 27 negara Diperkirakan 2% dari kasus TB baru dan 12% dari kasus TB pengobatan ulang merupakan kasus TB MDR. Jumlah penderita TB paru di Puskesmas Pusakasari kabupaten Cianjur masih cukup tinggi yaitu 66 penderita, sedangkan pencapaian kesembuhan penderita TB paru hanya sebesar 84% dari target nasional 90%. Faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat salah satunya dukungan sosial keluarga.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan dukungan sosial keluarga dengan kepatuhan minum obat pada penderita Tuberkulosis paru resistan di desa Sukajaya wilayah kerja puskesmas Pusakasari Kabupaten Cianjur tahun 2018.

Jenis penelitian yang digunakan deskriptif korelasi dengan rancangan penelitian *cross-sectional*. Populasi dan sampel dalam penelitian ini adalah seluruh penderita TB Paru resistan yang berjumlah 44 orang dengan menggunakan teknik *total sampling*. Analisa data yang digunakan yaitu analisa univariat dan bivariat dengan menggunakan *chi-square*.

Hasil penelitian menunjukkan 54,5% penderita TB Paru resistan mendapatkan dukungan sosial keluarga, 43,2% penderita TB Paru Resistan memiliki kepatuhan tinggi dalam minum obat serta ada hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien TB paru resistan, ( $P$  value = 0,025),

Saran keluarga dapat menumbuhkan perhatian dan rasa empati dalam memberikan dukungan emosional terhadap kepatuhan minum obat pada penderita TB paru beresiko tinggi TB resistan

Kata Kunci : Dukungan Sosial keluarga, Kepatuhan minum obat TB,  
Kepustakaan : 32 buku (2008-2017)  
4 jurnal (2003-2015)  
6 website (2010-2014)

## **ABSTRACT**

*Data from WHO showed there are 450.000 people have TB MDR (Multy Drugs Resistant) and 170.000 people are death. In Indonesia it placed on the eight range from 27 countries. It approximately 2% of the new cases of TB and 12% of medication adherence of TB case are cases of TB MDR. Sum of lung TB patients in Public Health Centre of Pusakasari Cianjur Regency still consider quite high that are 66 patients while the achievement of recovery of lung TB is only 84% from the national target is 90%. Factors influence medication adherence one of them is family social support.*

*The aims of this research were to know the correlation of family social support with medication adherence to resistant lung Tuberculosis patients in the village of Sukajaya Working Area of Public Health Center Pusakasari Cianjur Regency in 2018.*

*The type of this research used descriptive corelation by research design was cross – sectional. Population and samples in this research were all resistant lung TB patients as many as 44 people by using total sampling technique. Data analysis used were univariate and bivariate analysis by using chi-square.*

*The research result showed 54.5% resistant lung TB patients gained family social support, 43.2% resistant lung TB patients have high medication adherence in drinking medication also there was correlation between family social support with medication adherence to resistant lung TB patients, with (p value = 0.025).*

*Suggestions for the family to give attention and empathy in giving emotional support of medication adherence to high risk of resistant lung TB patients.*

*Keywords : Family Social Support, Medication adherence of TB,*

*Referencess : 32 books (2008-2017)*

*4 journals (2003-2015)*

*6 webside (2010-2014)*

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Skripsi yang berjudul **“Hubungan Dukungan Sosial : Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita Tuberkulosis Paru Resistan Di Desa Sukajaya Wilayah Kerja Puskesmas Pusakasari Kabupaten Cianjur Tahun 2018”**.

Proses penyusunan Skripsi ini di ajukan sebagai salah satu syarat untuk melanjutkan penelitian. Skripsi ini dapat tersusun atas bantuan, dukungan, bimbingan dan saran dari berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini dihaturkan banyak terima kasih kepada.

1. H. Mulyana, S.H., M.Pd., MH.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 Ners Stikes Bhakti Kencana Bandung.
4. Lia Nurlianawati, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku pembimbing I, yang telah memberikan bimbingan dan masukan kepada peneliti dalam menyusun Skripsi ini
5. Ade Tika Herawati, S.Kp., M.Kep., selaku pembimbing II, yang telah memberikan bimbingan dan masukan kepada peneliti dalam menyusun Skripsi ini



6. Seluruh dosen pengajar serta Staff STIKes Bhakti Kencana Bandung

7. Istri dan anak-anak tercinta yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materil serta do'a restunya.
8. Teman-teman sejawat di Puskesmas Pusakasari Kabupaten Cianjur yang telah membantu memberikan do'a dan support sehingga penulis dapat melaksanakan tugas ini dengan baik.
9. Seluruh pihak yang telah ikut berpartisipasi dalam penyusunan Skripsi.

Dalam penyusunan Skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu diharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun untuk Skripsi ini. Akhir kata diharapkan semoga Skripsi ini dapat bermanfaat bagi penulis dan pembaca semua.

Bandung, September 2018

Penulis

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>Persetujuan</b> .....	i
<b>Pengesahan</b> .....	ii
<b>Pernyataan</b> .....	iii
<b>Pernyataan Publikasi Ilmiah</b> .....	iv
<b>Abstrak</b> .....	v
<i>Abstract</i> .....	vi
<b>Kata Pengantar</b> .....	vii
<b>Daftar Isi</b> .....	ix
<b>Daftar Tabel</b> .....	xiii
<b>Daftar Bagan</b> .....	xiv
<b>Daftar Lampiran</b> .....	xv
<b>BAB I Pendahuluan</b>	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	9
1.3 Tujuan Penelitian .....	9
1.3.1 Tujuan Umum .....	9
1.3.2 Tujuan Khusus.....	9
1.4 Manfaat Penelitian .....	10
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	10
1.4.2 Manfaat Praktis .....	10
<b>BAB II Tinjauan Pustaka</b>	
2.1 Tuberkulosis Paru .....	12
2.1.1 Pengertian Tuberkulosis Paru.....	12
2.1.2 Etiologi .....	13
2.1.3 Manifestasi Klinis.....	13
2.1.4 Patofisiologi .....	14

2.1.5	Penularan Tuberkolosis (TB).....	15
2.1.6	Pencegahan TB .....	16
2.1.7	Program Penanggulangan TB .....	17
2.1.8	Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat .....	26
2.1.9	Pengawas Langsung Menelan Obat (DOT = <i>Directly Observed Treatment</i> ).....	30
2.2	Konsep Dasar Dukungan Sosial .....	32
2.2.1	Pengertian Dukungan Sosial .....	32
2.2.2	Aspek Dukungan Sosial .....	34
2.2.3	Sumber Dukungan Sosial .....	34
2.2.4	Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Sosial .....	35
2.3	Konsep Dasar Dukungan Keluarga.....	37
2.3.1	Pengertian Dukungan Sosial Keluarga.....	37
2.3.2	Bentuk Dukungan Sosial Keluarga .....	39
2.3.3	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Sosial Keluarga .....	42
2.4	Konsep Dasar Kepatuhan.....	43
2.4.1	Pengertian Kepatuhan .....	43
2.4.2	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pasien...	44
2.4.3	Derajat Ketidakepatuhan Ditentukan oleh Faktor .....	47
2.4.4	Morisky Medication Adherence Scale (MMAS).....	48
2.5	Kerangka Teori.....	49

### **BAB III Metodologi Penelitian**

3.1	Rancangan Penelitian .....	50
3.2	Paradigma Penelitian .....	50
3.3	Hipotesis Penelitian .....	53
3.4	Variabel Penelitian .....	53
3.5	Definisi Konseptual dan Definisi Operasional.....	54
3.5.1	Definisi Konseptual .....	54
3.5.2	Definisi Operasional.....	54



3.6	Populasi dan Sampel Penelitian.....	55
3.6.1	Populasi .....	55
3.6.2	Sampel .....	55
3.7	Pengumpulan Data .....	56
3.7.1	Instrumen Penelitian .....	56
3.7.2	Teknik Penumpulan Data.....	58
3.7.3	Uji Validitas dan Reliabilitas .....	59
3.8	Prosedur Penelitian.....	63
3.8.1	Tahap Persiapan .....	62
3.8.2	Tahap Pelaksanaan .....	64
3.8.3	Tahap Akhir.....	64
3.9	Pengolahan dan Analisa Data .....	64
3.9.1	Pengolahan Data.....	64
3.9.2	Analisa Data.....	67
3.10	Etika Penelitian .....	70
3.11	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	71

#### **BAB IV Hasil dan Pembahasan**

4.1	Hasil Penelitian.....	72
4.1.1	Gambaran Dukungan Sosial Keluarga Pada Penderita TB Paru Resistan Di Desa Sukajaya Wilayah Kerja Puskesmas Pusakasari Kabupaten Cianjur Tahun 2018 .....	73
4.1.2	Gambaran Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita TB Paru Resistan Resistan Di Desa Sukajaya Wilayah Kerja Puskesmas Pusakasari Kabupaten Cianjur Tahun 2018 .....	73
4.1.3	Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita TB Paru Resistan Di Desa Sukajaya Wilayah Kerja	

Puskesmas Pusakasari Kabupaten Cianjur Tahun 2018.....	74
4.2 Pembahasan.....	75
4.2.1 Gambaran Dukungan Sosial Keluarga Pada Penderita TB Paru Resistan Di Desa Sukajaya Wilayah Kerja Puskesmas Pusakasari Kabupaten Cianjur Tahun 2018 .....	75
4.2.2 Gambaran Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita TB Paru Resistan Resistan Di Desa Sukajaya Wilayah Kerja Puskesmas Pusakasari Kabupaten Cianjur Tahun 2018 .....	79
4.2.3 Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita TB Paru Resistan Di Desa Sukajaya Wilayah Kerja Puskesmas Pusakasari Kabupaten Cianjur Tahun 2018.....	81
4.2.4 Keterbatasan Penelitian.....	84

