

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA
TERHADAP KEPATUHAN MINUM OBAT ANTI
TUBERKULOSIS (OAT) DI UPT PUSKESMAS
TELADAN**

SKRIPSI



UMSU

Unggul | Cerdas | Terpercaya

Oleh :

**FIRDAUS ROSA
1508260109**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
MEDAN
2019**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA
TERHADAP KEPATUHAN MINUM OBAT ANTI
TUBERKULOSIS (OAT) DI UPT PUSKESMAS
TELADAN**

**Diajukan Sebagai Syarat Untuk Memperoleh Kelulusan Sarjana
Kedokteran**



Oleh :

**FIRDAUS ROSA
1508260109**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
MEDAN
2019**


HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : FIRDAUS ROSA
NPM : 1508260109
Judul skripsi : Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Minum Obat Anti Tuberkulosis (OAT) di UPT Puskesmas Teladan

Demikianlah pernyataan ini saya perbuat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Medan, 04 Februari 2019


(Firdaus Rosa)



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI, PENELITIAN & PENGEMBANGAN
**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
SUMATERA UTARA**
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Gedung Arca No. 53 Medan 20217 Telp. (061) 7350163 – 7333162 Ext. 20 Fax. (061) 7363488
Website: fk@umsu.ac.id

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Firdaus Rosa
NPM : 1508260109
Judul : Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Minum Obat Anti Tuberkulosis (OAT) Di UPT Puskesmas Teladan

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

DEWAN PENGUJI

Pembimbing,

(DR. dr. Isti Ilmiati Fujati, MSc. CM-FM, MPd.Ked)

Penguji 1

(dr.Delyuzar,M.Ked(PA),Sp.PA(K))

Penguji 2

(dr.Dwi Mayaheti Nasution,M.Kes)

Mengetahui,

Dekan FK-UMSU

(Prof. dr. H. Gusbakti Rusip, M.Sc,PKK,AIFM)
NIP/NIDN : 1957081719900311002/0109048203

Ketua Program Studi Pendidikan Dokter
FK UMSU

(dr. Hendra Sutysna, M.Biomed)
NIDN : 0109048203

Ditetapkan di : Medan

Tanggal : 16 Februari 2019

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warohmatullahiwabarokatuh

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala limpahan hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Minum Obat Anti Tuberkulosis (OAT) Di UPT Puskesmas Teladan”**

Alhamdulillah, sepenuhnya penulis menyadari bahwa selama penyusunan dan penelitian skripsi ini, penulis banyak mendapat dukungan, bimbingan, arahan dan bantuan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini. Ilmu, kesabaran dan ketabahan yang diberikan semoga menjadi amal kebaikan baik di dunia maupun di akhirat. Adapun tujuan didalam penulisan ini adalah untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam memperoleh gelar Sarjana Kedokteran di Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara (UMSU).

Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih serta penghormatan yang sebesar-besarnya atas segala bimbingan dan bantuan yang telah diberikan dalam penyusunan skripsi kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini.
2. Ayah H. Ruslan Hamid dan ibu Hj. Sarnuyani, S.Pd yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral.
3. Prof. Dr. Gusbakti Rusip, M.Sc., PKK., AIFM selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
4. DR. dr. Isti Ilmiati Fujiati, MSc. CM-FM, MPd.Ked selaku dosen pembimbing, yang telah mengarahkan dan memberikan bimbingan, terutama selama penelitian dan penyelesaian skripsi ini.
5. dr. Delyuzar, M.Ked(PA), Sp.PA(K) yang telah bersedia menjadi dosen penguji satu dan memberi banyak masukan untuk penyelesaian skripsi ini.
6. dr. Dwi Mayaheti Nasution, M.Kes yang telah bersedia menjadi dosen penguji dua dan memberi banyak masukan untuk penyelesaian skripsi ini.

7. Seluruh staf pengajar di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara yang telah membagi ilmunya kepada penulis, semoga ilmu yang diberikan menjadi ilmu yang bermanfaat hingga akhir hayat kelak.
8. Kakak dan abang kandung Yuliarti, Vera Handasari,S.H dan dr.Nauval Rosar beserta abang dan kakak ipar IPDA. Peri Padli,SH dan Cindy Fatika Sari Comta dan Ponakan Salbina Zizi Laferia dan Fabian Enzo Ferari yang turut memberikan semangat pada saat pengerjaan skripsi ini serta seluruh keluarga besar yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu.
9. Sejawat satu kelompok bimbingan Naufal Al Farisi Siregar yang telah saling membantu dan memberikan dukungan.
10. Kerabat-kerabat penulis Dhifo Indratama, Abdul Wahab Dalimunthe, Andre Fadillah, M. Sholehan Akbar, M.Al Anas, Raden Febrian Dwi Cahyo, Abdul Razak, Rahu Alphama, Khairido Rezeki Sembiring, Habib Yola Pratama, M.Khairi Malda, Fandi Novrian, Pandu Fahreza, Wahyuda Alfadildan teman-teman sejawat 2015 yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu.Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Medan, 04 Februari 2019

Penulis

Firdaus Rosa

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA TULIS ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademika Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara,
Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Firdaus Rosa

NPM : 1508260109

Fakultas : Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara Hak Bebas Royalti Noneksklusif atas karya tulis ilmiah saya yang berjudul :

“Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Minum Obat Anti Tuberkulosis (OAT) Di UPT Puskesmas Teladan” beserta perangkat yang ada (jika diperlukan).

Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara berhak menyimpan, mengalih media atau formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Medan

Pada tanggal : 04 Februari 2019

Yang menyatakan,

(Firdaus Rosa)

ABSTRAK

Latar Belakang: Tingginya kasus tuberkulosis (TB) dan rendahnya angka capaian pengobatan yang salah satunya diakibatkan putus obat menyebabkan pengobatan memakan waktu yang lebih lama. Selain itu, dapat menyebabkan tingginya kasus *Multi Drug Resistance* (MDR) dan komplikasi lebih lanjut. **Metode:** Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif *cross sectional* pada 69 responden dengan teknik *total sampling* di UPT Puskesmas Teladan, kota Medan. Pengumpulan data menggunakan dua instrumen, yaitu kuesioner kepatuhan *Morinsky Medication Adherence Scale* (MMAS) dan kuesioner dukungan keluarga. **Analisis:** Analisis data menggunakan analisis univariat dan uji *Chi Square* pada analisis bivariat. **Hasil:** Persentase responden yang memiliki dukungan baik sebesar 60,9%, dukungan buruk sebesar 39,1%. Persentase responden yang patuh sebesar 73,9%, dan tidak patuh sebesar 26,1%. Hasil uji *Chi Square* didapatkan nilai *p value* = 0,00 yakni lebih kecil dari 0,05. **Kesimpulan:** hitungan statistik bermakna atau ada hubungan antara variabel dukungan keluarga terhadap variabel kepatuhan minum obat. Sehingga disarankan untuk melibatkan keluarga dalam pengobatan.

Kata kunci: Dukungan Keluarga, Kepatuhan Minum Obat, Tuberkulosis

ABSTRACT

Introduction: High number of tuberculosis (TB) cases and low number of medication achievement which one of cause is drop out makes the treatment longer. Besides, the number of Multi Drug Resistance (MDR) and complication of TB will high. **Methods:** This quantitative cross sectional study was taken from 69 respondent by total sampling at UPT Puskesmas Teladan, Medan City. The data was collected through two questionnaires, they are Morinsky Medication Adherence Scale (MMAS) and family support questionnaire. **Analyze:** Analyze was used univariate and Chi Square test for bivariate. **Result:** Percentage of respondents with good family support are 60.9%, respondents with bad family support are 39.1%. Percentage of respondents with good medication adherence are 73.9%, and bad medication adherence are 26.1%. The data result obtained *p value* = 0.00 which is less than 0.05. **Discussion:** there is significant relationship between the variables of family support to variable medication adherence. However, involving the family within the treatment is best recommend on medication treatment.

Keyword: Family Support, Medication Adherence, Tuberculosis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PUBLIKASI	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat	4
1.4.1 Manfaat Teoritis	4
1.4.2 Manfaat Peneliti	4
1.5 Hipotesa	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Tuberkulosis	5
2.1.1 Pengertian	5
2.1.2 Faktor-faktor Terjadinya Tuberkulosis	5
2.1.3 Patofisiologi Tuberkulosis	6
2.1.4 Pengobatan Tuberkulosis	7

2.2 Keluarga	8
2.2.1 Pengertian Keluarga	8
2.2.2 Fungsi Keluarga	10
2.2.3 Dukungan Keluarga	13
2.3 Kepatuhan	15
2.3.1 Pengetian Kepatuhan	15
2.3.2 Faktor-faktor Mempengaruhi Kepatuhan	17
2.4 Kerangka Teori	18
2.5 Kerangka Konsep Penelitian	18
BAB 3 METODE PENELITIAN	19
3.1 Definisi Operasional	19
3.2 Jenis Penelitian	20
3.3 Waktu dan Tempat	20
3.3.1 Waktu Penelitian	20
3.3.2 Tempat Penelitian	20
3.4 Populasi dan Sampel	20
3.4.1 Populasi	20
3.4.2 Sampel	20
3.4.2.1 Kriteria Inklusi	21
3.4.2.2 Kriteria Eksklusi	21
3.5 Teknik Pengambilan Data	21
3.6 Pengolahan dan Analisis Data	22
3.6.1 Pengolahan Data	22
3.6.2 Analisis Data	23
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	24
4.1 Hasil Penelitian	24
4.2 Analisis Univariat	24
4.2.1 Karakteristik Demografi Responden Penelitian	24
4.2.2 Variabel Dependen dan Independen	27

4.3 Analisis Bivariat.....	30
4.4 Pembahasan.....	31
4.4.1 Gambaran Jenis Kelamin terhadap Kepatuhan	31
4.4.2 Gambaran Usia terhadap Kepatuhan.....	32
4.4.3 Gambaran Pekerjaan terhadap Kepatuhan	33
4.4.4 Gambaran Pendidikan Terakhir terhadap Kepatuhan	34
4.5 Analisis Variabel Independen dan Dependen	34
4.5.1 Gambaran Dukungan Keluarga Penderita Tuberkulosis.....	34
4.5.2 Gambaran Kepatuhan Minum Obat Penderita Tuberkulosis	35
4.6 Analisis Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat.....	36
 BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	 38
5.1 Kesimpulan	38
5.2 Saran.....	39
 DAFTAR PUSTAKA	 40
LAMPIRAN.....	44

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Karakteristik Demografi Responden Penelitian.....	25
Tabel 4.2 Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Dukungan Instrumental	26
Tabel 4.3 Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Dukungan Emosional	27
Tabel 4.4 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Kepatuhan	27
Tabel 4.5 Tabulasi Silang Data Demografi dan Kepatuhan Responden	28
Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Dukungan dan Kepatuhan Minum Obat (n=69).....	29
Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Dukungan Kepatuhan Terhadap Kepatuhan Obat di Puskesmas Teladan	30

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Penjelasan Subjek Penelitian

Lampiran 2 Kuesioner

Lampiran 3 *Ethical Clearance*

Lampiran 4 SPSS

Lampiran 5 Biodata Peneliti

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh basil *Mycobacterium tuberculosis (M.tb)*. Bakteri ini berbentuk batang dan bersifat tahan asam sehingga dikenal juga sebagai Bakteri Tahan Asam (BTA).¹ Penyakit ini adalah salah satu penyakit menular yang sangat ditakuti, sepertiga penduduk dunia telah terinfeksi kuman *Mycobacterium tuberculosis (M.tb)*.² Jumlah kasus TB paru terbanyak berada pada wilayah Afrika (37%), wilayah Asia Tenggara (28%), dan wilayah Mediterania Timur (17%). Pada tahun 2014 terdapat 9,6 juta penduduk dunia terinfeksi kuman TB. Berdasarkan hasil dari laporan WHO pada tahun 2015, tiga negara dengan insidensi kasus TB Paru terbanyak di dunia yaitu India (23%), Indonesia (10%) dan Cina (10%).³

Menurut laporan WHO pada tahun 2013, diperkirakan terdapat 8,6 juta kasus TB pada tahun 2012 dimana 1,1 juta orang (13%) diantaranya adalah pasien TB dengan HIV positif. Pada tahun 2012, diperkirakan terdapat 450.000 orang yang menderita TB MDR dan 170.000 orang diantaranya meninggal dunia. Meskipun jumlah kasus TB dan jumlah kematian akibat TB tinggi tetapi sebenarnya penyakit ini bisa dicegah dan disembuhkan.²

Pada tahun 2014 penderita TB Paru di Indonesia sebesar 70 per 100.000 penduduk, menurun dibandingkan tahun 2013 yang sebesar 81 per 100.000 penduduk.⁴ Pada tahun 2013 prevalensi TB paru tertinggi berdasarkan diagnosis yaitu Jawa Barat sebesar 0,7%, DKI Jakarta dan Papua masing-masing sebesar

0,6%. Sedangkan Provinsi Sumatera Utara berada pada urutan ke 23 yaitu sebesar 0,2 %.⁵ Untuk kasus TB Paru di UPT Puskesmas Kota Medan yang merupakan peringkat utama TB Paru terdapat di Puskesmas Belawan. Sedangkan urutan kedua adalah UPT Puskesmas Teladan dan urutan ketiga adalah Puskesmas Sering.⁶

Upaya pengendalian TB dilakukan dengan *Direct Observed Treatment Short course* (DOTS) yang telah diterapkan di banyak negara sejak tahun 1995. Dengan berbagai kemajuan yang dicapai sejak tahun 2003, diperkirakan masih terdapat sekitar 9,5 juta kasus TB Paru, dan sekitar 500 ribu orang meninggal akibat TB di seluruh dunia.⁷

Penggunaan DOTS dan pemberantasan TB merupakan pengobatan dengan pengawasan langsung. Kepatuhan pasien dalam pengobatan TB Paru sangat berarti, yang mana saat ini dunia berada ditahap pencapaiantujuan *Millenium Development Goals* (MDGs) untuk mengendalikan penyebaran TB. Pada tahun 2015 angka kematian yang disebabkan oleh TB Paru menurun 45% dan diperkirakan sekitar 22 juta jiwa di dunia diselamatkan oleh program tersebut.⁸

Pengobatan TB Paru membutuhkan waktu panjang untuk mencapai penyembuhan dengan paduan (kombinasi) beberapa macam obat sehingga tidak jarang pasien berhenti minum obat sebelum masa pengobatan selesai yang berakibat pada kegagalan dalam pengobatan TB paru.⁹

Kepatuhan dalam pengobatan membutuhkan dukungan sosial yang berasal dari dukungan keluarga, karena dukungan keluarga memegang peranan penting dalam kehidupan penderita tuberkulosis berjuang untuk sembuh, berpikir ke

depan, dan menjadikan hidupnya lebih bermakna. Dukungan keluarga merupakan Faktor penting seseorang ketika menghadapi masalah (kesehatan) dan sebagai strategi preventif untuk mengurangi stress dimana pandangan hidup menjadiluas dan tidak mudah stress. Terdapat dukungan yang kuat antara keluarga dan status kesehatan anggotanya dimana keluarga sangat penting bagi setiap aspek perawatan kesehatan anggota keluarganya untuk mencapai suatu keadaan sehat hingga tingkat optimum.⁹.