## **BAB II Kesimpulan dan Saran**

5.1 Kesimpulan.....	85
5.2 Saran .....	85
5.2.1 Bagi Peneliti.....	85
5.2.2 Bagi Puskesmas Pusakasari Kabupaten Cianjur .....	85
5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan .....	86
5.2.4 Bagi Keluarga (Penderita TB Paru Resistan) .....	86

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
Tabel 3.1 Definisi Operasional Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita Tuberkulosis Paru Beresiko Tinggi Tuberculosis Resistan .	54
Tabel 4.1 Distribusi Dukungan Sosial Keluarga Penderita TB Paru Resistan Di Desa Sukajaya Wilayah Kerja Puskesmas Pusakasari Kabupaten Cianjur Tahun 2018.....	73
Tabel 4.2 Distribusi Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita TB Paru Resistan Di Desa Sukajaya Wilayah Kerja Puskesmas Pusakasari Kabupaten Cianjur Tahun 2018 .....	73
Tabel 4.3 Distribusi Hubungan Dukungan Sosoal Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita TB Paru Resistan Di Desa Sukajaya Wilayah Kerja Puskesmas Pusakasari Kabupaten Cianjur Tahun 2018.....	74

## DAFTAR BAGAN

		<b>Halaman</b>
Bagan 2.1	Kerangka Teori .....	49
Bagan 3.1	Kerangka Konsep .....	52



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Izin Penelitian dari DTP Puskesmas Pusakasari
- Lampiran 2 *Informed Consent*
- Lampiran 3 Lembar Persetujuan Kesiediaan Menjadi Responden
- Lampiran 4 Kisi Kuesioner
- Lampiran 5 Kuesioner
- Lampiran 6 Entry Uji Validitas dan Reliabilitas
- Lampiran 7 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas
- Lampiran 8 Tabel Master Olah Data Penelitian
- Lampiran 9 Hasil Uji Statistik Univariat
- Lampiran 10 Hasil Uji Statistik Bivariat

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Rencana strategis kementerian kesehatan tahun 2015-2019 terdapat program yang bertujuan untuk meningkatkan pengendalian penyakit menular yang prioritasnya masih tertuju pada penyakit *HIV/AIDS*, *tuberculosis*, malaria, demam berdarah, *influenza*, dan flu burung (Depkes RI, 2015).

Dalam laporan WHO tahun 2013 diperkirakan terdapat 8,6 juta kasus TB pada tahun 2012, di mana 1,1 juta orang (13%) diantaranya adalah pasien TB sekitar 75% dari pasien tersebut berada di wilayah Afrika. Pada tahun 2012 diperkirakan terdapat 450.000 orang yang menderita TB MDR (*Multy Drugs Resistan*) dan 170.000 orang di antaranya meninggal dunia (Depkes RI, 2014).

Pada tahun 2013 menurut WHO, Indonesia menduduki peringkat ke delapan dari 27 negara dengan kasus jumlah kasus MDR (*Multy Drugs Resistan*) tertinggi, memperkirakan terdapat 6800 kasus baru TB-MDR di Indonesia setiap tahunnya. Diperkirakan 2% dari kasus TB baru dan 12% dari kasus TB pengobatan ulang merupakan kasus TB MDR (Depkes RI, 2014)

Pada tahun 1994 Pemerintah mencanangkan program pemberantasan tuberkulosis (P2TB) dengan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*). Upaya yang telah dilakukan pemerintah yaitu dengan mengembangkan strategi DOTS. Strategi ini telah terbukti sebagai strategi

penanggulangan yang secara ekonomis dan efektif, bahkan telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan secara cukup bermakna. Pada tahun 2005 strategi DOTS diperluas menjadi “Strategi Stop TB” oleh *Global Stop TB Partnership* di antaranya yaitu (1) mencapai, mengoptimalkan dan mempertahankan mutu DOTS; (2) merespon TB HIV, MDR-TB dan tantangan lainnya; (3) berkontribusi dalam penguatan sistem kesehatan; (4) melibatkan semua pemberi pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta; (5) memberdayakan pasien dan masyarakat; (6) melaksanakan dan mengembangkan penelitian ([www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id), 2014).

Indikator nasional yang dipakai untuk memantau pencapaian target program nasional TB yang ditetapkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019 adalah tercapainya penemuan (*case notification rate/CNR*) diatas 70% dan angka keberhasilan pengobatan (*Treatment success rate/TSR*) diatas 85 % pada tahun 2006 (Depkes RI, 2015)

Berdasarkan profil Kesehatan Indonesia (Pusdatin, 2014) data hasil cakupan penemuan kasus baru TB terkonfirmasi BTA di Jawa Barat mencapai 31,46%, hal ini merupakan urutan tertinggi Indonesia, namun pencapaian tersebut mengalami penurunan bila dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Pada tahun 2012 memiliki cakupan *Case Notification Rate* (CNR) 71,35%, sedangkan pada tahun 2013 pencapaian CNR 69,34%, TB pada tahun 2014 mengalami penurunan mencapai 31,49% dari target 80%. Angka keberhasilan pengobatan di Jawa Barat telah mencapai 91,9 % dari target nasional 85 %.

Berdasarkan Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2015, jumlah seluruh kasus TB di Kabupaten Cianjur yaitu sebanyak 2.987 orang dengan angka kesembuhan yaitu sebesar 75,4% lebih baik dibandingkan tahun 2014 (73,47%). Selain itu berdasarkan data dari sumber yang sama diketahui bahwa persentase pasien yang menjalani pengobatan lengkap di Kabupaten Cianjur pada tahun 2015 hanya sebesar 15,18% dengan jumlah kematian selama pengobatan sebanyak 13 orang jauh lebih baik dibandingkan dengan jumlah kematian pada tahun 2014 yaitu sebanyak 47 orang (Dinkes Prov Jabar, 2015). Tahun 2016 angka Kejadian TB Paru di Kabupaten Cianjur terjadi peningkatan yaitu dari 2.987 kasus pada tahun 2015 meningkat menjadi 3.010 kasus pada tahun 2016. Selain itu kabupaten Cianjur merupakan kabupaten peringkat ke-10 tertinggi angka kejadian TB Paru dari seluruh Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Barat. Adapun peringkat ke 1 tertinggi jumlah kejadian TB paru yaitu di kabupaten Cirebon dengan jumlah penderita TB paru sebanyak 2.138 orang sedangkan kabupaten/ kota terendah angka kejadian TB paru yaitu di Kabupaten Subang dengan jumlah penderita TB paru sebanyak 377 kasus (Depkes RI, 2016).

Penderita TB yang patuh berobat adalah penderita yang menyelesaikan pengobatan secara teratur dan lengkap tanpa putus selama minimal 6 bulan sampai dengan 9 bulan. Sedangkan penderita dikatakan tidak patuh/ lalai berobat jika tidak datang 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 (Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, 2011)

Berdasarkan data Dinkes Kabupaten Cianjur Tahun 2017 bahwa pencapaian target kesembuhan kasus TB dari seluruh (45) Puskesmas Kabupaten Cianjur belum tercapai yaitu sebesar 73,47% dari target kesembuhan sebesar 90% (Dinkes Kabupaten Cianjur, 2017). Hasil studi banding dari 3 Puskesmas, Puskesmas Pusakasari merupakan puskesmas yang terendah pencapaiannya yaitu hanya sebesar 84%. Persentase ini lebih kecil dibandingkan dengan dua puskesmas yang lokasinya berdekatan dengan Puskesmas Pusakasari, yaitu puskesmas Agrabinta dengan pencapaian target sebesar 87,4% dan Puskesmas Gunung Bitung dengan pencapaian sebesar 86,7% (Puskesmas Pusakasari, 2018).

Puskesmas Pusakasari Kabupaten Cianjur terdapat 2 desa binaan yang memiliki angka kejadian TB paru cukup tinggi pada tahun 2017 yaitu desa Sukajaya dengan jumlah angka kejadian sebanyak 66 kasus. Jumlah ini lebih tinggi dibandingkan dengan desa Pusakasari dengan jumlah kasus TB paru sebanyak 42 kasus.

Berdasarkan data laporan tahunan Puskesmas Pusakasari juga dapat diketahui bahwa dari 66 pasien TB paru di desa Sukajaya, 44 penderita diantaranya mempunyai resiko tinggi TB Resistan, 17 penderita diantaranya pasien kambuh, 8 penderita yang tidak konversi setelah tiga bulan pengobatan, 3 penderita yang kembali setelah lalai berobat, 8 penderita tidak

konversi pengobatan katagori 1 dan 1 orang gagal pengobatan katagori 2 (Register TB Puskesmas Pusakasari, 2017).

Masih tingginya angka penderita TB dengan resiko tinggi TB resistan paru di wilayah kerja Puskesmas Pusakasari Kabupaten Cianjur ini, menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan minum obat pasien TB paru masih rendah. Kepatuhan terhadap pengobatan adalah kepatuhan pasien pada pengobatan yang telah di tentukan. Ketidakepatuhan minum obat ini dipengaruhi beberapa fakto yaitu faktor predisposisi terdiri dari pengetahuan, sikap, budaya dan kepercayaan serta riwayat penyakit, faktor pendukung yang terdiri dari sosial ekonomi, pekerjaan, pendidikan, dukungan keluarga serta faktor pemungkin terdiri dari persepsi tentang jarak fasilitas kesehatan, akses informasi kesehatan dan sikap petugas (Notoatmodjo, 2012)

Dari sekian banyak faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien menelan obat, dukungan keluarga dalam mengawasi menelan obat pasien TB paru merupakan faktor yang sangat mendukung keberhasilan pasien untuk patuh dalam menelan obat, dikarenakan keluarga merupakan lingkungan terdekat pasien dan anggota keluarga merupakan orang yang dalam keseharian sangat dekat dengan pasien, sehingga anggota keluarga dapat mengawasi kepatuhan pasien untuk minum obat (Kemenkes RI, 2013).