Maka dari itu, peneliti tertarik dengan penelitian tentang hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kepatuhan minum obat anti tuberkulosis di UPT Puskesmas Teladan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan di atas, maka dapat diambil perumusan masalah “Adakah hubungan dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat anti tuberkulosis”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat anti tuberkulosis.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi demografi jenis kelamin, usia pekerjaan, dan pendidikan terakhir pasien Tuberkulosis paru (TB paru)
- b. Mengidentifikasi gambaran dukungan keluarga terhadap pasien Tuberkulosis paru (TB paru).

- c. Mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat kepatuhan minum obat pada pasien Tuberkulosis paru (TB paru) di UPT Puskesmas Teladan.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah pustaka mengenai hubungan dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat anti tuberkulosis.

1.4.2 Manfaat Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan pengalaman penelitian tentang hubungan dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat anti tuberkulosis.

1.5 Hipotesa

Terdapat hubungan antara dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat anti tuberkulosis.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tuberkulosis

2.1.1 Pengertian

TB Paru adalah suatu penyakit infeksi kronik yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis*.¹

2.1.2 Faktor- Faktor Terjadinya Tuberkolosis

Keterpaparan penyakit TB pada seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti : status sosial ekonomi, status gizi, umur, jenis kelamin dan faktor sosial lainnya.¹⁰

a. Faktor sosial ekonomi

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

b. Status gizi

Keadaan malnutrisis atau kekurangan kalori, protein, vitamin dan zat besi lainnya, akan mempengaruhi daya tahan tubuh seseorang sehingga rentan terhadap penyakit termasuk TB paru. Keadaan ini merupakan faktor penting yang berpengaruh di negara miskin, baik pada orang dewasa maupun anak-anak.

c. Umur

Penyakit TB paling sering ditemukan pada usia muda atau usia yang produktif 15-50 tahun. Terjadinya transisi saat demografi saat ini menyebabkan usia harapan hidup lansia lebih tinggi. Usia lanjut lebih dari 55 tahun sistem imunologis seseorang menurun, sehingga sangat rentan terhadap berbagai penyakit, termasuk penyakit TB. Penyebab penyakit pada lanjut usia (lansia) pada umumnya berasal dari dalam tubuh (endogen), sedangkan pada orang dewasa berasal dari luar tubuh (eksogen). Hal ini disebabkan pada lansia sudah terjadi penurunan fungsi dari berbagai organ-organ tubuh akibat kerusakan sel-sel karena proses menua, sehingga produksi hormon, enzim dan zat-zat yang diperlukan untuk kekebalan tubuh menjadi berkurang.¹¹

d. Jenis kelamin

Penderita TB lebih tinggi cenderung pada laki-laki dibandingkan perempuan. Pada jenis kelamin laki-laki lebih tinggi dikarenakan merokok tembakau dan minum alkohol sehingga dapat menurunkan sistem pertahanan tubuh, sehingga lebih mudah terpapar dengan *Agent* penyebab TB paru.

2.1.3 Patofisiologi Tuberkulosis

Bila terimplantasi *Mycobacterium tuberculosis* melalui saluran nafas, maka mikroorganisme akan membelah diri dan terus berlangsung walaupun cukup pelan.¹² Nekrosis jaringan dan klasifikasi pada daerah yang terinfeksi dan nodus limfe regional dapat terjadi, menghasilkan radiodens area menjadi kompleks

Ghon. Makrofag yang terinaktivasi dalam jumlah besar akan mengelilingi daerah yang terdapat *Mycobacterium tuberculosis* sebagai bagian dari imunitas yang dimediasi oleh sel. Hipersensitivitas tipe tertunda, juga berkembang melalui aktivasi dan perbanyakan limfosit T. Makrofag membentuk granuloma yang mengandung organisme.¹⁴

Setelah kuman masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernafasan, bakteri TB tersebut dapat menyebar dari paru kebagian tubuh lainnya, melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfa, saluran nafas, atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya.¹⁵

2.1.4 Pengobatan Tuberkulosis

Pengobatan tuberkulosis bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT.¹⁶ Mikobakteri merupakan kuman tahan asam yang sifatnya berbeda dengan kuman lain karena tumbuhnya sangat lambat dan cepat sekali timbul resistensi bila terpajan dengan satu obat.

Umumnya antibiotika bekerja lebih aktif terhadap kuman yang cepat membelah dibandingkan dengan kuman yang lambat membelah. Sifat lambat membelah yang dimiliki mikobakteri merupakan salah satu faktor yang menyebabkan perkembangan penemuan obat anti mikobakteri baru jauh lebih sulit dan lambat dibandingkan anti bakteri lain.¹⁶

Pengobatan untuk pasien TB paru dibagi kedalam 2 tahapan yaitu tahap awal dan tahap lanjutan. Pengobatan tahap awal pasien mendapat obat setiap hari

dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi obat. Selain itu, apabila pengobatan tahap ini dilakukan dengan tepat biasanya pasien yang menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu. Lebih jauh lagi, sebagian besar pasien TB BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) dalam 2 bulan.¹³ Pada tahap lanjutan pasien akan memperoleh jenis obat yang lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama. Tahapan ini berguna untuk membunuh kuman persisten sehingga mencegah terjadinya kekambuhan.¹⁸

Obat-obatan yang biasa digunakan untuk pengobatan TB paru di Indonesia dibagi menjadi 3 kategori. Untuk kategori 1 adalah 2(HRZE)/4(HR)3, sedangkan kategori 2 yaitu 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HR)3E3.¹³ Disamping kedua kategori ini, juga 16 disediakan paduan obat sisipan (HRZE). Untuk paduan OAT kategori-1 dan kategori-2 disediakan dalam bentuk paket berupa obat kombinasi dosis tetap (OAT-KDT). Tablet OAT-KDT ini terdiri dari kombinasi 2 atau 4 jenis obat dalam satu tablet. Dosisnya disesuaikan dengan berat badan pasien. Paduan OAT disediakan dalam bentuk paket, dengan tujuan untuk memudahkan pemberian obat dan menjamin kelangsungan (kontinuitas) pengobatan sampai selesai. Satu paket untuk satu pasien dalam satu masa pengobatan.²⁰

2.2 Keluarga

2.2.1 Pengertian Keluarga

Pengertian keluarga berdasarkan asal-usul kata yang dikemukakan oleh Ki Hajar Dewantara bahwa keluarga berasal dari bahasa Jawa yang terbentuk dari dua kata yaitu *kawula* dan *warga*. Didalam bahasa Jawa kuno *kawula* berarti hamba dan *warga* artinya anggota. Secara bebas dapat diartikan bahwa keluarga

adalah anggota hamba atau warga saya. Artinya setiap anggota dari kawula merasakan sebagai satu kesatuan yang utuh sebagai bagian dari dirinya dan dirinyajuga merupakan bagian dari warga yang lainnya secara keseluruhan.

Keluarga adalah lingkungan dimana beberapa orang yang masih memiliki hubungan darah dan bersatu. Keluarga didefinisikan sebagai sekumpulan orang yang tinggal dalam satu rumah yang masih mempunyai hubungan kekerabatan/hubungan darah karena perkawinan, kelahiran, adopsi dan lain sebagainya.¹⁹ Keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak yang belum menikah disebut keluarga batih. Sebagai unit pergaulan terkecil yang hidup dalam masyarakat, keluarga batih mempunyai peranan-peranan tertentu, yaitu :

- a) Keluarga batih berperan sebagai pelindung bagi pribadi-pribadi yang menjadi anggota, dimana ketentraman dan ketertiban diperoleh dalam wadah tersebut.
- b) Keluarga batih merupakan unit sosial-ekonomis yang secara materil memenuhi kebutuhan anggotanya.
- c) Keluarga batih menumbuhkan dasar-dasar bagi kaidah-kaidah pergaulan hidup.
- d) Keluarga batih merupakan wadah dimana manusia mengalami proses sosialisasi awal, yakni suatu proses dimana manusia mempelajari dan mematuhi kaidah-kaidah dan nilai-nilai yang berlaku dalam masyarakat.

Keluarga pada dasarnya merupakan suatu kelompok yang terbentuk dari suatu hubungan seks yang tetap, untuk menyelenggarakan hal-hal yang berkenaan

dengan keorantuaan dan pemeliharaan anak.²⁰ Adapun ciri-ciri umum keluarga yang dikemukakan oleh Mac Iver and Page, yaitu:

- 1) Keluarga merupakan hubungan perkawinan.
- 2) Susunan kelembagaan yang berkenaan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk dan dipelihara.
- 3) Suatu sistim tata nama, termasuk perhitungan garis keturunan.
- 4) Ketentuan-ketentuan ekonomi yang dibentuk oleh anggota-anggota kelompok yang mempunyai ketentuan khusus terhadap kebutuhan-kebutuhan ekonomi yang berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak.
- 5) Merupakan tempat tinggal bersama, rumah atau rumah tangga yang walau bagaimanapun, tidak mungkin menjadi terpisah terhadap kelompok kelompok keluarga.

2.2.2 Fungsi Keluarga

Terdapat 8 fungsi keluarga dan berikut penjelasannya antara lain :

1. Fungsi Keagamaan

Fungsi keluarga sebagai tempat pertama seorang anak mengenal, menanamkan dan menumbuhkan serta mengembangkan nilai-nilai agama, sehingga bisa menjadi insan-insan yang agamis, berakhlak baik dengan keimanan dan ketakwaan yang kuat kepada Tuhan Yang Maha Esa.²¹

a) Fungsi Sosial Budaya

Fungsi keluarga dalam memberikan kesempatan kepada seluruh anggota keluarganya dalam mengembangkan kekayaan sosial budaya bangsa yang

beraneka ragam dalam satu kesatuan.

b) Fungsi Cinta dan Kasih Sayang

Fungsi keluarga dalam memberikan landasan yang kokoh terhadap hubungan suami dengan istri, orang tua dengan anak-anaknya, anak dengan anak, serta hubungan kekerabatan antar generasi sehingga keluarga menjadi tempat utama bersemainya kehidupan yang penuh cinta kasih lahir dan batin.

c) Fungsi Perlindungan

Fungsi keluarga sebagai tempat berlindung keluarganya dalam menumbuhkan rasa aman dan tentram serta kehangatan bagi setiap anggota keluarganya.

d) Fungsi Reproduksi

Fungsi keluarga dalam perencanaan untuk melanjutkan keturunannya yang sudah menjadi fitrah manusia sehingga dapat menunjang kesejahteraan umat manusia secara universal.

e) Fungsi Sosialisasi dan Pendidikan

Fungsi keluarga dalam memberikan peran dan arahan kepada keluarganya dalam mendidik keturunannya sehingga dapat menyesuaikan kehidupannya di masa mendatang.

f) Fungsi Ekonomi

Fungsi keluarga sebagai unsur pendukung kemandirian dan ketahanan keluarga.

g) Fungsi Pembinaan Lingkungan

Fungsi keluarga dalam memberi kemampuan kepada setiap anggota keluarganya sehingga dapat menempatkan diri secara serasi, selaras, dan

seimbang sesuai dengan aturan dan daya dukung alam dan lingkungan yang setiap saat selalu berubah secara dinamis.²²

Sementara menurut WHO fungsi keluarga terdiri dari :

- ✓ Fungsi Biologis meliputi : fungsi untuk meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak, memelihara dan merawat anggota keluarga, serta memenuhi kebutuhan gizi keluarga.
- ✓ Fungsi Psikologi meliputi : fungsi dalam memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga, serta memberikan identitas keluarga.
- ✓ Fungsi Sosialisasi meliputi : fungsi dalam membina sosialisasi pada anak, meneruskan nilai-nilai keluarga, dan membina norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak.
- ✓ Fungsi Ekonomi meliputi : fungsi dalam mencari sumber-sumber penghasilan, mengatur dalam penggunaan penghasilan keluarga dalam rangka memenuhi kebutuhan keluarga, serta menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga di masa mendatang.
- ✓ Fungsi Pendidikan meliputi : fungsi dalam mendidik anak sesuai dengan tingkatan perkembangannya, menyekolahkan anak agar memperoleh pengetahuan, keterampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya, serta mempersiapkan anak dalam

memenuhi peranannya sebagai orang dewasa untuk kehidupan dewasa di masa yang akan datang.

2.2.3 Dukungan Keluarga

Keluarga sebagai sumber dukungan sosial dapat menjadi faktor kunci dalam penyembuhan klien. Dukungan keluarga sangat berhubungan dengan manajemen penyakit kronik, kepatuhan dalam medikasi dan beradaptasi dalam gaya hidup.²³ Umumnya, penderita yang beresiko tinggi membutuhkan dampingan dari pemberi asuhan keluarga terhadap regimen pengobatan mereka, termasuk mencari dan bertukar informasi, mengatur jadwal, keamanan dan risiko polifarmasi. Pemberi asuhan keluarga biasanya butuh mendesain prosedur pemberian obat-obatan, mengembangkan jadwal pengobatan, memonitor resep yang diberikan akan terjadinya efek samping.^{20,22}

Dukungan sosial terkelompok menjadi 4 fungsi yaitu struktural, fungsional, emosional dan campuran. Sedangkan individu yang mendapatkan dukungan emosional dan fungsional terbukti lebih sehat daripada individu yang tidak mendapatkan dukungan. Untuk peneliti hanya memusatkan pada dua fungsi tersebut, dengan menghilangkan fungsi struktural karena responden yang peneliti ambil terbatas pada responden yang memiliki keluarga.²¹ Kedua fungsi dukungan sosial utama ini (baik fungsional maupun struktural) memiliki beberapa contoh dan komponen sebagai berikut :

a) *Practical* / instrumen

- Membayar obat
- Mengambil resep

- Membaca dosis
- Mengisi kotak pil
- Transportasi
- Pendampingan fisik

b) *Emotional*

- Mendengar
- Dorongan
- Kasih sayang/cinta
- Pemenuhan nutrisi
- Memeberi penghargaan
- Mencontohkan
- Dukungan informasi (manfaat kepatuhan dan resiko ketidak patuhan)
- Dukungan spiritual

Dukungan keluarga merupakan bentuk dari dukungan sosial dan bagi untuk seorang penderita, dukungan keluarga yang baik atau yang kurang dapat membantu kestabilan medikasi, karena mereka dapat memberikan pengaruh dalam perawatan diri penderita terutama dalam pengobatan. Dukungan keluarga juga merupakan dukungan yang kontiniu karena dapat mengontrol lebih inten, disamping itu keluarga juga merupakan komponen paling dengan penderita sehingga hubungan saling percaya akan terjadi dan sikap terhadap pengobatan dapat dirubah atau dipengaruhi.

2.3 Kepatuhan

2.3.1 Pengertian Patuh

Ada beberapa macam terminologi yang biasa digunakan dalam literatur untuk mendeskripsikan kepatuhan pasien diantaranya *compliance*, *adherence*, dan *persistence*. *Compliance* adalah secara pasif mengikutisaran dan perintah dokter untuk melakukan terapi yang sedang dilakukan.¹⁸ *Adherence* adalah sejauh mana pengambilan obat yang diresepkan oleh penyedia layanan kesehatan. Tingkat kepatuhan (*adherence*) untuk pasien biasanya dilaporkan sebagai persentase dari dosis resep obat yang benar-benar diambil oleh pasien selama periode yang ditentukan.

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.

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 pemenuhan karena ia mencerminkan suatu pengelolaan pengaturan diri yang lebih aktif mengenai nasehat pengobatan.²⁰

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 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 mendefinisikan kepatuhan atau ketaatan (*compliance* atau *adherence*) sebagai: “tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau oleh orang lain”.¹⁸

Pendapat lain dikemukakan oleh Sacket mendefinisikan kepatuhan pasien sebagai “sejauhmana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh professional kesehatan”. Pasien mungkin tidak mematuhi tujuan atau mungkin melupakan begitusaja atau salah mengerti instruksi yang diberikan.

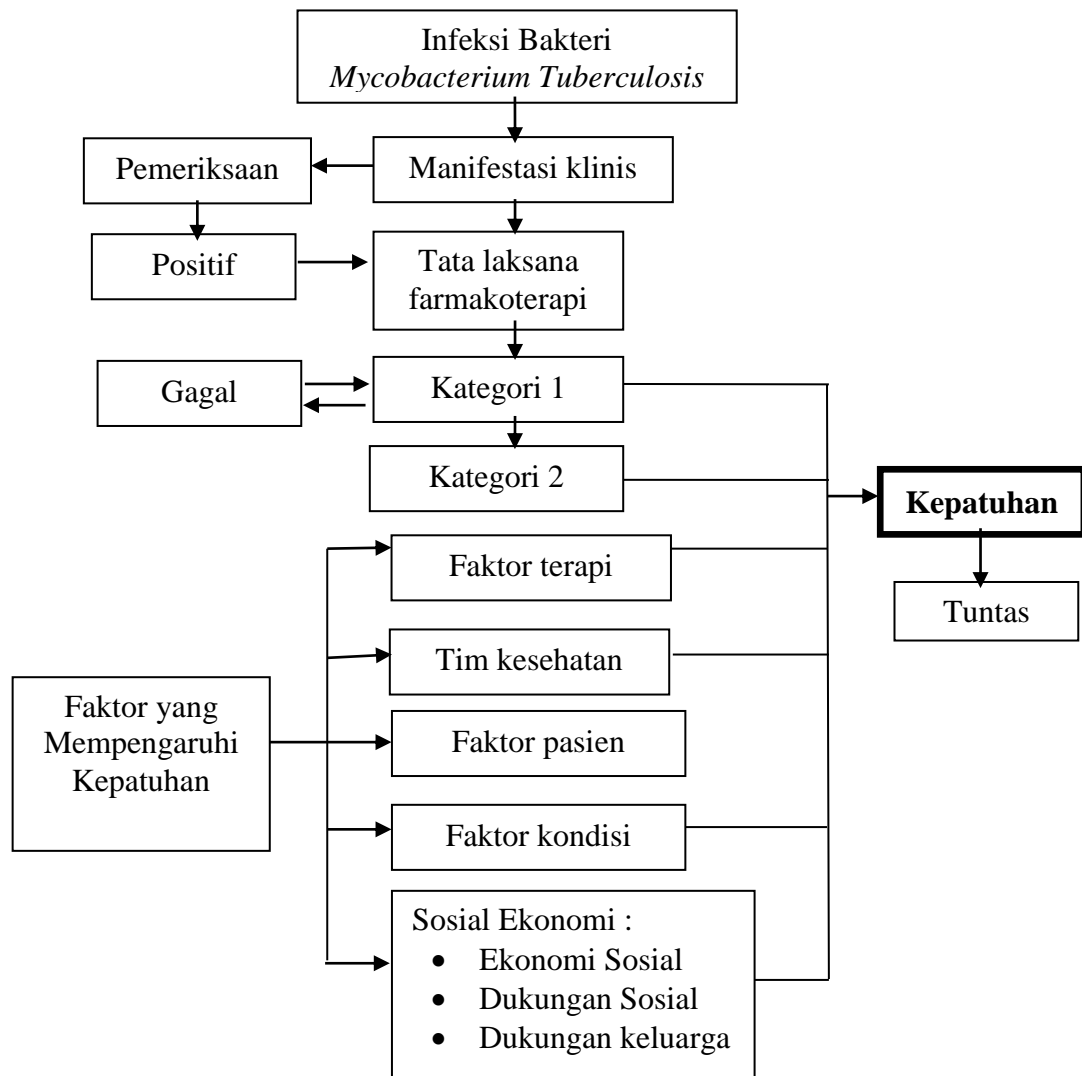
Kemudian Taylor, mendefinisikan kepatuhan terhadap pengobatan adalah perilaku yang menunjukkan sejauh mana individu mengikuti anjuran yang berhubungan dengan kesehatan atau penyakit, dan Delameter mendefinisikan kepatuhan sebagai upaya keterlibatan aktif, sadar dan kolaboratif dari pasien terhadap perilaku yang mendukung kesembuhan.¹⁹

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.

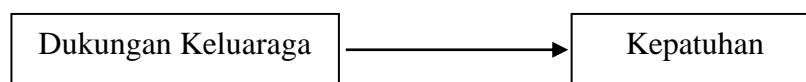
2.3.2 Faktor-Faktor Mempengaruhi Kepatuhan

Faktor-faktor yang mempengaruhi ialah sesuatu yang dapat meningkatkan atau menurunkan kepatuhan penderita terhadap pengobatan. Ada beberapa faktor yang mendukung sikap patuh penderita diantaranya : pendidikan, akomodasi, modifikasi faktor lingkungan dan sosial, perubahan model terapi, interaksi profesional, faktor sosial ekonomi, faktor sistem kesehatan, faktor kondisi, faktor terapi dan faktor klien juga mempengaruhi kepatuhan.²² Selain itu, beberapa alasan mengapa seseorang tidak patuh dalam pengobatan, diantaranya : lupa untuk mengkonsumsi, biaya yang mahal, kemiskinan, efek samping, durasi yang lama dan stigma.

2.4 Kerangka Teori



2.5 Kerangka Konsep Penelitian



Bagan 2.2 : Kerangka Konsep

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Defnisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Jenis kelamin	Perbedaan individu yang didasarkan pada seks atau <i>gender</i>	Mengajukan pertanyaan melalui kuesioner	Kuesioner	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
	Usia	Rentang usia mulai dari lahir hingga ulang tahun terakhir.	Mengajukan pertanyaan melalui kuesioner	Kuesioner	1. Remaja 2. Dewasa 3. Lansia	Ordinal
	Pekerjaan	Kegiatan tetap yang dilakukan sehari-sehari.	Mengajukan pertanyaan melalui kuesioner	Kuesioner	1. Bekerja 2. Tidak bekerja	Nominal
	Pendidikan terakhir	Pendidikan formal yang ditempuh dan dinyatakan lulus	Mengajukan pertanyaan melalui kuesioner	Kuesioner	1. Rendah 2. Tinggi	Nominal
2	Dukungan keluarga	Persepsi pasien terhadap dukungan keluarga yang diukur berdasarkan aspek emosional dan fungsional	Mengajukan pertanyaan melalui kuesioner	Kuesioner dengan 25 pertanyaan, menggunakan skala likert dengan rentang skala 1-3. Nilai tertinggi = 75 Nilai terendah = 25	Menggunakan median sebagai <i>cut of point</i> , yaitu 70: <70 = tidak baik ≥ 70 = baik	Nominal
3	Kepatuhan	Tingkat perhatian pasien dalam melaksanakan	Mengajukan pertanyaan melalui kuesioner	Kuesioner dengan 8 pertanyaan baku dari	Hasil dari variabel ini dibagi menjadi 2 kategori, yaitu:	Nominal

instruksi pengobatan berdasarkan <i>Morinsky Medication Adherence Schale</i> (MM AS)	morinsky, menggunakan skala guttman. Nilai tertinggi = 8 Nilai terendah = 0	>2 = rendah ≤2 = baik
--	--	--------------------------

3.2 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah *deskriptif analitik*. Sedangkan rancangan penelitian yang dipakai adalah studi *cross sectional*, dimana peneliti melakukan penelitian subjek satu kali saja pada satu waktu tertentu.

3.3 Waktu dan Tempat

3.3.1 Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan dari bulan Desember 2018 sampai Januari 2019

3.3.2 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di UPT Puskesmas Teladan, Kota Medan.

3.4 Populasi dan Sampel

3.4.1 Populasi

Pasien yang terdiagnosa TB Paru dan masih dalam pengobatan di UPT Puskesmas Teladan, Kota Medan.

3.4.2 Sampel

Yang menjadi sampel dalam penelitian ini adalah pasien TB Paru yang memenuhi kriteria inklusi selama periode Agustus hingga Januari 2019.

3.4.2.1 Kriteria inklusi :

- ✓ Penderita TB yang sedang dalam pengobatan kategori 1 dan 2
- ✓ Penderita yang tinggal bersama keluarga

3.4.2.2 Kriteria eksklusi:

- ✓ Penderita TB yang menolak untuk diminta menjadi responden
- ✓ Penderita TB yang tidak mengisi kuisioner secara lengkap

3.5 Teknik Pengumpulan Data

1. Instrumen pertama berupa pertanyaan mengenai data demografi penderita, yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pekerjaan dan pendidikan terakhir.
2. Instrumen kedua adalah dukungan keluarga, dengan memeberikan pernyataan yang terdiri 2 kelompok pernyataan yakni dukungan instrumental dan dukungan emosional, dimana kedua kelompok ini sudah mencakup dukungan yang lain. Dengan rincian perntanyaan: dukungan instrumental sebanyak 12 soal yaitu pertanyaan nomer 1, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 19, 21, 22 dan 25. Dukungan emosional sebanyak 13 soal yaitu pertanyaan nomor 2, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 18, 20, 23, dan 24. Penentuan jawaban kuesioner menggunakan Skala *Likert*; dimana jawaban responden memiliki gradasi dari sangat positif sampai sangat negatif dengan menggunakan rentang skala 1-3 yaitu tidak pernah, jarang dan selalu. Skor tertinggi diberikan pada jawaban sangat positif. Dalam menentukan *cut of point* pada variabel dukungan keluarga dilakukan uji distribusi terlebih dahulu menggunakan *kolmogrov-smirnov* karena jumlah sampel yang besar yakni > 50 dan didapat hasil uji distribusi

tidak normal, sehingga penggunaan *cut of point* dengan menggunakan nilai median.¹⁷

3. Instrumen ketiga adalah kepatuhan, dengan memberikan pernyataan dari kuesioner baku *Morinsky Medication Adherence Scale* (MMAS) yang terdiri dari 8 pernyataan yang sudah dialih bahasakan ke dalam bahasa Indonesia. Penentuan jawaban kuesioner menggunakan skala *Guttman*; dimana yaitu jawaban responden hanya terbatas pada dua jawaban, ya atau tidak. Nilai tertinggi 8 dan terendah 0. Variabel kepatuhan mengadopsi dari interpretasi kuesioner asli oleh Morinsky yang dimodifikasi yakni dengan 2 kategori, dimana 2 sebagai *cut of point*. Semakin sedikit total nilai yang dijumlah menandakan kepatuhan yang baik.

3.6 Pengolahan dan analisa data

3.6.1 Pengolahan data

Pengolahan data adalah suatu proses dalam memperoleh data ringkasan atau angka ringkasan dengan menggunakan cara-cara tertentu.¹⁷ Dilakukan dengan langkah-langkah :

1. *Editing* yaitu mengecek nama dan kelengkapan identitas maupun data responden serta memastikan bahwa semua jawaban telah terisi sesuai petunjuk.
2. *Coding* yaitu memberi kode atau angka tertentu pada data untuk mempermudah waktu tabulasi dan analisis.
3. *Entry* yaitu memasukkan data-data ke dalam program komputer.

4. *Cleaning* yaitu mengecek kembali data yang telah di *entry* untuk mengetahui ada kesalahan atau tidak.
5. *Tabulasi* yaitu data-data yang telah diberi kode selanjutnya dijumlah, disusun, dan disajikan dalam bentuk tabel atau grafik.

3.6.2 Analisis Data

Menganalisis data dengan menggunakan program analisis statistik.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan di UPT Puskesmas Teladan, Kota Medan berdasarkan persetujuan Komisi Etik dengan Nomor: 226/KEPK/FKUMSU/2019. Jenis penelitian yang digunakan yaitu dengan metode *deskriptif analitik* dengan desain penelitian *cross-sectional*, yang bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat anti Tuberkulosis di UPT Puskesmas Teladan. Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari 2019.

Responden penelitian ini diperoleh dari data pasien Tuberkulosis paru (TB paru) yang terdaftar di UPT Puskesmas Teladan pada bulan Januari 2019 yang berjumlah 69 orang. Hasil penelitian ini dipaparkan sebagai berikut: karakteristik demografi responden penelitian, dukungan keluarga terhadap pasien serta dukungan keluarga terhadap tingkat kepatuhan minum obat anti tuberkulosis berdasarkan *Morinsky Medication Adherence Schale* (MMAS).

4.2 Analisis Univariat

4.2.1 Karakteristik Demografi Responden Penelitian

Distribusi frekuensi responden penelitian yaitu pasien TB dalam pengobatan di UPT Puskesmas Teladan berdasarkan jenis kelamin, usia, pekerjaan dan pendidikan terakhir.