Uraian diatas menunjukkan bahwa kepatuhan pengobatan dapat ditingkatkan dengan memaksimalkan peran keluarga karena keluarga dapat menjadi faktor yang berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai serta dapat juga menentukan tentang program pengobatan yang dapat di

terima mereka dalam pengobatan, dukungan sosial keluarga mempunyai andil besar dalam meningkatkan kepatuhan, yaitu dengan adanya pengawasan dan pemberi dukungan kepada penderita (Niven , 2013).

Menurut Sarafino (2006 dalam Friedman, 2010) dukungan sosial adalah perhatian, penghargaan atau bantuan yang diberikan orang lain atau kelompok kepada individu. Dukungan sosial dapat berasal dari berbagai sumber seperti pasangan hidup, keluarga, pacar, teman, rekan kerja dan organisasi komunitas. Dukungan sosial sebaiknya diberikan oleh keluarga oleh karena keluarga merupakan orang terdekat dengan klien. Dukungan keluarga akan mempengaruhi individu tergantung pada ada atau tidaknya tekanan dalam kehidupan individu. Tekanan tersebut dapat berasal dari individu itu sendiri atau dari luar dirinya untuk menghindari gangguan baik secara fisik maupun psikologis.

Bentuk dukungan sosial yang diberikan oleh keluarga yang dapat diberikan pada orang lain terdiri dari : (1) dukungan emosional yang mencakup ungkapan empati kepedulian atau perhatian; (2) dukungan penghargaan yang mencakup ungkapan hormat atau penghargaan positif untuk orang lain itu, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu, dan perbandingan positif orang itu dengan orang lain; (3) dukungan instrumental yang mencakup uang, peralatan, waktu, serta modifikasi lingkungan; dan (4) dukungan informasi yang mencakup nasehat, petunjuk-petunjuk, saran atau umpan balik (Friedman, 2010).

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas pengelola program TB paru, didapatkan hasil bahwa banyaknya angka penderita dengan resiko tinggi TB resistan paru di wilayah Puskesmas Pusakasari, diakibatkan karena lokasi Puskesmas yang jauh dari rumah penderita TB sehingga memerlukan transportasi dari rumah ke Puskesmas, hal ini tentu menjadi masalah bagi penderita TB yang harus melakukan kontrol ulang dan memeriksakan penyakitnya ke Puskesmas karena harus ada yang mengantarnya dengan menggunakan kendaraan ke Puskesmas khususnya penderita TB anak, lansia dan wanita. Selain itu kendala lainnya adalah pasien tidak berkunjung untuk mengambil obat ke Puskesmas karena keluarga tidak mengingatkan jadwal kunjungan ulang untuk pemeriksaan dahak dan mengambil obat.

Berdasarkan hasil pengambilan data awal di desa Sukajaya Puskesmas Pusakasari Kabupaten Cianjur pada 10 orang penderita TB paru resistan melalui teknik wawancara, 6 orang di antaranya menyatakan bahwa keluarganya sebagai pengawas menelan obat tidak melakukan pengawasan menelan obat dengan baik, dengan berbagai alasan di antaranya sibuk, tidak ada biaya untuk mengantar ke pelayanan kesehatan, merasa bahwa pasien mampu pergi sendiri, alat transportasi, pasien sudah mengerti cara minum obat, pasien sudah tahu kapan harus minum obat. Dari alasan tersebut menunjukkan bahwa dukungan sosial keluarga terhadap kepatuhan minum obat pada pasien TB paru sangat diperlukan.

Hasil penelitian yang dilakukan Ni Made Irnawati pada tahun 2015, menunjukkan hasil bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga



dengan kepatuhan minum obat anti-tuberkulosis. Hasil penelitian yang sama juga didapatkan oleh peneliti Septia pada tahun 2014 di mana hasil penelitiannya menunjukkan bahwa terdapat hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada penderita TB Paru. Berdasarkan kedua penelitian tersebut maka dapat diasumsikan bahwa dukungan keluarga dapat mempengaruhi kepatuhan minum obat pada penderita TB paru.

Patuh dalam minum obat adalah syarat utama keberhasilan pengobatan pada penderita TB paru karena Penyakit TB paru dapat disembuhkan dengan pengobatan secara rutin dan teratur selain itu pengobatan TB paru juga memerlukan waktu yang lama sehingga menyebabkan kejenuhan dan kebosanan dari penderita. Untuk menjamin keteraturan pengobatan maka diperlukan dukungan keluarga sebagai pengawas menelan obat yang akan membantu penderita selama pengobatan TB paru (Depkes RI, 2011).

Penderita TB paru yang tidak patuh dalam minum obat TB akan beresiko tinggi mengalami TB resistan. TB resistan obat adalah penderita gejala TB yang memenuhi satu atau lebih kriteria terduga seperti, pasien TB gagal pengobatan kategori 2, pasien TB pengobatan kategori I yang gagal, pasien TB kasus kambuh (*relaps*) kategori I dan 2, pasien TB yang kembali setelah gagal dalam pengobatan, terduga TB yang mempunyai riwayat kontak erat dengan pasien TB MDR (*Multi drug resistant*) serta pasien ko-infeksi TB-HIV yang tidak respon terhadap pemberian OAT/ Obat Anti tuberkulosis (Kemenkes RI, 2015).

Berdasarkan fenomena tersebut, penulis tertarik untuk meneliti tentang “Hubungan dukungan sosial keluarga dengan kepatuhan minum obat pada penderita tuberkulosis beresiko tinggi tuberkulosis paru resistan di desa Sukajaya wilayah kerja puskesmas Pusakasari Kabupaten Cianjur tahun 2018”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang dan identifikasi masalah tersebut, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Adakah hubungan dukungan sosial keluarga dengan kepatuhan minum obat pada penderita tuberkulosis paru resistan di desa Sukajaya wilayah kerja puskesmas Pusakasari Kabupaten Cianjur tahun 2018?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan dukungan sosial keluarga dengan kepatuhan minum obat pada penderita tuberkulosis paru resistan di desa Sukajaya wilayah kerja puskesmas Pusakasari Kabupaten Cianjur tahun 2018.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui gambaran dukungan sosial keluarga di desa Sukajaya wilayah kerja Puskesmas Pusakasari Kabupaten Cianjur tahun 2018.

- b. Mengetahui gambaran kepatuhan minum obat pada penderita tuberkulosis paru beresiko tinggi tuberkulosis paru resistan di desa Sukajaya wilayah kerja puskesmas Pusakasari Kabupaten Cianjur tahun 2018.
- c. Mengetahui hubungan dukungan sosial keluarga dengan kepatuhan minum obat pada penderita tuberkulosis paru resistan di desa Sukajaya wilayah kerja puskesmas Pusakasari Kabupaten Cianjur tahun 2018.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan terhadap profesi kesehatan khususnya Ilmu Keperawatan terutama untuk kajian asuhan keperawatan pada pasien TB paru resistan.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

- a. Bagi Puskesmas

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan informasi tentang TB paru bagi puskesmas, untuk meningkatkan kualitas program pelayanan kesehatan khususnya pelayanan penyakit TB paru.

- b. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan informasi yang berguna dalam menambah wawasan dan pengetahuan mengenai

hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada penderita TB paru beresiko tinggi tuberculosis paru resistan.

c. Bagi Penelitian Selanjutnya

Sebagai data dasar bagi peneliti yang akan melakukan penelitian dalam konteks ruang lingkup yang sama, sehingga sumber dari setiap kutipan yang terdapat dalam penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi dan pembanding dalam mengembangkan penelitian, khususnya dalam meneliti tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pada penderita TB paru beresiko tinggi tuberculosis resistan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Tuberkulosis Paru**

##### **2.1.1 Pengertian Tuberkulosis Paru**

Tuberkulosis (TB) adalah suatu penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman dari kelompok *Mycobacterium* yaitu *Mycobacterium tuberculosis* (Kemenkes RI, 2014). TB adalah penyakit infeksius, yang terutama menyerang parenkim paru, dengan agen infeksius utama *Mycobacterium tuberculosis* (Smeltzer & Bare, 2009) sedangkan menurut Mansjoer (2009) TB paru adalah penyakit infeksi dengan gejala yang sangat bervariasi. Dari pengertian di atas dapat diartikan bahwa TB paru adalah penyakit yang disebabkan bakteri tuberkolosis yang menyerang sistem pernafasan serta menyebar dari paru ke organ lainnya melalui peredaran darah dapat ditularkan melalui udara.

Proses penularan terjadi apabila penderita tuberkolosis batuk atau bersin dan banyak percikan dahak (*droplet nuclei*) yang dikeluarkan ke udara yang banyak mengandung basil, sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak air ludah yang besar jatuh ke tanah dan yang lebih kecil bergerak di udara. Pada ruangan yang tertutup dan kecil basil tersebut berada dalam udara dan bertambah banyak dengan frekuensi batuk, setiap orang yang satu

ruangan dengan seorang yang batuk dan bernafas dengan udara yang sama memiliki risiko menghirup kuman tuberkulosis, terutama bila orang yang batuk tidak peduli dengan orang-orang yang berdekatan dengannya, maka kuman akan masuk ke dalam paru-paru melalui pernafasan (Kemenkes RI, 2014).

### **2.1.2 Etiologi**

Penyebab TB adalah kuman mikroorganisme yaitu *Mycobacterium tuberculosis* dengan ukuran panjang 1 – 10 mikron dan tebal 0,2 – 0,6 mikron, bersifat tahan asam dalam pewarnaan dengan metode *Ziehl Neelsen*. Tahan terhadap suhu rendah sehingga bisa bertahan hidup dalam jangka waktu lama pada suhu antara 4<sup>0</sup>C sampai minus 70<sup>0</sup>C. Kuman peka terhadap panas, sinar matahari, dan sinar ultraviolet. Kuman bersifat dormans, tidur atau tidak berkembang (Kementrian Kesehatan RI, 2014)

### **2.1.3 Manifestasi klinis**

Gejala umum tuberkulosis terdiri dari berdahak selama 2 minggu atau lebih dan dahak yang keluar bercampur dengan darah, dada terasa nyeri dan sesak, demam lemah dan berkeringat di malam hari tanpa melakukan aktifitas kegiatan, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

Dengan berjalannya penyakit dan semakin banyaknya destruksi jaringan paru-paru, produksi sputum semakin banyak dan batuk-batuk dapat menjadi semakin berat. Biasanya tidak ada gejala nyeri dada dan

batuk darah, biasanya hanya dikaitkan dengan kasus-kasus yang sudah lanjut. Beberapa penderita mengalami batuk produktif, keletihan, lemah, keringat pada malam hari dan berat badan menurun mirip dengan tanda dan gejala bronchitis akut dan pneumonia.