Tabel 4.1 Karakteristik responden berdasarkan Data Demografi

Demografi	N	%
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	34	49,3
Perempuan	35	50,7
Usia		
Remaja (≤ 25 tahun)	14	20,3
Dewasa (26-45 tahun)	38	55,1
Lansia (≥ 46 tahun)	17	24,6
Pekerjaan		
Bekerja	36	52,2
• Buruh	3	8,33
• Petani	1	2,78
• Bengkel	1	2,78
• Wiraswasta	16	44
• Karyawan	10	27,8
• Dagang	3	8,33
• Supir	2	5,56
Tidak Bekerja	33	47,8
Pendidikan Terakhir		
Rendah	34	49,3
Tinggi	35	50,7

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan bahwa persebaran demografi pada penderita TB tidak jauh berbeda pada variabel jenis kelamin, terlihat bahwa penderita TB pada laki-laki sebanyak 34 responden(49,3%) sedangkan pada perempuan sebanyak 35 responden (50,7%). Tidak dengan variabel usia, dimana persebaran tidak merata, hal ini terlihat dari jumlah penderita pada masing-masing tingkatan usia. Pada usia remaja sebanyak 14 responden (20,3%), dewasa sebanyak 38 responden (55,1%), dan lansia sebanyak 17 responden (24,6%). Sedangkan untuk variabel pekerjaan, baik penderita yang bekerja maupun yang tidak bekerja juga

tidak ada perbedaan jumlah sebagaimana variabel jenis kelamin, penderita yang bekerja ada sebanyak 36 responden (52,2%) dan penderita yang tidak bekerja ada sebanyak 33 responden (47,8%). Persebaran jenis pekerjaan diantaranya responden yang bekerja sebagai buruh sebanyak 3 responden (8,33%), pekerja bengkel sebanyak 1 responden (2,78%), wiraswasta 16 responden (44%), karyawan responden 10 responden (27,8%), petani 1 responden (2,78%), dagang 3 responden (8,33%), dan sebagai supir sebanyak 2 responden (5,56). Begitu pula dengan pendidikan terakhir pada penderita dengan pendidikan rendah sebanyak 34 responden (49,3%), dan penderita dengan pendidikan tinggi sebanyak 35 responden (50,7%).

Tabel 4.2 Distribusi jawaban responden berdasarkan Dukungan Instrumental

No.	Pernyataan	Jarang n (%)	Selalu n (%)
1.	Mengambilkan obat bila saya tidak bisa ambil sendiri	6 (8,7%)	63 (91,3%)
4.	Mengantar berobat jika saya tidak bisa datang sendiri	3 (4,3%)	66 (95,7%)
6.	Mengingatkan minum obat bila saya lupa	3 (4,3%)	66 (95,7%)
8.	Mengantarkan saya untuk diperiksa	3 (4,3%)	66 (95,7%)
10.	Menemani saya saat minum obat	36 (52,2%)	33 (47,8%)
12.	Ada saat dibutuhkan	36 (52,2%)	33 (47,8%)
14.	Mencontohkan cara minum obat bila saya tidak mampu	8 (11,6%)	61 (88,4%)
16.	Mengantar saya jika tidak mampu, walau jaraknya dekat	26 (37,7%)	43 (62,3%)
19.	Mencintai saya	26 (37,7%)	43 (62,3%)
21.	Membantu memfasilitasi pengobatan bila saya tidak mampu	3 (4,3%)	66 (95,7%)
22.	Memberi nasehat saat saya menghadapi masalah	3 (4,3%)	66 (95,7%)
25.	Menanggung biaya bila saya tidak mampu	3 (4,3%)	66 (95,7%)

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa dukungan instrumental jawaban tertinggi pada jawaban selalu dengan jumlah 66 responden (95,7%) pada pernyataan 4, 6, 8, 21, 22, 25 dan jumlah paling sedikit pada jawaban jarang dengan 3 responden (4,3%).

Tabel 4.3 Distribusi jawaban responden berdasarkan Dukungan Emosional

No.	Pernyataan	Jarang n (%)	Selalu n (%)
2.	Mendorong saya untuk sembuh dan patuh dalam pengobatan	3 (4,3%)	66 (95,7%)
3.	Ada disaat saya merasakesepian	3 (4,3%)	66 (95,7%)
5.	Menginformasikan tentang manfaat dan resiko tidak patuh minumobat	3 (4,3%)	66 (95,7%)
7.	Memberikan kasihsayang	3 (4,3%)	66 (95,7%)
9.	Mau mendengarkan keluh kesahsaya	27 (39,1%)	42 (60,9%)
11.	Memberikan perhatian	36 (52,2%)	33 (47,8%)
13.	Ada saat saya merasasendiri	12 (17,4%)	57 (82,6%)
15.	Memenuhi kebutuhan makan-minum saya dirumah	4 (5,8%)	65 (94,3%)
17.	Memberikan penghargaan bila saya sedang putusasa	26 (37,7%)	43 (62,3%)
18.	Mengingatkan saya untuk pasrah dan bersyukur kepada Tuhan	3 (4,3%)	66 (95,7%)
20.	Membantu membacakan dosis bila saya tidak mampu	26 (37,7%)	43 (62,3%)
23.	Bertemu dan berbicara, saat saya membutuhkanmereka	3 (4,3%)	66 (95,7%)
24.	Menyediakan obat dalam sebuah wadah bila saya tidak mampu	3 (4,3%)	66 (95,7%)

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan bahwa dukungan emosional jawaban tertinggi pada jawaban selalu dengan jumlah 66 responden (95,7%) pada pernyataan 2, 3, 5, 7, 23, 24 dan jumlah paling sedikit pada jawaban jarang dengan 3 responden (4,3%).

Tabel 4.4 Distribusi Responden berdasarkan tingkat kepatuhan

No.	Pernyataan	Ya n(%)	Tidak n(%)
1.	Apakah anda terkadang lupa untuk minum obat?	21(30,4)	48(69,6)
2.	Pernahkah anda tidak minum obat selain karena alasan lupa?	30(43,5)	39(56,5)
3.	Pernahkah berhenti minum obat dan tidak memberi tahu dokter anda?	15(21,7)	54(78,3)
4.	Pernahkah anda lupa membawa obat saat dalam perjalanan?	21(30,4)	48(69,6)
5.	Apakah kemarin anda minum obat dengan lengkap?	21(30,4)	48(69,6)
6.	Apakah anda pernah berhenti untuk minum obat saat tidak ada gejala?	18(26,1)	51(73,9)
7.	Apakah anda pernah kesal dengan rencana pengobatan anda yang lama?	22(31,9)	47(68,1)
8.	Apakah anda sering lupa untuk minum obat anda?	46(66,7)	23(33,3)

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan pada pernyataan 6 dengan jawaban ya 18 responden (26,1%) dan jawaban tidak 51 responden (73,9%)

Tabel 4.5 Tabulasi silang Data Demografi dan Kepatuhan Responden

	Kepatuhan	
	Patuh n (%)	Tidak Patuh n (%)
Jenis Kelamin		
Laki	25 (73,5)	9 (26,5)
Perempuan	26 (74,3)	9 (25,7)
Usia		
Remaja	9 (64,3)	5 (35,7)
Dewasa	29 (76,3)	9 (23,7)
Lansia	13 (76,5)	4 (23,5)
Pekerjaan		
Bekerja	27 (75)	9 (25)
Tidak Bekerja	24 (72,7)	9 (27,3)
Pendidikan Terakhir		
Rendah	26 (76,5)	8 (23,5)
Tinggi	25(71,4)	10 (28,6)

Berdasarkan tabel 4.5 bahwa proporsi laki-laki sebagian menunjukkan patuh dalam pengobatan sebanyak 25 responden (73,5%) dan menunjukkan tidak patuh sebanyak 9 responden (26,5%). Begitupula proporsi perempuan yang menunjukkan sebagian besar patuh dalam pengobatan yaitu 26 responden (74,3%), dan tidak patuh sebanyak 9 responden (25,7%).

Proporsi kelompok remaja menunjukkan bahwa sebagian besar patuh dalam pengobatan yaitu 9 responden (64,3%), dan menunjukkan tidak patuh sebanyak 5 responden (35,7%). Proporsi kelompok dewasa menunjukkan bahwa sebagian besar patuh dalam pengobatan yaitu 29 responden (76,3%), dan tidak patuh sebanyak 9 responden (23,7%). Proporsi kelompok lansia menunjukkan bahwa sebagian besar patuh dalam pengobatan yaitu 13 responden (76,5%), dan tidak patuh sebanyak 4 responden (23,5%).

Proporsi responden yang bekerja menunjukkan bahwa sebagian besar patuh dalam pengobatan yaitu 27 responden (75%), dan tidak patuh sebanyak 9 responden (25%). Begitupula responden yang tidak bekerja menunjukkan bahwa sebagian besar patuh dalam pengobatan yaitu 24 responden (72,7%), dan tidak patuh sebanyak 9 responden (27,3%).

Proporsi responden yang berpendidikan rendah menunjukkan bahwa sebagian besar patuh dalam pengobatan yaitu 26 responden (76,5%) dan tidak patuh sebanyak 8 responden (23,5). Begitupula responden yang berpendidikan tinggi menunjukkan bahwa sebagian besar patuh dalam pengobatan yaitu 25 responden (71,4%), dan tidak patuh sebanyak 10 responden (28,6%).

4.2.2 Variabel Dependen dan Independen

Analisis univariat dalam penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan hasil dari pengambilan data responden. Hal yang dianalisa dalam penelitian ini yaitu mengenai dukungan keluarga dan kepatuhan minum obat, didapat hasil tabulasi silang sebagaimana tabel dibawahini:

Tabel 4.6 Distribusi frekuensi responden menurut dukungan dan kepatuhan minum obat (n=69)

Variabel	N	%
Dukungan		
Baik	42	60,9
Buruk	27	39,1
Kepatuhan		
Patuh	51	73,9
TidakPatuh	18	26,1

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan bahwa dukungan keluarga pada penderita di puskesmas teladan dengan kategori baik terdapat sebanyak 42 responden (60,9%), dan dengan kategori buruk terdapat sebanyak 27 responden (39,1%). Sedangkan kepatuhan minum obat pada penderita TB yang termasuk kategori patuh sebanyak 51 responden (73,9%), dengan kategori tidak patuh sebanyak 18 responden (26,1%).

4.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk melihat hubungan antara 2 variabel yaitu variabel dukungan keluarga dengan variabel kepatuhan minum obat. Uji bivariat dilakukan menggunakan uji *Chi Square* dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$).

Untuk mengetahui apakah ada hubungan atau tidak maka diperlukan uji statistik menggunakan *Chi Square*, karena kedua variabel merupakan data kategorik. Nilai *pvalue* yang diharapkan bisa lebih kecil dari 0,05 sehingga uji statistik bermakna. Syarat melakukan uji *Chi Square* ialah sel yang mempunyai nilai *expected* lebih kecil dari 5 maksimal 20% dari jumlah sel. Sehingga untuk mengetahuinya dilihat nilai *expected* pada masing-masing sel.

Tabel 4.7 Distribusi frekuensi responden menurut dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat di puskesmas teladan.

	Kepatuhan		<i>*p value</i>
	Patuh n(%)	Tidak Patuh n(%)	
Dukungan keluarga			
Buruk	13 (48,1)	14 (51,9)	0,000
Baik	38 (90,5)	4 (9,5)	

**Uji Statistik Chi Square*

Berdasarkan tabel 4.3.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang memiliki dukungan keluarga baik, menunjukkan tingkat kepatuhan yang baik sebesar 90,5% dan hanya 48,1% kepatuhan yang baik ditunjukkan dari dukungan keluarga yang buruk. *P value* sebesar 0,000 menunjukkan bahwa dukungan keluarga memiliki pengaruh terhadap tingkat kepatuhan pasien terhadap kelancaran mengkonsumsi obat TB karena $p > 0,05$.

4.4 Pembahasan

4.4.1 Gambaran Jenis Kelamin terhadap Kepatuhan

Pada penelitian ini didapat bahwa pada jenis kelamin laki-laki dan perempuan cenderung sama, karena persentase antara kedua variabel tidak ada perbedaan. Namun pada penelitian Hiswani dalam Sahat mengatakan ada perbedaan kejadian TB pada jenis kelamin, bahwa laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan hal ini diakibatkan gaya hidup laki-laki cenderung lebih banyak merokok dimana merokok dapat memperparah penyakit tuberkulosis. (*Public Health Agency of Canada*).^{10,22}

Menurut Riskesdas, prevalensi TB paru pada laki-laki 20 % lebih tinggi dibandingkan perempuan.²³ Perbedaan angka ini dikarenakan pada wilayah penelitian yang dilakukan perempuan cenderung lebih waspada terhadap penyakit yang diderita karena takut menularkan kepada anaknya sehingga mereka akan mencari pengobatan. Dari informasi yang didapat bahwa beberapa suami penderita yang juga terkena infeksi TB menolak jika dilakukan pengobatan karena akan mengganggu kesibukan mereka saat dilakukan pemeriksaan. Perbedaan frekuensi tidak hanya terlihat pada hubungannya dengan kejadian TB, namun juga

dengan kepatuhan responden dalam pengobatan. Hasil persentase dari dua kategori jenis kelamin menunjukkan tingkat kepatuhan yang sama, artinya tidak ada perbedaan diantara keduanya dalam tingkat kepatuhan atau bahkan bisa dikatakan sama. Hal ini terlihat pula dari hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti terhadap responden, dimana jawaban responden mengenai hal ini ialah mereka tidak mau menularkan infeksi ini kepada keluarga terutama anak mereka, mengingat seluruh responden telah memiliki keluarga.

4.4.2 Gambaran Usia terhadap Kepatuhan

Hasil penelitian didapatkan persebaran data terbanyak berada di sekitar usia pertengahan yaitu 26-45 tahun dimana seseorang pada rentang umur tersebut rentan untuk terkena penyakit TB, selain itu pada usia pertengahan seseorang akan cenderung lebih aktif dalam berinteraksi sosial sehingga keterpaparan terhadap infeksi TB akan lebih besar pula. Sebagaimana hasil penelitian Hiswani dalam Sahat bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi kejadian TB paru ialah usia 15-50 tahun. Usia 26-45 termasuk dalam rentang 15-50 tahun.¹⁰

Kaitannya antara usia dan kepatuhan juga menunjukkan bahwa pada ketiga kategori usia tidak perbedaan dengan tingkat kepatuhan. Dimana persentase usia remaja, dewasa, dan lansia yang patuh memiliki jumlah yang tidak jauh berbeda. Hal ini dikarenakan pada usia tersebut, responden baik usia remaja, dewasa, ataupun lansia memiliki tingkat kesadaran yang tinggi akan pengobatan bisa. Hasil wawancara peneliti mendapatkan pada usia tersebut mereka harus bisa memenuhi kebutuhan keluarga mengingat sosial ekonomi mereka menengah ke bawah sehingga alasan sakit tidak boleh sampai menghalangi pekerjaan mereka.

4.4.3 Gambaran Pekerjaan terhadap Kepatuhan

Hasil penelitian didapatkan bahwa penderita yang menderita penyakit TB lebih banyak pada penderita yang bekerja (52,2%) dari pada yang tidak bekerja (47,8%). Sesuai dengan penelitian Herryanto dalam Sahat yang menyatakan bahwa terdapat proporsi menurut pekerjaan, sebagian besar penderita yang tidak bekerja 34,9 %.¹⁰

Persebaran pekerjaan pada penderita TB di UPT Puskesmas Teladan ini yaitu buruh, pekerja bengkel, wiraswasta, karyawan, petani, dagang, dan supir. Data yang berbeda pada penelitian ini ialah didapatkan rata-rata pekerjaan yang dilakukan responden ialah pekerjaan yang berada didalam ruangan. Walaupun tidak sesuai dengan hasil studi literatur yang dilakukan Sahat, namun data ini sesuai dengan teori dalam Curry yang mengatakan bahwa penularan TB akan lebih cepat pada tempat yang sedikit terjadi sirkulasi udara.²⁴

Kaitannya antara pekerjaan dan kepatuhan didapatkan bahwa tidak ada perbedaan persentase pada kategori yang bekerja dan tidak bekerja dengan kepatuhan. Tidak adanya perbedaan ini dikarenakan bekerja bukanlah halangan untuk mereka tidak mau melakukan pengobatan, mengingat jadwal yang hanya 2 kali seminggu, sehingga tidak mengganggu rutinitas pekerjaan mereka. Sedangkan yang tidak bekerja, juga banyak yang patuh karena tidak ada aktifitas lain yang terganggu akibat pengobatan.

4.4.4 Gambaran Pendidikan Terakhir terhadap Kepatuhan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persebaran penderita TB cenderung banyak yang berpendidikan tinggi yaitu sebanyak 50,7%. Namun pada penelitian

Herryanto dalam Sahat, pendidikan rendah (tidak sekolah, tidak tamat SD, dan tamat SD) merupakan salah satu faktor yang menyebabkan terjadinya TB.¹⁰ Laporan riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2013 juga menyatakan bahwa prevalensi penyakit TB cenderung meningkat pada pendidikan rendah.²⁵ Perbedaan hasil ini dimungkinkan karena adanya peraturan wajib pendidikan 12 tahun sehingga kebanyakan responden berpendidikan SMA.

Tidak ada perbedaan jumlah persentase antara kedua kategori terkait pendidikan terakhir, yakni rendah dan tinggi dengan tingkat kepatuhan. Sedikitnya selisih pada persentase ini dikarenakan kepatuhan merupakan bentuk perilaku seseorang, sedangkan pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku.²⁶ Pengetahuan tidak selalu sebanding dengan tingkat pendidikan, karena seseorang bisa tahu dengan mencari informasi baik melalui bertanya atau membaca.

4.5 Analisis Variabel Independen dan Dependen

4.5.1 Gambaran Dukungan Keluarga Penderita Tuberkulosis

Hasil analisis, didapatkan dukungan keluarga yang diberikan kepada penderita TB di UPT Puskesmas Teladan sudah cukup baik, terlihat dari data ada sebanyak 60,9%. Sebagaimana diketahui bahwa keluarga, baik inti maupun keluarga besar berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggota-anggotanya. Menurut Scheurer, pembagian fungsi dukungan sosial keluarga adalah dukungan instrumental, dimana keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit.²⁷ Bila salah satu anggota keluarga ada yang sakit, secara nyata keluarga harus memberikan pertolongan, dalam hal ini penderita TB memerlukan

pertolongan keluarga. Selain itu fungsi keluarga adalah dukungan informasional keluarga berfungsi sebagai kolektor dan desiminator (penyebar) informasi tentang dunia. Dalam kasus ini, keluarga dapat mendukung penderita dengan memberikan informasi yang adekuat. Dan yang terakhir adalah dukungan emosional. Dalam dukungan emosional, keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Jadi hal tersebut sangat relevan dengan teori tersebut, responden benar-benar merasakan dukungan keluarga sebagai faktor penunjang kepatuhan mereka untuk minum OAT secara teratur.

Sebanyak 40,1% responden mendapatkan dukungan yang tidak baik, dimana hal ini dapat berimbas pada kepatuhan terhadap pengobatan. Hal ini terlihat dari hasil observasi peneliti saat pengambilan data. Masih ada penderita yang merasa kurang dekat dengan keluarga dan takut merepotkan keluarganya. Sehingga saat mereka butuh bantuan, mereka merasa malu untuk meminta bantuan yang pada akhirnya berimbas pada ketidakpatuhan pasien. Diharapkan keluarga untuk aktif dalam pengobatan responden agar kepatuhan dalam pengobatan dapat tercapai.

4.5.2 Gambaran Kepatuhan Minum Obat Penderita Tuberkulosis

Kepatuhan minum obat pada masyarakat medan di UPT Puskesmas Teladan juga termasuk dalam kategori baik, karena dari distribusi data didapat lebih dari 70% atau lebih dari separuh populasi termasuk dalam kategori patuh. Dalam penelitiannya, Syakira juga menyatakan bahwa lebih dari 50% penderita yang patuh dalam pengobatan. Sejalan pula dengan data dari BIMKMI angka capaian Indonesia dalam pengobatan ialah sebesar 91%, dan mengalami penurunan pada

tahun 2014 angka capaian pengobatan menurun.²⁸ Salah satu alasan dari tidak berhasilnya pengobatan ialah kepatuhan itu sendiri. Penurunan angka ini sangat disayangkan karena tujuan pengobatan ialah diharapkan bisa memberantas hingga 100%. Dari hasil pengamatan saat melakukan pengambilan data 30% responden yang tidak patuh, dikarenakan beberapa hal, yakni: (a) Kurangnya petugas puskesmas untuk selalu melakukan pendidikan kesehatan mengenai pentingnya kepatuhan minum obat, karena tergesa-gesa saat memberikan obat agar antrian tidak terlalu lama. (b) Masih ada keluarga yang kurang peduli dengan keluarga terlihat dari terdapat salah satu penderita dengan gangguan psikologi mengambil obat sendiri; dan (c) Masih ada responden yang belum tahu aturan pengobatan sehingga saat mereka pindah tempat atau mudik, tidak memberi tahu petugas terlebih dahulu yang berimbas pengulangan pengobatan.

4.6 Analisis Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan dalam pengobatan akan meningkat ketika pasien mendapatkan bantuan dari keluarga.²⁹ Disamping itu, pasien yang tidak memiliki keluarga atau memiliki *nonsupportive/ nonavailable/ conflicted family* akan mempengaruhi terminasi pengobatan lebih awal dan hasil yang tidak memuaskan.²⁹ Hasil analisis bivariat menyimpulkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dan kepatuhan minum obat penderita TB. Pernyataan ini didukung pula oleh penelitian Warsito dan Handayani yang menyebutkan bahwa ada hubungan yang positif dan bermakna antara dukungan sosial keluarga dengan kepatuhan minum obat.^{30,31} Diperkuat pula dengan penelitian yang dilakukan oleh Permatasari dalam Sahat

(2010) yang menyatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan pengobatan pada penderita TB ialah dukungan keluarga. Penelitian Jojo yang menemukan bahwa pengobatan pasien TB Paru yang tidak lengkap disebabkan oleh peranan anggota keluarga yang tidak sepenuhnya mendampingi penderita.³² Akibatnya penyakit yang diderita kambuh kembali dan dapat menular kepada anggota keluarga yang lain. Pada beberapa penelitian yang lain pula menyebutkan bahwa selain pada penderita tuberkulosis, dukungan keluarga mempengaruhi kepatuhan minum obat baik pada penderita HIV, Hipertensi, maupun Skizofrenia.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dijabarkan pada bab sebelumnya, maka kesimpulan yang dapat ditarik dalam penelitian ini adalah sebagaiberikut:

1. Persebaran demografi penderita TB di UPT Puskesmas Teladan tidak terlalu signifikan berbeda karena selisih angka diantara variabel pembandingnya tipis. Meliputi: (a) Usia, dimana persebaran usia berada pada usia 28-45 yakni usia yang rentan untuk terjadi infeksi. (b) Jenis kelamin, persentase pada jenis kelamin laki-laki sebesar 49,3% sedangkan perempuan 50,7%. Tidak ada perbedaan yang signifikan. (c) Pekerjaan, lebih banyak penderita TB yang berstatus bekerja dengan angka 52,2% penderita yang bekerja dan 47,8% penderita yang tidak bekerja. (d) Pendidikan Terakhir, penderita dengan pendidikan rendah sebanyak 34 responden (49,3%), dan penderita dengan pendidikan tinggi sebanyak 35 responden (50,7%).
2. Gambaran tingkat dukungan keluarga penderita TB di UPT Puskesmas Teladan dikatakan baik karena lebih dari setengah sampel, yaitu 60,9% masuk dalam kategori baik.
3. Tingkat kepatuhan penderita TB dalam melakukan pengobatan juga dikatakan baik karena lebih dari setengah sampel, yaitu 73,9% masuk dalam kategori baik, dengan perbedaan jumlah penderita yang patuh dan

yang tidak patuh sebanyak 51 dan 18 responden.

4. Ada hubungan antara dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat pada penderita TB, dengan hasil *p value* setelah uji *chi square* ialah 0,00.

5.2 Saran

1. PuskesmasTeladan

Pemantauan keluarga diusahakan dengan meminta keluarga untuk menemani penderita yang butuh pendampingan seperti penderita cacat fisik atau cacat mental saat ke Puskesmas karena masih ada penderita yang datang sendiri ke UPT Puskesmas Teladan.

Evaluasi pada setiap penderita yang berindikasi untuk putus obat dilakukan agar infeksi dapat disembuhkan. Bisa dengan melakukan kunjungan rumah penderita sesuai alamat yang tercatat di UPT Puskesmas Teladan.

2. Peneliti Lain

1. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dan mendalam mengenai faktor lain yang mempengaruhi kepatuhan untuk bisa menyeimbangkan faktor dukungan keluarga.
2. Meminta keterlibatan petugas saat pengambilan data.

DAFTAR PUSTAKA

1. Amin Z, Bahar A. Tuberkulosis Paru In : Sudoyo AW, dkk. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jilid I . Edisi 6*. Jakarta : Interna Publishing ; 2014 p863-872
2. Kementerian RI Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan lingkungan. *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Jakarta ; 2014
3. WHO. Global Tuberculosis Report 2015.
4. Kementerian Kesehatan RI. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI ; 2015
5. Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. *Hasil riskesdas tahun 2013*. Jakarta ; 2013
6. Dinas Kesehatan Kota Medan. *Profil kesehatan Kota Medan Tahun 2015*. Medan: Dinas Kesehatan Kota Medan ; 2016
7. Departemen Kesehatan RI. *Strategi Nasional Pengendalian TB di Indonesia Tahun 2010-2014*. Jakarta: Depkes ; 2015
8. World Health Organization. *Defenition and diagnosis of pulmonolgy tuberculosis*. Geneva ; 2013
9. Yoga A, Sri W, Puji P. *Hubungan Kepatuhan Berobat Dengan Kesembuhan Pada Penderita TB Paru di BKM Wilayah semarang*. Semarang ; 2015
10. Sahat P Manalu, Helper. (2010). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian TB Paru dan Upaya Penanggulangannya. *Jurnal Ekologi Kesehatan Vol. 9 No 4, Desember 2010 : 1340 – 1346*. Diakses dari bpk.litbang.depkes.go.id/index.php/jek/article/download/1598/pdf.

11. Maryam, R.S. dkk., (2008). *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Salemba Medika: Jakarta
12. Kementrian Kesehatan RI. *Rencana Aksi Nasional Programmatic Management Of Drug Resistance Tuberculosis Pengendalian Tuberkulosis Indonesia 2011-2014*. Kemenkes ; 2015
13. Kemenkes RI. *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Jakarta; Kementrian Kesehatan RI ; 2013
14. Tirtana, BT. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Pengobatan pada Pasien Tuberkulosis Paru Dengan Resistensi Obat Tuberkulosis di Wilayah Jawa Tengah*. 2011; p7
15. Munir S, Nawas A, Soetoyo D. *Pengamatan Pasien Tuberkulosis Paru dengan Multidrug Resistant (TB-MDR) di Poliklinik Paru RSUP Persahabatan*. Jakarta: Jurnal Respiratory Indonesia ; 2010 30 (2): 92-104
16. Wahyuni AS, Azhar C. *Statistika Kedokteran (Disertai Aplikasi dengan SPSS)*. Jakarta Timur: Bamboedoea Communication ; 2011
17. Sastroasmoro S. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto ; 2014
18. Nomi A. *Hubungan kinerja Pengawa Minum Obat (PMO) dengan Kesembuhan Pasien TB Paru Kasus Baru Strategi Dots*. Uniersitas Sebelas Maret; 2010
19. Nuha M. *Faktor- faktor yang berhubungan Dengan Kesembuhan Penyakit Tuberculosis (TBC) Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Mangkang Semarang Barat*. Fikkes Universitas Muhammadiyah Semarang; 2013

20. Putri GFS. *Hubungan Tingkat Kesembuhan Tuberkulosis Paru Dewasa Dengan Pengobatan Metode DOTS Dan Non Dots Di Rumah Sakit Haji Abdoel Madjid Batoe Kabupaten Batanghari Provvinsi Jambi 2011*. Universitas Islam Indonesia; 2014
21. Imelda A. *Gambaran Angka Kesembuhan Pasien Tuberkulosis (TB) Paru Di Rumah Sakit Umum Daerah Petala Bumi Pekan Baru Periode Januari 2011-Desember 2013*; 2015
22. Public Health Agency of Canada. (2010). Tuberculosis (TB) and Tobacco Smoking
23. Riset Kesehatan Dasar. (2007).
24. Curry, F.J. (2007). National Tuberculosis Center: *Tuberculosis Infection Control: A Practical Manual for Preventing TB*, [inclusive page numbers].
25. Riset Kesehatan Dasar. (2013).
26. Sunaryo. (2004). *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC
27. Scheurer, D., Niteesh Choudhry, Kellie A. Swanton, Olga Matlin, dan Will Shrank. (2012). *The American Journal Of Managed Care* Vol. 18, No. 12
28. *Berkala Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Indonesia (BIMKMI)* vol. 1 No 1 Oktober 2012
29. Glick, I.D, Anya H. Stekoll, dan Spencer Hays. (2011). The Role of the Family and Improvement in Treatment Maintenance, Adherence, and Outcome for Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology* Volume 31, Number 1, February 2011.