#### **2.1.4 Patofisiologi**

Penularan terjadi karena kuman yang keluar dari proses batuk atau bersin menjadi *droplet nuklei* dalam udara. Partikel infeksi ini dapat menetap dalam udara bebas selama 1 – 2 jam, tergantung ada atau tidaknya sinar ultra violet. dan ventilasi yang baik dan kelembaban. Dalam suasana yang gelap dan lembab kuman dapat bertahan sampai berhari – hari bahkan berbulan-bulan, bila partikel infeksi ini terhisap oleh orang yang sehat akan menempel pada alveoli kemudian partikel ini akan berkembang bisa sampai puncak apeks paru sebelah kanan atau kiri dan dapat pula keduanya dengan melewati pembuluh linfe, basil berpindah kebagian paru-paru yang lain atau jaringan tubuh yang lain (Somantri, 2008)

Setelah itu infeksi akan menyebar melalui sirkulasi, yang pertama terangsang adalah limfokinase, yaitu akan dibentuk lebih banyak untuk merangsang makrofage, berkurang tidaknya jumlah kuman tergantung pada jumlah makrofage. Karena fungsinya adalah membunuh kuman atau basil apabila proses ini berhasil & makrofage lebih banyak maka klien akan sembuh dan daya tahan tubuhnya akan meningkat. Tetapi apabila kekebalan tubuhnya menurun maka kuman

tadi akan bersarang di dalam jaringan paru-paru dengan membentuk tuberkel (biji-biji kecil sebesar kepala jarum). Tuberkel lama kelamaan akan bertambah besar dan bergabung menjadi satu dan lama-lama timbul perkejuan di tempat tersebut. Apabila jaringan yang nekrosis dikeluarkan saat penderita batuk yang menyebabkan pembuluh darah pecah, maka klien akan batuk darah (Depkes, 2007).

### **2.1.5 Penularan Tuberkolosis (TB)**

Penyakit TB paru disebabkan oleh kuman *mycobacterium tuberculosis* ditularkan melalui udara saat seorang penderita TB batuk dan percikan ludah yang mengandung bakteri tersebut terhirup oleh orang lain saat bernapas, masa inkubasinya 3-6 bulan (Widoyono, 2011).

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2014) cara penularan TB yaitu:

- a. Sumber penularan adalah pasien TB terkonfirmasi bakteriologi melalui percik relik dahak yang dikeluarkan. Namun bukan berarti bahwa pasien TB dengan hasil BTA negatif tidak mengandung kuman dalam dahaknya. Hasil tersebut bisa saja terjadi oleh karena jumlah kuman yang terkandung dalam contoh uji < dari 5.000 kuman/cc dahak sehingga sulit dideteksi melalui pemeriksaan mikroskopis langsung;
- b. Pasien TB dengan BTA negatif juga masih memiliki kemungkinan menularkan penyakit TB. Tingkat penularan pasien TB



terkonfirmasi bakteriologi adalah 65 %, pasien BTA negatif dengan hasil kultur positif adalah 26 % sedangkan dengan pasien TB kultur negatif dan foto thoraks positif adalah 17%;

- c. Infeksi akan terjadi apabila orang lain menghirup udara yang mengandung percik relik dahak yang infeksius tersebut;
- d. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak.

### **2.1.6 Pencegahan TB**

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

- a. Bagi penderita, pencegahan penularan dapat dilakukan dengan menutup mulut saat batuk, membuang dahak pada tempatnya tidak sembarangan;
- b. Bagi masyarakat, pencegahan penularan dapat dilakukan dengan meningkatkan ketahanan bayi, yaitu dengan cara pemberian vaksin BCG;
- c. Bagi petugas kesehatan, pencegahan dapat dilakukan dengan memberikan penyuluhan tentang penyakit TB paru terhadap kehidupan masyarakat;
- d. Petugas harus segera melakukan pengisolasian dan pemeriksaan terhadap orang-orang yang terinfeksi, dengan memberikan pengobatan, khususnya penderita TB paru ;

- e. Pencegahan penularan dapat dicegah dengan cara melaksanakan disinfeksi, seperti cuci tangan, kebersihan rumah yang ketat, perhatian khusus pada muntahan atau ludah anggota keluarga yang terjangkit penyakit TB paru dan menyediakan ventilasi seta sinar matahari yang cukup;
- f. Melakukan pemeriksaan terhadap orang-orang yang kontak dengan penderita TB paru;
- g. Dilakukan pengobatan khusus penderita dengan TB paru

### **2.1.7 Program Penanggulangan TB**

- a. Strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short Course*)

Penanggulangan dengan strategi DOTS dapat memberikan angka kesembuhan yang tinggi dan merupakan strategi kesehatan yang paling *cost-effective*. Strategi DOTS, menurut Kementerian Kesehatan RI (2014), terdiri atas lima komponen kunci, yaitu 1. Komitmen politis dengan peningkatan dan kesinambungan pendanaan; 2. Penemuan kasus melalui pemeriksaan dahak mikroskopis yang dijamin mutunya; 3. Pengobatan yang standar dengan supervisi dan dukungan bagi pasien; 4. Sistem pengelolaan dan ketersediaan OAT yang efektif; 5. Sistem monitoring, pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien dan kinerja program.

## b. Penemuan Pasien TB

Penemuan kasus TB bertujuan untuk mendapatkan kasus TB melalui serangkaian kegiatan mulai dari penjarangan terhadap terduga pasien TB, pemeriksaan fisik dan laboratorium, menentukan diagnosis dan menentukan klasifikasi penyakit dan tipe pasien TB, sehingga dapat dilakukan pengobatan agar sembuh dan tidak menularkan penyakitnya kepada orang lain. Kegiatan penemuan terdiri dari penjarangan terduga pasien, diagnosis, penulatan klasifikasi penyakit dan tipe pasien (Kemenkes RI, 2014).

## c. Diagnosis Tuberkulosis Pada Orang Dewasa

1. Diagnosis TB Paru dengan langkah-langkah sebagai berikut :
  - a) Ditetapkan sebagai pasien TB apabila pemeriksaan dahak terkonfirmasi bakteriologis;
  - b) Apabila hasil pemeriksaan dahak tidak terkonfirmasi bakteriologis, maka penegakan diagnosis TB dapat dilakukan secara klinis dan penunjang (pemeriksaan foto thoraks) yang sesuai dan di tetapkan oleh dokter yang telah terlatih TB;
  - c) Tidak dibenarkan mendiagnosis TB dengan pemeriksaan serologis;
  - d) Tidak dibenarkan mendiagnosis TB hanya berdasarkan foto thoraks saja. Foto thoraks tidak selalu memberikan gambaran yang spesifik pada TB paru, sehingga dapat

menyebabkan terjadi *overdiagnosis* ataupun *underdiagnosis*;

e) Tidak dibenarkan mendiagnosis TB hanya dengan pemeriksaan uji tuberkulin.

## 2. Diagnosis TB ekstra paru

Gejala dan keluhan tergantung pada organ tubuh yang terkena, misalnya kaku kuduk pada *Meningitis* TB, nyeri dada pada TB pleura (*pleuritis*), pembesaran kelenjar *Limfe superfisialis* pada *lympadenitis* serta *deformitas* tulang belakang pada *spondilitis*.

Diagnosis pasti TB ekstra paru ditegakkan dengan pemeriksaan klinis, bakteriologis dan atau histopatologis dari contoh uji yang di ambil dari organ tubuh yang terkena.

## d. Pengobatan pasien TB:

1. Tujuan Pengobatan yaitu Menyembuhkan dan memperbaiki produktifitas serta kualitas hidup, mencegah terjadinya kematian oleh karena TB dan dapfak buruk selanjutnya, mencegah terjadinya kekambuhan TB, menurunkan penularan TB, mencegah terjadinya dan penularan TB resistasn obat;
2. Prinsip Pengobatan yaitu Obat Anti Tuberkulosis (OAT) adalah komponen terpenting dalam pengobatan TB merupakan salah satu upaya paling efisien untuk mencegah penyebaran lebih lanjut dari kuman TB. Prinsip pengobatan yang adekuat harus memenuhi:

- a) Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan OAT yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi;
- b) diberikan dalam dosis yang tepat dan
- c) ditelan secara teratur dan diawasi secara langsung oleh PMO (Pengawas Menelan Obat) sampai selesai pengobatan (Kemenkes RI, 2014).

### 3. Tahapan Pengobatan

#### a) Tahap Awal

Pengobatan diberikan setiap hari. Paduan pengobatan pada tahap ini bertujuan untuk menurunkan secara efektif jumlah kuman yang ada dalam tubuh sudah resisten sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan. Pada tahap awal pengobatan secara intensif diberikan selama 2 bulan. Pada umumnya dengan pengobatan secara teratur dan tanpa ada penyulit, daya penularan sudah menurun setelah pengobatan selama 2 minggu.

#### b) Tahap Lanjutan

Pengobatan tahap lanjutan merupakan tahap terpenting untuk membunuh sisa kuman yang masih ada dalam tubuh khususnya *persister* sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan.