30. Warsito.(2009). Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat pada Fase Intensif pada Penderita TB di Puskesmas Pracimantoro Wonogiri Jawa Tengah.Tesis
31. Handayani, Meery. (2011). *Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita Tuberkulosis Paru di Poliklinik Paru RSUP dr. M. Djamil Padang*. Skripsi
32. Jojor.(2004). Ketidakpatuhan Pasien TB Paru dalam Hal Pengobatan. Skripsi

Lampiran 1:Penjelasan**PERSETUJUAN TERTULIS UNTUK PERMOHONAN MENJADI
RESPONDEN**

Saya Firdaus Rosa, mahasiswa fakultas kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara bersama surat ini memohon partisipasi bapak/ibu dalam penelitian tentang “Hubungan dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat anti tuberculosis (OAT) di UPT Puskesmas Teladan”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat anti tuberculosis di UPT Puskesmas Teladan sehingga dapat dijadikan dasar untuk perbaikan penyuluhan kesehatan bagi pasien Tuberkulosis (TB) di masa yang akan datang. Partisipasi bersifat sukarela dan tanpa paksaan, bapak/ibu boleh menolak apabila merasa tidak berkenan dalam penelitian ini.

Saya akan menjaga kerahasiaan data bapak/ibu dalam penelitian ini, nama bapak/ibu tidak akan dicantumkan dimanapun. Kuesioner yang telah terisi hanya akan diberi nomor kode untuk membedakannya dengan kuesioner yang lainnya.

Medan, __ Januari 2019

Firdaus Rosa

LEMBAR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Setelah mendapatkan penjelasan dan keterangan mengenai penelitian yang berjudul “Hubungan dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat anti tuberculosis (OAT) di UPT Puskesmas Teladan”. Dengan ini secara suka rela saya menyetujui untuk diikut sertakan dalam penelitian ini, persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari siapapun.

Medan,.....2019

Peneliti

Responden

(Firdaus Rosa)

(.....)

Lampiran 2 : Kuesioner**LEMBAR KUESIONER****HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP KEPATUHAN
MINUM OAT PADA PASIEN TB****1. Data Demografi**

Nama :

Jenis kelamin :

Usia :

Pekerjaan :

Pendidikan terakhir :

2. Dukungan Keluarga

Berilah tanda silang (X) pada kolom di bawah ini, sesuai dengan apa yang Anda rasakan.

No.	Pernyataan	Tidak Pernah	Jarang	Selalu
1.	Mengambilkan obat bila saya tidak bisa ambil sendiri			
2.	Mendorong saya untuk sembuh dan patuh dalam pengobatan			
3.	Ada disaat saya merasakesepian			
4.	Mengantar berobat jika saya tidak bisa datangsendiri			
5.	Menginformasikan tentang manfaat dan resiko tidak patuh minumobat			
6.	Mengingatkan minum obat bila sayalupa			
7.	Memberikan kasih sayang			
8.	Mengantarkan saya untukperiksa			
9.	Mau mendengarkan keluh kesahsaya			
10.	Menemani saya saat minumobat			
11.	Memberikanperhatian			
12.	Ada saatdibutuhkan			
13.	Ada saat saya merasasendiri			
14.	Mencontohkan cara minum obat bila saya tidakmampu			
15.	Memenuhi kebutuhan makan-minum saya dirumah			


16.	Mengantar saya jika tidak mampu, walau jaraknyadekat			
17.	Memberikan penghargaan bila saya sedang putusasa			
18.	Mengingatkan saya untuk pasrah dan bersyukur kepadaTuhan			
19.	Mencintaisaya			
20.	Membantu membacakan dosis bila saya tidak mampu			
21.	Membantu memfasilitasi pengobatan bila saya tidak mampu			
22.	Memberi nasehat saat saya menghadapi masalah			
23.	Bertemu dan berbicara, saat saya membutuhkanmereka			
24.	Menyediakan obat dalam sebuah wadah bila saya tidakmampu			
25.	Menanggung biaya bila saya tidakmampu			

3. Kepatuhan Minum Obat

Berilah tanda silang (X) pada kolom di bawah ini, sesuai dengan apa yang Anda rasakan.

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Apakah anda terkadang lupa untuk minum obat?		
2.	Pernahkah anda tidak minum obat selain karena alasan lupa?		
3.	Pernahkah berhenti minum obat dan tidak memberi tahu dokter anda?		
4.	Pernahkah anda lupa membawa obat saat dalam perjalanan?		
5.	Apakah kemarin anda minum obat dengan lengkap?		
6.	Apakah anda pernah berhenti untuk minum obat saat tidak ada gejala?		
7.	Apakah anda pernah kesal dengan rencana pengobatan anda yang lama?		
8.	Apakah anda sering lupa untuk minum obat anda?		

Lampiran 3 :Ethical Clearance



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
FACULTY OF MEDICINE UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"
No : 226/KEPK/FKUMSU 2019

Protokol penelitian yang diusulkan oleh:
The Research protocol proposed by:

Peneliti Utama : Firdaus Rosa
Principal In Investigator

Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara
Name of the Institution Faculty of Medicine University of Muhammadiyah Sumatera Utara

Dengan Judul
Title

"HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP KEPATUHAN MINUM OBAT ANTI TUBERKULOSIS (OAT) DI UPT PUSKESMAS TELADAN"

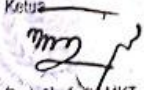
"FAMILY SUPPORT RELATIONSHIPS TO THE COMPLIANCE OF ANTI TUBERCULOSIS DRUG (OAT) IN UPT PUSKESMAS TELADAN"

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah
3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Resiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan
7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicator of each standard

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 09 Januari 2019 sampai dengan tanggal 09 Januari 2020

The declaration of ethics applies during the periode January 09, 2019 until January 09, 2020

Medan, 09 Januari 2019
Ketua

Dr. dr. Nurfadli, MKT

Master data Responden Terhadap Pernyataan Dukungan Instrumental

sampel	p1	p4	p6	p8	p10	p12	p14	p16	p19	p21	p22	p25
1	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3
2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3
3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3
4	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3
5	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3
6	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3
7	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3
8	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3
9	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3
10	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3
11	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3
12	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3
13	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
31	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
33	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
34	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
35	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
36	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
37	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
38	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3

39	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
40	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
41	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
42	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
43	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
44	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
45	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
46	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
47	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
48	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
49	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
50	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
51	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
52	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3
53	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3
54	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3
55	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3
56	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3
57	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3
58	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3
59	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3
60	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3
61	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3
62	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2
63	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2
64	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3
65	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2
66	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
67	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
68	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
69	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Master data Responden Terhadap Pernyataan Dukungan Emosional

sampel	p2	p3	p5	p7	p9	p11	p13	p15	p17	p18	p20	p23	p24
1	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
2	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
4	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
5	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
6	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
7	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
8	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
9	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
10	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
11	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
12	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
13	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
31	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
33	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
34	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
35	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
36	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
37	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
38	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3

39	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
40	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
41	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
42	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
43	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
44	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
45	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
46	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
47	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
48	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
49	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
50	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
51	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
52	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
53	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
54	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
55	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
56	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
57	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
58	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
59	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
60	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
61	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
62	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2
63	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2
64	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3
65	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2
66	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
67	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
68	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
69	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Lampiran 4 : SPSS

1. Uji normalitas data

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Dukungan	Kepatuhan
N		69	69
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	70,54	2,81
	Std. Deviation	4,940	2,347
Most Extreme Differences	Absolute	,223	,374
	Positive	,183	,374
	Negative	-,223	-,220
Test Statistic		,223	,374
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000 ^c	,000 ^c

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

2. Hasil uji univariat

Distribusi jenis kelamin

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	34	49,3	49,3	49,3
	Perempuan	35	50,7	50,7	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Distribusi frekuensi pekerjaan

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bekerja	36	52,2	52,2	52,2
	Tidak Bekerja	33	47,8	47,8	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Distribusi frekuensi pendidikan terakhir

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	34	49,3	49,3	49,3
	Tinggi	35	50,7	50,7	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Distribusi frekuensi usia

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Remaja	14	20,3	20,3	20,3
	Dewasa	38	55,1	55,1	75,4
	Lansia	17	24,6	24,6	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Distribusi frekuensi dukungan keluarga

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	27	39,1	39,1	39,1
	Baik	42	60,9	60,9	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Distribusi frekuensi kepatuhan

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Patuh	51	73,9	73,9	73,9
	Tidak Patuh	18	26,1	26,1	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

a. Tabel Statistik Data Demografi
Statistics

		gender	pekerjaan	pendidikan_te rakhir	usia	Dukungan Keluarga	Kepatuhan
N	Valid	69	69	69	69	69	69
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		1,51	1,48	1,51	2,04	1,61	1,26
Median		2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00
Mode		2	1	2	2	2	1
Std. Deviation		,504	,503	,504	,674	,492	,442
Skewness		-,030	,089	-,030	-,051	-,455	1,114
Std. Error of Skewness		,289	,289	,289	,289	,289	,289
Kurtosis		-2,060	-2,052	-2,060	-,734	-1,847	-,784
Std. Error of Kurtosis		,570	,570	,570	,570	,570	,570
Minimum		1	1	1	1	1	1
Maximum		2	2	2	3	2	2
Sum		104	102	104	141	111	87

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
gender * Kepatuhan	69	100,0%	0	0,0%	69	100,0%

gender * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			Patuh	Tidak Patuh	
gender	Laki-laki	Count	25	9	34
		Expected Count	25,1	8,9	34,0
		% within gender	73,5%	26,5%	100,0%
		% within Kepatuhan	49,0%	50,0%	49,3%
		% of Total	36,2%	13,0%	49,3%
	Perempuan	Count	26	9	35
		Expected Count	25,9	9,1	35,0
		% within gender	74,3%	25,7%	100,0%
		% within Kepatuhan	51,0%	50,0%	50,7%
		% of Total	37,7%	13,0%	50,7%
Total	Count	51	18	69	
	Expected Count	51,0	18,0	69,0	
	% within gender	73,9%	26,1%	100,0%	
	% within Kepatuhan	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	73,9%	26,1%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,005 ^a	1	,943		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,005	1	,943		
Fisher's Exact Test				1,000	,580
Linear-by-Linear Association	,005	1	,943		
N of Valid Cases	69				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,87.

b. Computed only for a 2x2 table

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pekerjaan * Kepatuhan	69	100,0%	0	0,0%	69	100,0%

pekerjaan * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			Patuh	Tidak Patuh	
pekerjaan	Bekerja	Count	27	9	36
		Expected Count	26,6	9,4	36,0
		% within pekerjaan	75,0%	25,0%	100,0%
		% within Kepatuhan	52,9%	50,0%	52,2%
		% of Total	39,1%	13,0%	52,2%
	Tidak Bekerja	Count	24	9	33
		Expected Count	24,4	8,6	33,0
		% within pekerjaan	72,7%	27,3%	100,0%
		% within Kepatuhan	47,1%	50,0%	47,8%
		% of Total	34,8%	13,0%	47,8%
Total	Count	51	18	69	
	Expected Count	51,0	18,0	69,0	
	% within pekerjaan	73,9%	26,1%	100,0%	
	% within Kepatuhan	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	73,9%	26,1%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,046 ^a	1	,830		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,046	1	,830		
Fisher's Exact Test				1,000	,523
Linear-by-Linear Association	,045	1	,831		
N of Valid Cases	69				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,61.

b. Computed only for a 2x2 table

Case Processing Summary

	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
	pendidikan_terakhir * Kepatuhan	69	100,0%	0	0,0%	69

pendidikan_terakhir * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			Patuh	Tidak Patuh	
pendidikan_terakhir	Rendah	Count	26	8	34
		Expected Count	25,1	8,9	34,0
		% within pendidikan_terakhir	76,5%	23,5%	100,0%
	Tinggi	Count	25	10	35
		Expected Count	25,9	9,1	35,0
		% within pendidikan_terakhir	71,4%	28,6%	100,0%
Total	Kepatuhan	% within Kepatuhan	51,0%	44,4%	49,3%
		% of Total	37,7%	11,6%	49,3%
		Count	51	18	69
	Kepatuhan	Expected Count	51,0	18,0	69,0
		% within Kepatuhan	73,9%	26,1%	100,0%
		% of Total	73,9%	26,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	,227 ^a	1	,633		
Continuity Correction ^b	,041	1	,839		
Likelihood Ratio	,228	1	,633		
Fisher's Exact Test				,785	,420
Linear-by-Linear Association	,224	1	,636		
N of Valid Cases	69				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,87.

b. Computed only for a 2x2 table

Case Processing Summary

	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
	usia * Kepatuhan	69	100,0%	0	0,0%	69

usia * Kepatuhan Crosstabulation

		Kepatuhan		Total	
		Patuh	Tidak Patuh		
usia	Remaja	Count	9	5	14
		Expected Count	10,3	3,7	14,0
		% within usia	64,3%	35,7%	100,0%
		% within Kepatuhan	17,6%	27,8%	20,3%
	% of Total	13,0%	7,2%	20,3%	
	Dewasa	Count	29	9	38
		Expected Count	28,1	9,9	38,0
		% within usia	76,3%	23,7%	100,0%
		% within Kepatuhan	56,9%	50,0%	55,1%
	% of Total	42,0%	13,0%	55,1%	
	Lansia	Count	13	4	17
		Expected Count	12,6	4,4	17,0
% within usia		76,5%	23,5%	100,0%	
% within Kepatuhan		25,5%	22,2%	24,6%	
% of Total	18,8%	5,8%	24,6%		
Total	Count	51	18	69	
	Expected Count	51,0	18,0	69,0	
	% within usia	73,9%	26,1%	100,0%	
	% within Kepatuhan	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	73,9%	26,1%	100,0%	

Test Statistics^a

	usia
Mann-Whitney U	412,000
Wilcoxon W	583,000
Z	-,714
Asymp. Sig. (2-tailed)	,475

a. Grouping Variable: Kepatuhan

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dukungan Keluarga * Kepatuhan	69	100,0%	0	0,0%	69	100,0%

Dukungan Keluarga * Kepatuhan Crosstabulation

		Kepatuhan		Total	
		Patuh	Tidak Patuh		
Dukungan Keluarga	Buruk	Count	13	14	27
		Expected Count	20,0	7,0	27,0
		% within Dukungan Keluarga	48,1%	51,9%	100,0%
		% within Kepatuhan	25,5%	77,8%	39,1%
	% of Total	18,8%	20,3%	39,1%	
	Bai k	Count	38	4	42
		Expected Count	31,0	11,0	42,0
		% within Dukungan Keluarga	90,5%	9,5%	100,0%
% within Kepatuhan		74,5%	22,2%	60,9%	
Total	Count	51	18	69	
	Expected Count	51,0	18,0	69,0	
	% within Dukungan Keluarga	73,9%	26,1%	100,0%	
	% within Kepatuhan	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	73,9%	26,1%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	15,271 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	13,155	1	,000		
Likelihood Ratio	15,397	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	15,050	1	,000		
N of Valid Cases	69				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,04.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 5: Biodata Peneliti

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Firdaus Rosa
 Jenis Kelamin : Laki-Laki
 Tempat/Tanggal Lahir : Bangkinang / 28 Maret 1995
 Agama : Islam
 Alamat : Jl. Kartini No.13 Bangkinang
 Kecamatan Bangkinang Kota, Kampar, Riau
 Email : firdausrosa12@gmail.com
 No tel/Hp : 082273109750
 Riwayat pendidikan :

1. TK Pembina Bangkinang : Tahun 2000 - 2001
2. SD Negeri 037 Langgini : Tahun 2001 - 2007
3. SMP Negeri 2 Bangkinang : Tahun 2007 - 2010
4. SMA Negeri 2 Bangkinang : Tahun 2010- 2013
5. Fakultas Kedokteran UMSU : Tahun 2015 – sekarang

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP KEPATUHAN MINUM OBAT ANTI TUBERKULOSIS (OAT) DI UPT PUSKESMAS TELADAN

Firdaus Rosa¹, Isti Ilmiati Fujiati²

¹ Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah
Sumatera Utara

² Departemen Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah
Sumatera Utara

Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah
Sumatera Utara

Jln. Gedung Arca No.53, Medan- Sumatera Utara,
20217

Telp : (061)7350163, Email : firdausrosa12@gmail.com
istiilmiati@umsu.id

3

ABSTRACT

Introduction: High number of tuberculosis (TB) cases and low number of medication achievement which one of cause is drop out makes the treatment longer. Besides, the number of Multi Drug Resistance (MDR) and complication of TB will high. **Methods:** This quantitative cross sectional study was taken from 69 respondent by total sampling at UPT Puskesmas Teladan, Medan City. The data was collected through two questionnaires, they are Morinsky Medication Adherence Scale (MMAS) and family support questionnaire. **Analyze:** Analyze was used univariate and Chi Square test for bivariate. **Result:** Percentage of respondents with good family support are 60.9%, respondents with bad family support are 39.1%. Percentage of respondents with good medication adherence are 73.9%, and bad medication adherence are 26.1%. The data result obtained p value = 0.00 which is less than 0.05. **Discussion:** there is significant relationship between the variables of family support to variable medication adherence. However, involving the family within the treatment is best recommend on medication treatment.

Keyword: Family Support, Medication Adherence, Tuberculosis

PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh basil *Mycobacterium tuberculosis (M.tb)*. Bakteri ini berbentuk batang dan bersifat tahan asam sehingga dikenal juga sebagai Bakteri Tahan Asam (BTA).¹ Penyakit ini adalah salah satu penyakit menular yang sangat ditakuti, sepertiga penduduk dunia telah terinfeksi kuman *Mycobacterium tuberculosis (M.tb)*.² Jumlah kasus TB paru terbanyak berada pada wilayah Afrika (37%), wilayah Asia Tenggara (28%), dan wilayah Mediterania Timur (17%). Pada

tahun 2014 terdapat 9,6 juta penduduk dunia terinfeksi kuman TB. Berdasarkan hasil dari laporan WHO pada tahun 2015, tiga negara dengan insidensi kasus TB Paru terbanyak di dunia yaitu India (23%), Indonesia (10%) dan Cina (10%).³

Menurut laporan WHO pada tahun 2013, diperkirakan terdapat 8,6 juta kasus TB pada tahun 2012 dimana 1,1 juta orang (13%) diantaranya adalah pasien TB dengan HIV positif. Pada tahun 2012, diperkirakan terdapat 450.000 orang yang menderita TB MDR dan 170.000 orang diantaranya meninggal dunia. Meskipun jumlah kasus

TB dan jumlah kematian akibat TB tinggi tetapi sebenarnya penyakit ini bisa dicegah dan disembuhkan.²

Pada tahun 2014 penderita TB Paru di Indonesia sebesar 70 per 100.000 penduduk, menurun dibandingkan tahun 2013 yang sebesar 81 per 100.000 penduduk.⁴ Pada tahun 2013 prevalensi TB paru tertinggi berdasarkan diagnosis yaitu Jawa Barat sebesar 0,7%, DKI Jakarta dan Papua masing-masing sebesar 0,6%. Sedangkan Provinsi Sumatera Utara berada pada urutan ke 23 yaitu sebesar 0,2 %.⁵ Untuk kasus TB Paru di UPT Puskesmas Kota Medan yang merupakan peringkat utama TB Paru terdapat di Puskesmas Belawan. Sedangkan urutan kedua adalah UPT Puskesmas Teladan dan urutan ketiga adalah Puskesmas Sering.⁶

Upaya pengendalian TB dilakukan dengan *Direct Observed Treatment Short course* (DOTS) yang telah diterapkan di banyak negara sejak tahun 1995. Dengan berbagai kemajuan yang dicapai sejak tahun 2003, diperkirakan masih terdapat sekitar 9,5 juta kasus TB Paru, dan sekitar 500 ribu orang meninggal akibat TB di seluruh dunia.⁷

Penggunaan DOTS dan pemberantasan TB merupakan pengobatan dengan pengawasan langsung. Kepatuhan pasien dalam pengobatan TB Paru sangat berarti, yang mana saat ini dunia berada ditahap pencapaian tujuan *Millenium Development Goals* (MDGs) untuk mengendalikan penyebaran TB. Pada tahun 2015 angka kematian yang disebabkan oleh TB Paru menurun 45% dan diperkirakan sekitar 22 juta jiwa di dunia diselamatkan oleh program tersebut.⁸

Pengobatan TB Paru membutuhkan waktu panjang untuk mencapai penyembuhan dengan paduan (kombinasi) beberapa macam obat sehingga tidak jarang pasien berhenti minum obat sebelum masa

pengobatan selesai yang berakibat pada kegagalan dalam pengobatan TB paru.⁹

Kepatuhan dalam pengobatan membutuhkan dukungan sosial yang berasal dari dukungan keluarga, karena dukungan keluarga memegang peranan penting dalam kehidupan penderita tuberkulosis berjuang untuk sembuh, berpikir ke depan, dan menjadikan hidupnya lebih bermakna. Dukungan keluarga merupakan Faktor penting seseorang ketika menghadapi masalah (kesehatan) dan sebagai strategi preventif untuk mengurangi stress dimana pandangan hidup menjadiluas dan tidak mudah stress. Terdapat dukungan yang kuat antara keluarga dan status kesehatan anggotanya dimana keluarga sangat penting bagi setiap aspek perawatan kesehatan anggota keluarganya untuk mencapai suatu keadaan sehat hingga tingkat optimum.⁹

Maka dari itu, peneliti tertarik dengan penelitian tentang hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kepatuhan minum obat anti tuberkulosis di UPT Puskesmas Teladan.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan bersifat deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional* yang bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat anti tuberkulosis.

Penelitian ini dilakukan di UPT Puskesmas Teladan. Proses penelitian ini dilakukan mulai dari mencari literatur sampai pengolahan data yaitu bulan April 2018– Januari 2019.

Populasi penelitian ini adalah Pasien yang terdiagnosa TB Paru dan masih dalam pengobatan di UPT Puskesmas Teladan, Kota Medan.

Sampel penelitian adalah pasien TB Paru yang memenuhi kriteria inklusi selama periode Agustus 2018 hingga Januari 2019.

Adapun kriteria inklusi yaitu Penderita TB yang sedang dalam

pengobatan kategori 1 dan 2 dan Penderita yang tinggal bersama keluarga

Sedangkan untuk kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah: Penderita TB yang menolak untuk diminta menjadi responden dan Penderita TB yang tidak mengisi kuisioner secara lengkap

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah : Data primer, yaitu data yang didapat langsung dari sampel penelitian dengan cara melakukan wawancara sesuai panduan kuesioner tentang hubungan dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat anti tuberkulosis, seperti data demografi pasien TB di UPT Puskesmas Teladan..

Pengolahan data penelitian ini dengan *Editing, Coding, Entri, Cleaning*, dan *saving*. Data yang terkumpul dalam penelitian ini dianalisis secara univariat dan bivariat. Uji statistik yang digunakan untuk membantu analisis adalah uji *Chi Square*.

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di UPT Puskesmas Teladan, Kota Medan berdasarkan persetujuan Komisi Etik dengan Nomor: 226/KEPK/FKUMSU/2019. Jenis penelitian yang digunakan yaitu dengan metode *deskriptif analitik* dengan desain penelitian *cross-sectional*, yang bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat anti Tuberkulosis di UPT Puskesmas Teladan. Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari 2019.

Responden penelitian ini diperoleh dari data pasien Tuberkulosis paru (TB paru) yang terdaftar di UPT Puskesmas Teladan pada bulan Januari 2019 yang berjumlah 69 orang. Hasil penelitian ini dipaparkan sebagai berikut: karakteristik demografi responden penelitian, dukungan keluarga terhadap pasien serta dukungan keluarga terhadap tingkat kepatuhan minum obat anti

tuberkulosis berdasarkan *Morinsky Medication Adherence Schale* (MMAS).

Karakteristik Demografi Responden Penelitian

Distribusi frekuensi responden penelitian yaitu pasien TB dalam pengobatan di UPT Puskesmas Teladan berdasarkan jenis kelamin, usia, pekerjaan dan pendidikan terakhir.

Tabel 4.1 Karakteristik responden berdasarkan Data Demografi

Demografi	N	%
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	34	49,3
Perempuan	35	50,7
Usia		
Remaja (≤ 25 tahun)	14	20,3
Dewasa (26-45 tahun)	38	55,1
Lansia (≥ 46 tahun)	17	24,6
Pekerjaan		
Bekerja	36	52,2
• Buruh	3	8,33
• Petani	1	2,78
• Bengkel	1	2,78
• Wiraswasta	16	44
• Karyawan	10	27,8
• Dagang	3	8,33
• Supir	2	5,56
Tidak Bekerja	33	47,8
Pendidikan Terakhir		
Rendah	34	49,3
Tinggi	35	50,7

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan bahwa persebaran demografi pada penderita TB tidak jauh berbeda pada variabel jenis kelamin, terlihat bahwa penderita TB pada laki-laki sebanyak 34 responden (49,3%) sedangkan pada perempuan sebanyak 35 responden (50,7%). Tidak dengan variabel usia, dimana persebaran tidak merata, hal ini terlihat dari jumlah penderita pada masing-masing tingkatan usia.

No.	Pernyataan	Jarang n (%)	Selalu n (%)
1.	Mengambilkan obat bila saya tidak bisa ambil sendiri	6 (8,7%)	63 (91,3%)
4.	Mengantar berobat jika saya tidak bisa datangsendiri	3 (4,3%)	66 (95,7%)
6.	Mengingatkan minum obat bila sayalupa	3 (4,3%)	66 (95,7%)
8.	Mengantarkan saya untukperiksa	3 (4,3%)	66 (95,7%)
10.	Menemani saya saat minumobat	36 (52,2%)	33 (47,8%)
12.	Ada saatdibutuhkan	36 (52,2%)	33 (47,8%)
14.	Mencontohkan cara minum obat bila saya tidak mampu	8 (11,6%)	61 (88,4%)
16.	Mengantar saya jika tidak mampu, walau jaraknyadekat	26 (37,7%)	43 (62,3%)
19.	Mencintai saya	26 (37,7%)	43 (62,3%)
21.	Membantu memfasilitasi pengobatan bila saya tidak mampu	3 (4,3%)	66 (95,7%)
22.	Memberi nasehat saat saya menghadapi masalah	3 (4,3%)	66 (95,7%)
25.	Menanggung biaya bila saya tidakmampu	3 (4,3%)	66 (95,7%)

Pada usia remaja sebanyak 14 responden (20,3%), dewasa sebanyak 38 responden (55,1%), dan lansia sebanyak 17 responden (24,6%). Sedangkan untuk variabel pekerjaan, baik penderita yang bekerja maupun yang tidak bekerja juga tidak ada perbedaan jumlah sebagaimana variabel jenis kelamin, penderita yang bekerja ada sebanyak 36 responden (52,2%) dan penderita yang tidak bekerja ada sebanyak 33 responden (47,8%). Persebaran jenis pekerjaan diantaranya responden yang bekerja sebagai buruh sebanyak 3 responden (8,33%), pekerja bengkel sebanyak 1 responden (2,78%), wiraswasta 16 responden (44%), karyawan responden 10 responden (27,8%), petani 1 responden (2,78%), dagang 3 responden (8,33%), dan sebagai supir sebanyak 2 responden (5,56). Begitu pula dengan pendidikan terakhir pada penderita dengan pendidikan rendah sebanyak 34 responden (49,3%), dan penderita dengan pendidikan tinggi sebanyak 35 responden (50,7%).

Tabel 4.2 Distribusi jawaban responden berdasarkan Dukungan Instrumental

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa dukungan instrumental jawaban tertinggi pada jawaban selalu dengan jumlah 66 responden (95,7%) pada pernyataan 4, 6, 8, 21, 22, 25 dan jumlah paling sedikit pada jawaban jarang dengan 3 responden (4,3%).

Tabel 4.3 Distribusi jawaban responden berdasarkan Dukungan Emosional

No.	Pernyataan	Jarang n (%)	Selalu n (%)
2.	Mendorong saya untuk sembuh dan patuh dalam pengobatan	3 (4,3%)	66 (95,7%)
3.	Ada disaat saya merasakesepian	3 (4,3%)	66 (95,7%)
5.	Menginformasikan tentang manfaat dan resiko tidak patuh minumobat	3 (4,3%)	66 (95,7%)
7.	Memberikan kasihsayang	3 (4,3%)	66 (95,7%)
9.	Mau mendengarkan keluhan kesahsaya	27 (39,1%)	42 (60,9%)
11.	Memberikan perhatian	36 (52,2%)	33 (47,8%)
13.	Ada saat saya merasasendiri	12 (17,4%)	57 (82,6%)
15.	Memenuhi kebutuhan makan-minum saya dirumah	4 (5,8%)	65 (94,3%)
17.	Memberikan penghargaan bila saya sedang putusasa	26 (37,7%)	43 (62,3%)
18.	Mengingatkan saya untuk pasrah dan bersyukur kepada Tuhan	3 (4,3%)	66 (95,7%)
20.	Membantu membacakan dosis bila saya tidak mampu	26 (37,7%)	43 (62,3%)
23.	Bertemu dan berbicara, saat saya membutuhkanmereka	3 (4,3%)	66 (95,7%)
24.	Menyediakan obat dalam sebuah wadah bila saya tidak mampu	3 (4,3%)	66 (95,7%)

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan bahwa dukungan emosional jawaban tertinggi pada jawaban selalu dengan jumlah 66 responden (95,7%) pada pernyataan 2, 3, 5, 7, 23, 24 dan jumlah paling sedikit pada jawaban jarang dengan 3 responden (4,3%).