Paduan OAT (sesuai rekomendasi WHO dan ISTC) terbagi atas dua kategori yaitu Paduan OAT katagori-1 dan katagori-2, termasuk OAT lini ke-1, disediakan dalam bentuk paket kombinasi dosis tetap (OAT KDT). Terdiri dari 2 atau 4 jenis obat dalam satu tablet. Dosis yang disesuaikan dengan berat badan pasien. Paduan ini dikemas dalam satu paket untuk satu pasien, yang terdiri dari katagori 1 yang terdiri dari paket obat 2 (HRZE)/4 (HR)3 dan kategori 2 yaitu paket obat yang terdiri dari 2E)S/(HRZE)/5(HR)3E3. (Keterangan: Isoniazid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z), Etambutol (E), Sterptomisin (S))

4. Ada beberapa efek samping yang kemungkinan dapat timbul dari masing-masing jenis obat, walaupun hal ini sangat jarang terjadi, yaitu : Isoniasid (H) dapat menimbulkan efek samping berupa terjadinya neuropati *perifer*, *psikosis toksik*, gangguan fungsi hati dan kejang; Rifampisin (R) dapat menimbulkan efek samping berupa terjadinya *flu syndrome*, *gangguan gatrointestinal*, *urine* berwarna merah, gangguan fungsi hati, trombositopeni, demam, sesak napas dan anemia hemolitik; Pyranzinamide (Z) dapat menimbulkan efek samping berupa terjadinya gangguan fungsi hati, nyeri sendi, demam, kemerahan, reaksi kulit dan mual; Streptomycin (S) dapat

menimbulkan efek samping berupa terjadinya kerusakan pada alat keseimbangan, pusing, sakit kepala, muntah, eritema kulit, reaksi tempat suntikan, mati rasa sekitar mulut dan dapat menembus ke barier plasenta, sehingga tidak boleh diberikan pada wanita hamil, renjatan anafilatik, anemia; Ethambutol (E) dapat menimbulkan efek samping berupa gangguan pada penglihatan yaitu berkurangnya ketajaman penglihatan, kabur atau buta warna (Kemenkes RI, 2014 .Widoyono 2011).

#### 5. Pemantauan Kemajuan Hasil Pengobatan

Pemantauan kemajuan dan 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 dua contoh uji dahak (sewaktu dan pagi). Hasil pemeriksaan dinyatakan negatif bila ke 2 contoh uji dahak tersebut negatif. Bila salah satu contoh uji positif atau keduanya positif, hasil pemeriksaan ulang dahak tersebut dinyatakan positif. Hasil dari pemeriksaan mikroskopis semua pasien sebelum memulai pengobatan harus dicatat. Pemeriksaan ulang dahak pasien TB BTA positif merupakan

suatu cara terpenting untuk menilai hasil kemajuan pengobatan. Setelah pengobatan tahap awal, tanpa memperhatikan hasil pemeriksaan ulang dahak apakah masih tetap BTA positif atau sudah menjadi BTA negatif, pasien harus memulai pengobatan tahap lanjutan (tanpa pemberian OAT sisipan apabila tidak mengalami konversi). Pada semua pasien TB BTA positif, pemeriksaan ulang dahak selanjutnya dilakukan pada bulan ke 5. Apabila hasilnya negatif, pengobatan dilanjutkan hingga seluruh dosis pengobatan selesai dan dilakukan pemeriksaan ulang dahak kembali pada akhir pengobatan (Kemenkes RI, 2014)

Ringkasan tindak lanjut berdasarkan hasil pemeriksaan ulang dahak untuk memantau kemajuan hasil pengobatan: 1) Apabila hasil pemeriksaan pada akhir tahap awal negatif : a) Pada pasien baru maupun pengobatan ulang, segera diberikan dosis pengobatan tahap lanjutan; b) Selanjutnya lakukan pemeriksaan ulang dahak sesuai jadwal (pada bulan ke 5 dan Akhir Pengobatan); 2) Apabila hasil pemeriksaan pada akhir tahap awal positif : Pada pasien baru (mendapat pengobatan dengan paduan OAT kategori 1) : a) Lakukan penilaian apakah pengobatan tidak teratur?. Apabila tidak teratur, diskusikan dengan pasien dan keluarga sebagai PMO tentang pentingnya berobat teratur; b) Segera diberikan dosis tahap lanjutan (tanpa



memberikan OAT sisipan). Lakukan pemeriksaan ulang dahak kembali setelah pemberian OAT tahap lanjutan satu bulan. Apabila hasil pemeriksaan dahak ulang tetap positif, lakukan pemeriksaan uji kepekaan obat; c) Apabila tidak memungkinkan pemeriksaan uji kepekaan obat, lanjutkan pengobatan dan diperiksa ulang dahak kembali pada akhir bulan ke 5 (menyelesaikan dosis OAT bulan ke 5).

Pada pasien dengan pengobatan ulang (mendapat pengobatan dengan paduan OAT kategori 2): a) Lakukan penilaian apakah pengobatan tidak teratur?. Apabila tidak teratur, diskusikan dengan pasien dan PMO tentang pentingnya berobat teratur. b) Pasien dinyatakan sebagai terduga pasien TB MDR c) Lakukan pemeriksaan uji kepekaan obat atau dirujuk ke RS Pusat Rujukan TB MDR d) Apabila tidak bisa dilakukan pemeriksaan uji kepekaan obat atau dirujuk ke RS Pusat Rujukan TB MDR, segera diberikan dosis OAT tahap lanjutan (tanpa pemberian OAT sisipan) dan diperiksa ulang dahak kembali pada akhir bulan ke 5 (menyelesaikan dosis OAT bulan ke 5).

Pada bulan ke 5 atau lebih : Baik pada pengobatan pasien baru atau pengobatan ulang apabila hasil pemeriksaan ulang dahak hasilnya negatif, lanjutkan pengobatan sampai seluruh dosis pengobatan selesai diberikan a) Apabila hasil pemeriksaan

ulang dahak hasilnya positif, pengobatan dinyatakan gagal dan pasien dinyatakan sebagai terduga pasien TB MDR. b) Lakukan pemeriksaan uji kepekaan obat atau dirujuk ke RS Pusat Rujukan TB MDR c) Pada pasien baru (mendapat pengobatan dengan paduan OAT kategori 1), pengobatan dinyatakan gagal. Apabila oleh karena suatu sebab belum bisa dilakukan pemeriksaan uji kepekaan atau dirujuk ke RS Pusat Rujukan TB MDR, berikan pengobatan paduan OAT kategori 2 dari awal. d) Pada pasien TB dengan pengobatan ulang (mendapat pengobatan dengan paduan OAT kategori 2), pengobatan dinyatakan gagal. Harus diupayakan semaksimal mungkin agar bisa dilakukan pemeriksaan uji kepekaan atau dirujuk ke RS Pusat Rujukan TB MDR. Apabila oleh karena suatu sebab belum bisa dilakukan pemeriksaan uji kepekaan atau dirujuk ke RS Pusat Rujukan TB MDR, berikan penjelasan, pengetahuan dan selalu dipantau kepatuhannya terhadap upaya PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi) (Kemenkes RI, 2014).

#### 6. Hasil pengobatan pasien TB

Sembuh, pengobatan lengkap, gagal, meninggal, putus berobat (*loss follow-up*), dievaluasi (Kemenkes RI, 2014).

## 2.1.8 Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat

### a. Definisi TB Paru Resistan Obat

TB resistan obat adalah keadaan di mana kuman *Mycobacterium tuberculosis* sudah tidak dapat lagi dibunuh dengan obat anti tuberkolosis (Kemenkes RI, 2014). TB resisten obat adalah resistensi kuman *Mycobacterium tuberculosis* terhadap obat anti tuberkulosis yang di gunakan saat ini (Kemenkes RI, 2015).

Terdapat 5 kategori resistensi terhadap OAT yaitu :

1. *Monoresistance* : resistan terhadap salah satu OAT, misalnya resistan isoniazid (H);
2. *Polyresistance* : resistan terhadap lebih dari satu OAT, selain kombinasi isoniazid (H) dan rifampisin (R), misalnya resistan isoniazid dan etambutol (HE), rifampisin etambutol (RE), isoniazid etambutol dan streptomisin (HES), rifampisin etambutol dan streptomisin (RES);
3. *Multi Drug Resistance (MDR)* : resistan terhadap isoniazid dan rifampisin, dengan atau tanpa OAT lini pertama yang lain, misalannya resistan HR, HRE, HRES;
4. *Extensively Drug Resistance (XDR)* : TB MDR disertai resistansi terhadap salah satu obat golongan flurokuinolon dan salah satu obat OAT lini kedua (kapreomisin, kanamisin dan amikasin);

5. *TB Resistan Rifampisin ITB RR*) : Resistan terhadap rifampisin (monoresistan, poliresistan, TB MDR, TB XDR yang terdeteksi menggunakan metode fenotip atau genotip dengan atau tanpa resisten OAT lainnya.

b. Diagnosis TB Resistan Obat

1. Kriteria Terduga TB Resistan Obat

Terduga TB resisten obat adalah semua orang yang mempunyai gejala TB yang memenuhi satu atau lebih kriteria terduga/ suspek di bawah ini :

- a) Pasien TB gagal pengobatan kategori 2;
- b) Pasien TB pengobatan kategori 2 yang tidak konversi setelah 3 bulan pengobatan;
- c) Pasien TB yang mempunyai riwayat pengobatan TB yang tidak standar serta menggunakan kuinolon dan obat injeksi lini kedua minimal 1 bulan.;
- d) Pasien TB pengobatan kategori 1 yang gagal;
- e) Pasien TB pengobatan kategori 1 yang tidak konvesi;
- f) Pasien TB kasus kambuh (relaps) kategori 1 dan kategori 2;
- g) Pasien TB yang kembali setelah *loss to follow-up* (lalai berobat/ *default*);
- h) Terduga TB yang mempunyai riwayat kontak erat dengan pasien TB MDR;

i) Pasien ko-infeksi TB-HIV yang tidak respons terhadap pemberian OAT (Kemenkes RI, 2015).

## 2. Alur Diagnosis TB Resistan Obat

Diagnosis TB resistan obat ditegakkan berdasarkan pemeriksaan uji kepekaan *M. tuberculosis* dengan metode standar yang tersedia di Indonesia yaitu metode tes cepat (*rapid test*) dan metode konvensional. Saat ini ada 2 metode tes cepat yang dapat digunakan yaitu pemeriksaan *Gen eXpert* (uji kepekaan untuk rifampisin) dan LPA (uji kepekaan untuk rifampisin) dan LPA (uji kepekaan untuk rifampisin dan isoniazid) sedangkan metode konvensional yang digunakan adalah *Lowenstein Jensen/ LJ* dan MGIT (Kemenkes RI 2014).

## 3. Pengobatan TB Resistan

Tatalaksana pasien TB resistan obat di Indonesia terdiri OAT lini ke -2 yaitu Kanamisin (Km), Capreomisin (Cm), Levofloksasin (Lfx), Etionamide (Eto), Cikloserin (Cs), Moksifloksasin (Mfx), Para-aminosalisily acid (PAS) serta OAT lini ke-1 yaitu Pirazinamid dan Etambutol (Kemenkes RI, 2014)

Paduan obat untuk pengobatan TB MDR adalah pasien yang terkonfirmasi TB MDR secara labolatoris. OAT MDR merupakan paduan antara OAT lini pertama dan kedua

yang belum di gunakan atau masih efektif sesuai ketetapan tim ahli klinis (TAK) di RS rujukan, OAT yang digunakan dalam pengobatan TB MDR di Indonesia diantaranya: Kanamisin (Km), Levoploksasain (Lfx), Pirazinamid (Z), Ethionamid (Eto), Sikloserin (Cs), Etambutol (E); dan Isoniazid (H) (Kementrian kesehatan RI, 2015). Panduan pengobatan menurut Kemenkes Ritahun 2015 diberikan dalam dua tahap yaitu :

a) Tahap awal

Suntikan diberikan 5 kali seminggu (senin-jumat), obat per oral diberikan 7 kali seminggu (senin-minggu), jumlah oral yang diberikan dan ditelan minimal 224 dosis dan suntikan minimal 160 dosis paling sedikit 6 bulan atau 4 bulan setelah konversi biakan.

b) Tahap lanjutan

Obat per oral diberikan 7 kali dalam seminggu (enin-minggu), obat suntikan sudah tidak diberikan lagi , jumlah obat yang diberikan dan di telan minimal 336 dosis, lama pengobatan seluruhnya paling sedikit 18 bulan setelah terjadi konversi biakan.

### **2.1.9 Pengawas Langsung Menelan Obat (DOT = *Directly Observed Treatment*)**

#### a. Pengawas Menelan Obat (PMO)

PMO adalah seseorang yang dekat dengan penderita TB dan secara sukarela mau terlibat dalam pengobatan TB hingga dinyatakan sembuh oleh tenaga kesehatan. Adanya PMO merupakan suatu cara untuk menjamin keteraturan pengobatan. Seorang PMO harus memiliki pengetahuan yang cukup (Kemenkes RI, 2007).

#### b. Tugas-tugas PMO

PMO diharapkan menjalankan tugasnya dengan baik agar proses penyembuhan pasien berjalan dengan baik. Adapun tugas dari PMO adalah mengawasi pasien menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan di antaranya saat pasien minum obat TB di tempat dan waktu yang telah disepakati dan memastikan obat tersebut benar. Selain itu karena proses pengobatan yang panjang kadangkala pasien merasa bosan dan di sinilah tugas PMO yaitu memberi dorongan atau dukungan motivasi pada penderita TB paru agar tidak putus asa untuk minum obat secara teratur demi kesembuhannya, mengingatkan pasien untuk periksa ulang dahak pada waktu yang telah ditentukan, memberi penyuluhan pada anggota keluarga pasien TB yang mempunyai

gejala-gejala mencurigakan TB untuk segera memeriksakan diri ke unit pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2014).

c. Persyaratan PMO

Pada dasarnya siapapun bisa menjadi PMO, namun karena pentingnya peranan PMO ini maka seorang PMO harus memiliki syarat-syarat yang sesuai. Syarat untuk menjadi PMO adalah seseorang yang dikenal, dipercaya, dan disetujui, baik oleh petugas kesehatan ataupun pasien, selain itu harus disegani dan dihormati oleh pasien serta bersedia membantu pasien dengan sukarela, bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama dengan pasien (Kemenkes RI, 2014).

Sebaiknya PMO adalah keluarga penderita atau petugas kesehatan, misalnya bidan di desa, perawat, pekerja, sanitarian dan lain-lain. Bila tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan, PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, atau tokoh masyarakat lainnya.

d. Akibat Tidak Ada PMO.

Pengobatan penyakit TB harus dilakukan secara kesinambungan dan teratur, oleh karena itu petugas PMO harus ada untuk mengawasi pasien minum obat diantaranya saat pasien minum obat TB di tempat dan waktu yang telah disepakati, memastikan obat tersebut benar karena apabila pasien tidak teratur dalam minum obat, maka akan mengakibatkan penderita



tidak sembuh dan penyakitnya akan menjadi lebih parah dan lebih sukar diobati bahkan dapat menularkan penyakitnya kepada orang lain. Tidak adanya PMO dapat menyebabkan ketidakteraturan minum obat sesuai dengan jadwal yang seharusnya dan dapat menyebabkan penderita putus berobat (*drop out*), sehingga dapat memungkinkan kegagalan pengobatan dan resistensi terhadap OAT. Dukungan keluarga dan masyarakat dalam hal pengawasan dan pemberian semangat mempunyai andil yang besar dalam peningkatan kepatuhan pengobatan penderita (Kemenkes RI, 2011).

## **2.2 Konsep Dasar Dukungan Sosial**

### **2.2.1 Pengertian Dukungan Sosial**

Dukungan sosial adalah bantuan yang diberikan orang-orang yang berada dalam lingkungan sosial individu seperti keluarga, teman, dan masyarakat (Olson , Breckler, & Wiggins, 2006). Dukungan sosial juga diartikan sebagai ketersediaan, penghargaan, kasih sayang, dan kepedulian dari orang-orang yang diandalkan oleh seseorang. Sejalan dengan itu Uchino (2004, dalam Sarafino & Smith, 2012) menyatakan bahwa *social support* atau dukungan sosial mengacu pada kenyamanan, kepedulian, atau bantuan yang diterima oleh individu dari seseorang atau sekelompok orang (Sarafino & Smith, 2012). Dukungan sosial bisa

didapat dari banyak sumber seperti keluarga, pasangan, dokter, atau orang-orang dalam organisasi dan komunitas (Sarafino & Smith, 2012).

Sarafino & Smith (2012) menyatakan tidak semua orang mendapatkan dukungan sosial. Beberapa faktor yang menyebabkan seseorang tidak mendapatkan dukungan sosial adalah jika orang tersebut tidak bersosialisasi, tidak suka menolong orang lain, atau tidak membiarkan orang lain tau bahwa mereka membutuhkan bantuan.

Efek dari dukungan sosial sangatlah kompleks karena agar benar-benar bisa membantu mengatasi permasalahan individu yang bersangkutan, jenis dukungan sosial yang diberikan harus sesuai dengan situasi yang dialami individu (Noller, Feeney, & Peterson, 2007).

Dukungan sosial dapat meningkatkan rasa kepercayaan diri individu pada pilihannya sendiri. Selain itu persepsi dan pemahaman seseorang mengenai sesuatu kemungkinan bisa didasarkan pada respon orang lain (Friedman, 2010).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa dukungan sosial adalah bantuan yang diterima individu berupa saran, petunjuk, dukungan, materi, dan hal-hal yang terkait dengan masalah individu yang diberikan oleh orang-orang di lingkungan sosialnya seperti keluarga, orang tua, sekolah, guru, teman, dan kelompok masyarakat lainnya.

### **2.2.2 Aspek Dukungan Sosial**

Terdapat dua aspek yang terlibat dengan dukungan sosial, yaitu (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 2003) :

- a. Persepsi bahwa ada sejumlah orang yang cukup dapat diandalkan saat dibutuhkan oleh individu yang bersangkutan. Aspek ini terkait dengan kuantitas dukungan yang diterima individu.
- b. Derajat kepuasan individu terhadap dukungan yang didapatkan. Aspek ini terkait dengan kualitas dukungan yang dirasakan oleh individu yang bersangkutan.

### **2.2.3 Sumber Dukungan Sosial**

Dukungan sosial akan lebih berarti bagi individu yang menerimanya jika diberikan oleh orang-orang tertentu yang memiliki hubungan signifikan atau dekat dengan individu yang bersangkutan. Dengan kata lain dukungan sosial akan lebih berguna bagi individu jika diberikan oleh orang tua, keluarga, teman, dan orang-orang yang memiliki kedekatan hubungan lainnya (Taylor, 2012). Sejalan dengan hal itu, Winemiller dkk (1993, dalam Noller, Feeney, & Peterson, 2007) menyatakan terdapat beberapa sumber dukungan sosial untuk seseorang, yaitu keluarga, teman, pasangan, organisasi atau kelompok, rekan kerja, dan tetangga. Sementara Sarafino mengemukakan bahwa efektivitas dukungan tergantung dari penilaian individu (Sarafino & Smith, 2012). Dukungan akan menjadi efektif apabila dukungan

tersebut dinilai adekuat oleh individu penerima (Sarafino & Smith, 2012).

#### **2.2.4 Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Sosial**

Menurut Sarafino (Sarafino & Smith, 2012) tidak semua individu mendapatkan dukungan sosial dari orang-orang sekitarnya. Ada beberapa faktor yang menentukan seseorang menerima dukungan sosial, berikut adalah faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan sosial yang diterima individu :

##### **a. Penerima dukungan (*Recipients*)**

Seseorang akan memperoleh dukungan sosial jika dia juga melakukan hal-hal yang dapat memicu orang lain untuk memberikan dukungan terhadap dirinya. Yang dimaksud dalam hal tersebut adalah individu harus memiliki proses sosialisasi yang baik dengan lingkungannya, termasuk didalamnya membantu orang lain yang butuh pertolongan atau dukungan, dan membiarkan orang lain tahu bahwa dirinya membutuhkan dukungan atau pertolongan jika memang membutuhkan.

Seseorang tidak mungkin menerima dukungan sosial jika dia tidak ramah, tidak pernah menolong orang lain, dan tidak *assertive* atau tidak terbuka kepada orang lain jika dia membutuhkan dukungan atau pertolongan. Hal ini terjadi karena adanya hubungan timbal balik antara individu dan orang-orang sekitarnya, begitu pula sebaliknya.

b. Penyedia dukungan (*Providers*)

*Providers* yang dimaksud mengacu pada orang-orang terdekat individu yang dapat diharapkan menjadi sumber dukungan sosial. Ketika individu tidak mendapatkan dukungan sosial, bisa saja orang yang seharusnya memberikan dukungan sedang dalam kondisi yang kurang baik seperti tidak memiliki jenis bantuan yang dibutuhkan oleh *recipients*, sedang mengalami stress, atau kondisi-kondisi tertentu yang membuatnya tidak menyadari bahwa ada orang yang membutuhkan bantuannya.

c. Komposisi dan struktur jaringan sosial

Maksud dari komposisi dan struktur jaringan sosial adalah hubungan yang dimiliki individu dengan orang-orang dalam keluarga dan lingkungannya. Hubungan ini dapat dilihat dalam ukuran (jumlah orang yang sering berhubungan dengan individu), frekuensi hubungan (seberapa sering individu bertemu dengan orang-orang tersebut), komposisi (apakah orang-orang tersebut merupakan anggota keluarga, teman, rekan kerja dan sebagainya) dan intimasi (kedekatan hubungan individu dan kepercayaan satu sama lain).

Selain itu menurut Sarafino (Sarafino & Smith, 2012), terdapat faktor-faktor yang menjadi penyebab dari penolakan sebuah dukungan, yaitu :

- a. Bantuan yang diberikan orang lain tidak sesuai dengan kebutuhan individu sehingga tidak membantu individu mengatasi masalah yang sedang dialami. Selain itu, hal ini dapat terjadi jika individu tidak menginginkan bantuan tersebut atau memang tidak menyadari bantuan yang diberikan.
- b. Kesesuaian antara dukungan sosial dengan kebutuhan menekankan pentingnya jenis dukungan sosial dengan kebutuhan individu. Efek positif dari dukungan sosial sangat jelas terlihat jika orang yang menyediakan dukungan sosial menyadari kebutuhan-kebutuhan khusus yang dibutuhkan oleh individu sesuai dengan masalah yang dihadapi (*stressor*). Sehingga penting bagi provider dukungan sosial untuk tidak hanya menentukan apa akan memberi dukungan atau tidak, tetapi juga mengetahui jenis dukungan yang dibutuhkan.

## **2.3 Konsep Dasar Dukungan Keluarga**

### **2.3.1 Pengertian Dukungan Keluarga**

Dukungan keluarga adalah sebuah proses bantuan atau sokongan keluarga yang terjadi sepanjang masa kehidupan; sifat dan jenis dukungan keluarga berbeda-beda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Misalnya, jenis-jenis dan kuantitas dukungan sosial dalam fase perkawinan (sebelum sebuah pasangan muda mendapat anak) sangat berbeda dengan banyaknya dan jenis-jenis dukungan sosial yang dibutuhkan ketika keluarga sudah berada dalam tahap/fase siklus

kehidupan terakhir. Namun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 2010).

Dukungan keluarga mengacu kepada dukungan-dukkungan sosial yang dipandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses untuk keluarga (dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan). Dukungan keluarga dapat berupa dukungan keluarga internal, seperti dukungan dari suami istri atau dukungan dan saudara kandung; atau dukungan keluarga eksternal - dukungan sosial eksternal bagi keluarga inti (dalam jaringan kerja sosial keluarga). Sebuah jaringan sosial keluarga secara sederhana adalah jaringan kerja sosial keluarga inti itu sendiri (Friedman, 2010).

Dari definisi tentang dukungan keluarga maka dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga adalah bantuan langsung maupun tidak langsung, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh anggota keluarga terhadap anggota keluarga lainnya yang mengalami masalah pada penelitian ini yaitu masalah kesehatan pasien TB paru sebagai upaya pencegahan TB resisten.

### 2.3.2 Bentuk Dukungan Keluarga

Bentuk bantuan yang diberikan orang lain terdiri dari :

#### a. Dukungan Emosional

Mencakup ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan. Kepada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, misalnya umpan balik dan penegasan dari anggota keluarga. Keluarga merupakan tempat yang aman untuk istirahat serta pemulihan penguasaan emosi. Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan (Friedman, 2010).

Dukungan emosi adalah dukungan yang berhubungan dengan hal yang bersifat emosional atau menjaga keadaan emosi, afeksi/ekspresi. Menurut Tolsdorf & Wills yang dikutip oleh Friedman (2010), tipe dukungan ini lebih mengacu kepada pemberian semangat, kehangatan, cinta, kasih, dan emosi. Leavy dalam Friedman (2010) menyatakan dukungan sosial sebagai perilaku yang memberi perasaan nyaman dan membuat individu percaya bahwa dia dikagumi, dihargai, dan dicintai dan bahwa orang lain bersedia memberi perhatian dan rasa aman. Selama depresi berlangsung, individu sering menderita secara emosional, sedih,



cemas, dan kehilangan harga diri. Jika depresi mengurangi perasaan seseorang akan hal 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.

#### **b. Dukungan Penghargaan**

Terjadi lewat ungkapan hormat atau penghargaan positif untuk orang lain itu, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu, dan perbandingan positif orang itu dengan orang lain, misalnya orang itu kurang mampu atau lebih buruk keadaannya (menambah harga diri). Dalam dukungan penghargaan ini keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan mempengaruhi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas anggota terjadi lewat ungkapan hormat atau positif untuk pasien, misalnya: pujian terhadap tindakan atau upaya penyampaian pesan ataupun masalah, keluarga bertindak sebagai bimbingan umpan balik seperti dorongan bagi anggota keluarga. Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga di antaranya memberikan support, penghargaan, perhatian. Dukungan

penghargaan adalah dukungan yang terjadi bila ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Menurut Cohent & Wils dalam Friedman (2010), dukungan ini dapat berupa pemberian informasi kepada seseorang bahwa dia dihargai dan diterima, di mana harga diri seseorang dapat ditingkatkan dengan mengkomunikasikan kepadanya bahwa ia bernilai dan diterima meskipun tidak luput dari kesalahan (Friedman, 2010).

### **c. Dukungan Instrumental**

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan kongkrit (Friedman, 2010) dukungan ini bersifat nyata dan bentuk materi bertujuan untuk meringankan beban bagi individu yang membentuk dan keluarga dapat memenuhinya, sehingga keluarga merupakan sumber pertolongan yang praktis dan kongkrit yang mencakup dukungan atau bantuan seperti uang, peralatan, waktu, serta modifikasi lingkungan. Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan kongkrit, di antaranya: kesehatan pasien dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, terhindarnya pasien dari kelelahan. Dukungan instrumental adalah dukungan berupa bantuan dalam bentuk nyata atau dukungan material. Menurut Jacobson dalam Friedman (2010) dukungan ini mengacu pada penyediaan benda-benda dan layanan untuk memecahkan masalah praktis. Wills dalam Friedman (2010) menyatakan bahwa dukungan ini meliputi aktivitas-aktivitas seperti

penyediaan benda-benda, misalnya alat-alat menyulam bagi baju, buku-buku bacaan, meminjamkan atau memberikan uang buat keperluan pasien untuk mendapatkan keperluan dan kebutuhannya.

**d. Dukungan Informasi (informasi *support*)**

Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan *disseminator* (penyebar) informasi tentang dunia, mencakup memberi nasehat, petunjuk-petunjuk, saran atau umpan balik. Bentuk dukungan keluarga yang diberikan oleh keluarga adalah dorongan semangat, pemberian nasehat atau mengawasi tentang pola makan sehari-hari dan pengobatan. Dukungan keluarga juga merupakan perasaan individu yang mendapat perhatian, disenangi, dihargai, dan termasuk bagian dari masyarakat (Friedman, 2010).

**2.3.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga**

Menurut Feiring dan Lewis (1984) dalam Friedman (2010), faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga antara lain :

a. Bentuk Keluarga

Terdapat bukti kuat dari hasil penelitian yang menyatakan bahwa keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman-pengalaman perkembangan. Anak-anak yang berasal dari keluarga kecil menerima lebih banyak perhatian daripada anak-anak dari keluarga yang besar.

b. Umur orang tua

Dukungan yang diberikan keluarga juga dipengaruhi oleh usia. Pada usia yang masih muda cenderung untuk lebih tidak bisa merasakan atau mengenali kebutuhan pasien dan juga lebih egosentris dibandingkan seseorang yang lebih tua usianya.

c. Tingkat sosial ekonomi

Kelas sosial ekonomi di sini meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan orang tua dan tingkat pendidikan. Dalam keluarga kelas menengah, suatu hubungan yang lebih demokratis dan adil mungkin ada, sementara dalam keluarga kelas bawah, hubungan yang ada lebih otoritas atau otokrasi. Selain itu orang tua dengan kelas sosial menengah mempunyai tingkat dukungan, afeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi daripada orang tua dengan kelas sosial bawah.

## **2.4 Konsep Dasar Kepatuhan**

### **2.4.1 Pengertian Kepatuhan**

Kepatuhan berarti mengikuti suatu spesifikasi standar, atau hukum yang telah diatur dengan jelas yang biasanya diterbitkan oleh lembaga atau organisasi yang berwenang dalam suatu bidang tertentu. Kepatuhan adalah suatu perilaku manusia yang taat terhadap peraturan, perintah, prosedur dan disiplin. Sedangkan tingkat kepatuhan adalah besar kecilnya penyimpanan pelaksanaan pelayanan dibandingkan

dengan standar pelayanan yang ditetapkan anjuran (Notoatmodjo, 2010).

#### **2.4.2 Faktor-Faktor yang mempengaruhi Kepatuhan Pasien**

Menurut Feuer Stein, *et all* (dalam Niven, 2013), ada beberapa faktor yang dapat mendukung sikap patuh pasien, di antaranya :

##### **a. Pendidikan**

Pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan sepanjang pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif, seperti penggunaan buku dan lain-lain;

##### **b. Akomodasi**

Suatu usaha harus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian pasien yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Pasien yang lebih mandiri, harus dilibatkan secara aktif dalam program pengobatan sementara pasien yang tingkat ansietasnya tinggi harus diturunkan terlebih dahulu. Tingkat ansietas yang terlalu tinggi atau rendah, akan membuat kepatuhan pasien berkurang;

##### **c. Modifikasi faktor lingkungan dan sosial**

Membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman sangat penting, kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantu memahami kepatuhan terhadap program pengobatan, seperti pengurangan berat badan dan lainnya.

#### **d. Perubahan Model Terapi**

Program pengobatan dapat dibuat sesederhana mungkin dan pasien terlibat aktif dalam pembuatan program tersebut;

#### **e. Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien.**

Adalah suatu yang penting untuk memberikan umpan balik pada pasien setelah memperoleh informasi diagnosis;

#### **f. Pendekatan Praktis untuk Meningkatkan Kepatuhan Pasien**

Menurut Dinicola dan DiMatteo (dalam Niven, 2013), menyebutkan ada beberapa pendekatan yang dapat dilakukan dalam meningkatkan kepatuhan pasien, yaitu:

- 1) Membuat instruksi tertulis yang mudah diinterpretasikan;
- 2) Memberikan Informasi tentang pengobatan sebelum menjelaskan hal lain;
- 3) Jika seseorang diberi suatu daftar tertulis tentang hal-hal yang harus diingat maka akan ada keunggulan yaitu mereka akan ada keunggulan dan berusaha mengingat hal yang pertama ditulis. Efek keunggulan ini telah terbukti;
- 4) Instruksi-instruksi harus ditulis dengan bahasa umum (non-medis) dalam hal yang perlu ditekankan.

Faktor-Faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan diantaranya :

- 1) Pemahaman tentang instruksi

Tidak seorangpun dapat mematuhi instruksi, jika ia salah paham tentang instruksi yang diterima. Ley dan Spetman (dalam

Niven, 2013), menemukan bahwa lebih dari 60% yang diwawancarai setelah bertemu dokter salah mengerti tentang instruksi yang diberikan kepada mereka. Hal ini disebabkan kegagalan petugas kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap dan banyaknya instruksi yang harus diingat dan penggunaan istilah medis;

## 2) Kualitas interaksi

Menurut Korcsh dan Negrete (dalam Niven, 2013) Kualitas interaksi antara petugas kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan. Ada beberapa keluhan, antara lain kurangnya minat yang diperlihatkan oleh dokter, penggunaan istilah medis secara berlebihan, kurangnya empati, tidak memperoleh kejelasan mengenai penyakitnya. Pentingnya keterampilan interpersonal dalam memacu kepatuhan terhadap pengobatan;

## 3) Isolasi sosial dan keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat mempengaruhi dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima;

## 4) Keyakinan, sikap dan kepribadian

Keyakinan seseorang tentang kesehatan berguna untuk memperkirakan adanya ketidakpatuhan. Orang-orang yang tidak

patuh adalah orang yang mengalami depresi, ansietas sangat memperhatikan kesehatannya, memiliki ego yang lebih lemah dan yang kehidupan sosialnya lebih memusatkan perhatian pada diri sendiri (Niven, 2013).

#### **2.4.3 Derajat Ketidapatuhan Ditentukan oleh Faktor**

Menurut Niven (2013), juga mengungkapkan derajat ketidapatuhan itu ditentukan oleh beberapa faktor, yaitu :

- a. Kompleksitas prosedur pengobatan;
- b. Derajat perubahan gaya hidup yang dibutuhkan;
- c. Lamanya waktu dimana pasien harus mematuhi program tersebut;
- d. Apakah penyakit tersebut benar-benar menyakitkan;
- e. Apakah pengobatan itu berpotensi menyelamatkan hidup;
- f. Keparahan penyakit yang dipersepsikan sendiri oleh pasien dan bukan petugas kesehatan.

Derajat ketidapatuhan bervariasi sesuai dengan apakah pengobatan tersebut kuratif atau preventif, jangka panjang atau pendek. Sackett & Snow (1979) menemukan bahwa ketaatan terhadap 10 hari jadwal pengobatan sejumlah 70-80% dengan tujuan pengobatan adalah mengobati, dan 60-70% pengobatannya adalah pencegahan. Kegagalan untuk mengikuti program pengobatan jangka panjang, yang bukan dalam kondisi akut, di mana derajat ketidapatuhannya rata-rata 50% dan derajat tersebut bertambah buruk sesuai waktu (Niven, 2013).



Pengkajian yang akurat terhadap individu yang tidak patuh merupakan suatu tugas yang sulit (Cluss & Epstein 1984). Kasl (1975) menemukan bahwa professional kesehatan seringkali tidak dapat memutuskan pasien mana yang tidak mematuhi nasihat mereka dan cenderung untuk menaksir terlalu tinggi sejauh mana pasien mereka dapat memenuhinya. Juga merupakan hal yang sulit untuk mengukur tingkat kepatuhan dengan teliti. Gordis (1979) mengatakan bahwa perkiraan tentang kepatuhan yang dilakukan oleh professional kesehatan dan laporan yang disampaikan oleh pasien sendiri adalah tidak akurat (Niven, 2013).

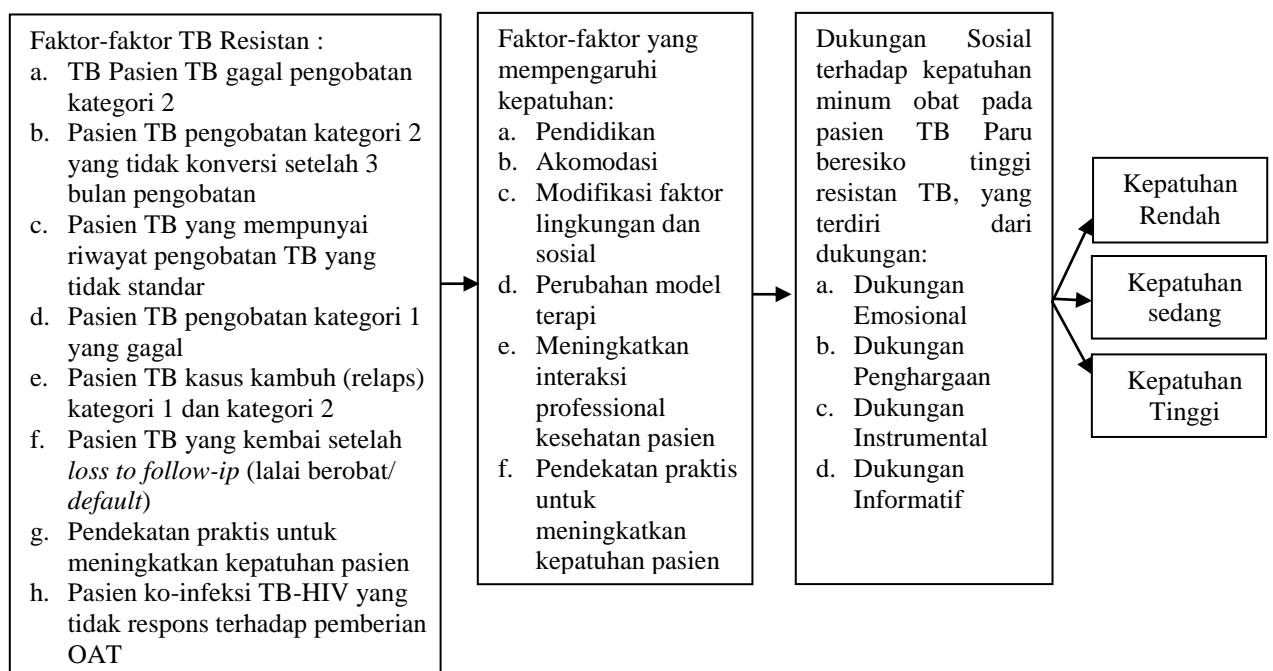
#### **2.4.4 *Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)***

Salah satu alat pendeteksi kepatuhan dalam minum obat adalah MMAS. Kuisisioner ini terdiri atas 8 pertanyaan terkait perilaku pasien terhadap pengobatannya. Kuisisioner dijawab dengan jawaban iya atau tidak pada nomor 1 hingga 7, pada nomor 8 jawaban berupa spektrum sering hingga tidak pernah. MMAS memiliki sensitifitas sebesar 93% dan spesifisitas sebesar 53% pada sebuah studi kepatuhan minum obat (Donald E. Morisky, 2008 dalam Elmira, 2013). Delapan-item skala kepatuhan pengobatan itu dapat diandalkan ( $\alpha = 0.83$ ) dan secara signifikan ( $P < 0,05$ ). (Donald E. Morisky dalam J. Clin 2009)

Tingkat kepatuhan dengan menggunakan kuesioner MMAS adalah sebagai berikut :

- a. Kepatuhan Rendah jika nilai total 3-8
- b. Kepatuhan Sedang jika nilai total antara 1-2
- c. Kepatuhan Tinggi Jika nilai 0.

## 2.5 Kerangka Teori



**Bagan 2.1 Kerangka Teori**

Sumber : Niven (2013), Donald E. Morisky, (2008) dalam Elmira, (2013)