Tabel 4.4 Distribusi Responden berdasarkan tingkat kepatuhan

No.	Pernyataan	Ya n(%)	Tidak n(%)
-----	------------	------------	---------------

1.	Apakah anda terkadang lupa untuk minum obat?	21(30,4)	48(69,6)
2.	Pernahkah anda tidak minum obat selain karena alasan lupa?	30(43,5)	39(56,5)
3.	Pernahkah berhenti minum obat dan tidak memberi tahu dokter anda?	15(21,7)	54(78,3)
4.	Pernahkah anda lupa membawa obat saat dalam perjalanan?	21(30,4)	48(69,6)
5.	Apakah kemarin anda minum obat dengan lengkap?	21(30,4)	48(69,6)
6.	Apakah anda pernah berhenti untuk minum obat saat tidak ada gejala?	18(26,1)	51(73,9)
7.	Apakah anda pernah kesal dengan rencana pengobatan anda yang lama?	22(31,9)	47(68,1)
8.	Apakah anda sering lupa untuk minum obat anda?	46(66,7)	23(33,3)

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan pada pernyataan 6 dengan jawaban ya 18 responden (26,1%) dan jawaban tidak 51 responden (73,9%)

Tabel 4.5 Tabulasi silang Data Demografi dan Kepatuhan Responden

	Kepatuhan	
	Patuh n (%)	Tidak Patuh n (%)
Jenis Kelamin		
Laki	25 (73,5)	9 (26,5)
Perempuan	26 (74,3)	9 (25,7)
Usia		
Remaja	9 (64,3)	5 (35,7)
Dewasa	29 (76,3)	9 (23,7)
Lansia	13 (76,5)	4 (23,5)
Pekerjaan		
Bekerja	27 (75)	9 (25)
Tidak Bekerja	24 (72,7)	9 (27,3)
Pendidikan Terakhir		
Rendah	26 (76,5)	8 (23,5)
Tinggi	25(71,4)	10 (28,6)

Berdasarkan tabel 4.5 bahwa proporsi laki-laki sebagian menunjukkan patuh dalam pengobatan sebanyak 25 responden (73,5%) dan menunjukkan tidak patuh sebanyak 9 responden (26,5%). Begitupula proporsi perempuan yang menunjukkan sebagian besar patuh dalam pengobatan yaitu 26 responden (74,3%), dan tidak patuh sebanyak 9 responden (25,7%).

Proporsi kelompok remaja menunjukkan bahwa sebagian besar patuh dalam pengobatan yaitu 9 responden (64,3%), dan menunjukkan tidak patuh sebanyak 5 responden (35,7%). Proporsi kelompok dewasa menunjukkan bahwa sebagian besar patuh dalam pengobatan yaitu 29 responden (76,3%), dan tidak patuh sebanyak 9 responden (23,7%). Proporsi kelompok lansia menunjukkan bahwa sebagian besar patuh dalam pengobatan yaitu 13 responden (76,5%), dan tidak patuh sebanyak 4 responden (23,5%).

Proporsi responden yang bekerja menunjukkan bahwa sebagian besar patuh dalam pengobatan yaitu 27 responden (75%), dan tidak patuh sebanyak 9 responden (25%). Begitupula responden yang tidak bekerja menunjukkan bahwa sebagian besar patuh dalam pengobatan yaitu 24 responden (72,7%), dan tidak patuh sebanyak 9 responden (27,3%).

Proporsi responden yang berpendidikan rendah menunjukkan bahwa sebagian besar patuh dalam pengobatan yaitu 26 responden (76,5%) dan tidak patuh sebanyak 8 responden (23,5%). Begitupula responden yang berpendidikan tinggi menunjukkan bahwa sebagian besar patuh dalam pengobatan yaitu 25 responden (71,4%), dan tidak patuh sebanyak 10 responden (28,6%).

Variabel Dependen dan Independen

Analisis univariat dalam penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan hasil dari pengambilan data responden. Hal yang dianalisa dalam penelitian ini yaitu mengenai dukungan keluarga dan kepatuhan minum obat, didapat hasil tabulasi silang sebagaimana tabel dibawah ini:

Tabel 4.6 Distribusi frekuensi responden menurut dukungan dan kepatuhan minum obat (n=69)

Variabel	N	%
Dukungan		
Baik	42	60,9
Buruk	27	39,1
Kepatuhan		
Patuh	51	73,9
Tidak Patuh	18	26,1

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan bahwa dukungan keluarga pada penderita di puskesmas teladan dengan kategori baik terdapat sebanyak 42 responden (60,9%), dan dengan kategori buruk terdapat sebanyak 27 responden (39,1%). Sedangkan kepatuhan minum obat pada penderita TB yang termasuk kategori patuh sebanyak 51 responden (73,9%), dengan kategori tidak patuh sebanyak 18 responden (26,1%).

Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk melihat hubungan antara 2 variabel yaitu variabel dukungan keluarga dengan variabel kepatuhan minum obat. Uji bivariat dilakukan menggunakan uji *Chi Square* dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$).

Untuk mengetahui apakah ada hubungan atau tidak maka diperlukan uji statistik menggunakan *Chi Square*, karena kedua variabel merupakan data kategorik. Nilai *pvalue* yang diharapkan bisa lebih kecil dari 0,05 sehingga uji statistik bermakna. Syarat melakukan uji *Chi Square* ialah sel yang mempunyai nilai *expected* lebih kecil dari 5 maksimal 20% dari jumlah sel. Sehingga untuk mengetahuinya dilihat nilai *expected* pada masing-masing sel.

Tabel 4.7 Distribusi frekuensi responden menurut dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat di puskesmas teladan.

	Kepatuhan		<i>*p value</i>
	Patuh n n(%)	Tidak Patuh n(%)	
Dukungan keluarga			
Buruk	13 (48,1)	14 (51,9)	0,000
Baik	38 (90,5)	4 (9,5)	

**Uji Statistik Chi Square*

Berdasarkan tabel 4.3.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang memiliki dukungan keluarga baik, menunjukkan tingkat kepatuhan yang baik sebesar 90,5% dan hanya 48,1% kepatuhan yang baik ditunjukkan dari dukungan keluarga yang buruk. *P value* sebesar 0,000 menunjukkan bahwa dukungan keluarga memiliki pengaruh terhadap tingkat kepatuhan pasien terhadap kelancaran mengkonsumsi obat

TB karena $p > 0,05$.

PEMBAHASAN

Gambaran Jenis Kelamin terhadap Kepatuhan

Pada penelitian ini didapat bahwa pada jenis kelamin laki-laki dan perempuan cenderung sama, karena persentase antara kedua variabel tidak ada perbedaan. Namun pada penelitian Hiswani dalam Sahat mengatakan ada perbedaan kejadian TB pada jenis kelamin, bahwa laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan hal ini diakibatkan gaya hidup laki-laki cenderung lebih banyak merokok dimana merokok dapat memperparah penyakit tuberkulosis. (*Public Health Agency of Canada*).^{10,11}

Menurut Riskesdas, prevalensi TB paru pada laki-laki 20 % lebih tinggi dibandingkan perempuan.¹² Perbedaan angka ini dikarenakan pada wilayah penelitian yang dilakukan perempuan cenderung lebih waspada terhadap penyakit yang diderita karena takut menularkan kepada anaknya sehingga mereka akan mencari pengobatan. Dari informasi yang didapat bahwa beberapa suami penderita yang juga terkena infeksi TB menolak jika dilakukan pengobatan karena akan mengganggu kesibukan mereka saat dilakukan pemeriksaan. Perbedaan frekuensi tidak hanya terlihat pada hubungannya dengan kejadian TB, namun juga dengan kepatuhan responden dalam pengobatan. Hasil persentase dari dua kategori jenis kelamin menunjukkan tingkat kepatuhan yang sama, artinya tidak ada perbedaan diantara keduanya dalam tingkat kepatuhan atau bahkan bisa dikatakan sama. Hal ini terlihat pula dari hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti terhadap responden, dimana jawaban responden mengenai hal ini ialah mereka tidak mau menularkan infeksi ini kepada keluarga terutama anak mereka, mengingat seluruh responden telah memiliki keluarga.

Gambaran Usia terhadap Kepatuhan

Hasil penelitian didapatkan persebaran data terbanyak berada di sekitar usia pertengahan yaitu 26-45 tahun dimana seseorang pada rentang umur tersebut rentan untuk terkena penyakit TB, selain itu pada usia pertengahan seseorang akan cenderung lebih aktif dalam

berinteraksi sosial sehingga keterpaparan terhadap infeksi TB akan lebih besar pula. Sebagaimana hasil penelitian Hiswani dalam Sahat bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi kejadian TB paru ialah usia 15-50 tahun. Usia 26-45 termasuk dalam rentang 15-50 tahun.¹⁰

Kaitannya antara usia dan kepatuhan juga menunjukkan bahwa pada ketiga kategori usia tidak perbedaan dengan tingkat kepatuhan. Dimana persentase usia remaja, dewasa, dan lansia yang patuh memiliki jumlah yang tidak jauh berbeda. Hal ini dikarenakan pada usia tersebut, responden baik usia remaja, dewasa, ataupun lansia memiliki tingkat kesadaran yang tinggi akan pengobatan bisa. Hasil wawancara peneliti mendapatkan pada usia tersebut mereka harus bisa memenuhi kebutuhan keluarga mengingat sosial ekonomi mereka menengah ke bawah sehingga alasan sakit tidak boleh sampai menghalangi pekerjaan mereka.

Gambaran Pekerjaan terhadap Kepatuhan

Hasil penelitian didapatkan bahwa penderita yang menderita penyakit TB lebih banyak pada penderita yang bekerja (52,2%) dari pada yang tidak bekerja (47,8%). Sesuai dengan penelitian Herryanto dalam Sahat yang menyatakan bahwa terdapat proporsi menurut pekerjaan, sebagian besar penderita yang tidak bekerja 34,9 %.¹⁰

Persebaran pekerjaan pada penderita TB di UPT Puskesmas Teladan ini yaitu buruh, pekerja bengkel, wiraswasta, karyawan, petani, dagang, dan supir. Data yang berbeda pada penelitian ini ialah didapatkan rata-rata pekerjaan yang dilakukan responden ialah pekerjaan yang berada didalam ruangan. Walaupun tidak sesuai dengan hasil studi literatur yang dilakukan Sahat, namun data ini sesuai dengan teori dalam Curry yang mengatakan bahwa penularan TB akan lebih cepat pada tempat yang sedikit terjadi sirkulasi udara.¹³

Kaitannya antara pekerjaan dan kepatuhan didapatkan bahwa tidak ada perbedaan persentase pada kategori yang bekerja dan tidak bekerja dengan kepatuhan. Tidak adanya perbedaan ini dikarenakan bekerja bukanlah halangan untuk mereka tidak mau melakukan pengobatan, mengingat jadwal yang hanya 2 kali seminggu, sehingga tidak mengganggu rutinitas

pekerjaan mereka. Sedangkan yang tidak bekerja, juga banyak yang patuh karena tidak ada aktifitas lain yang terganggu akibat pengobatan.

Gambaran Pendidikan Terakhir terhadap Kepatuhan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persebaran penderita TB cenderung banyak yang berpendidikan tinggi yaitu sebanyak 50,7%. Namun pada penelitian Herryanto dalam Sahat, pendidikan rendah (tidak sekolah, tidak tamat SD, dan tamat SD) merupakan salah satu faktor yang menyebabkan terjadinya TB.¹⁰ Laporan riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2013 juga menyatakan bahwa prevalensi penyakit TB cenderung meningkat pada pendidikan rendah.¹⁴ Perbedaan hasil ini dimungkinkan karena adanya peraturan wajib pendidikan 12 tahun sehingga kebanyakan responden berpendidikan SMA.

Tidak ada perbedaan jumlah persentase antara kedua kategori terkait pendidikan terakhir, yakni rendah dan tinggi dengan tingkat kepatuhan. Sedikitnya selisih pada persentase ini dikarenakan kepatuhan merupakan bentuk perilaku seseorang, sedangkan pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku.¹⁵ Pengetahuan tidak selalu sebanding dengan tingkat pendidikan, karena seseorang bisa tahu dengan mencari informasi baik melalui bertanya atau membaca.

Gambaran Dukungan Keluarga Penderita Tuberkulosis

Hasil analisis, didapatkan dukungan keluarga yang diberikan kepada penderita TB di UPT Puskesmas Teladan sudah cukup baik, terlihat dari data ada sebanyak 60,9%. Sebagaimana diketahui bahwa keluarga, baik inti maupun keluarga besar berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggota-anggotanya. Menurut Scheurer, pembagian fungsi dukungan sosial keluarga adalah dukungan instrumental, dimana keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit.¹⁶ Bila salah satu anggota keluarga ada yang sakit, secara nyata keluarga harus memberikan pertolongan, dalam hal ini penderita TB memerlukan pertolongan keluarga. Selain itu fungsi keluarga adalah dukungan informasional keluarga berfungsi sebuah kolektor dan desinator (penyebarkan) informasi tentang dunia. Dalam kasus ini, keluarga dapat mendukung penderita dengan memberikan

informasi yang adekuat. Dan yang terakhir adalah dukungan emosional. Dalam dukungan emosional, keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Jadi hal tersebut sangat relevan dengan teori tersebut, responden benar-benar merasakan dukungan keluarga sebagai faktor penunjang kepatuhan mereka untuk minum OAT secara teratur.

Sebanyak 40,1% responden mendapatkan dukungan yang tidak baik, dimana hal ini dapat berimbas pada kepatuhan terhadap pengobatan. Hal ini terlihat dari hasil observasi peneliti saat pengambilan data. Masih ada penderita yang merasa kurang dekat dengan keluarga dan takut merepotkan keluarganya. Sehingga saat mereka butuh bantuan, mereka merasa malu untuk meminta bantuan yang pada akhirnya berimbas pada ketidakpatuhan pasien. Diharapkan keluarga untuk aktif dalam pengobatan responden agar kepatuhan dalam pengobatan dapat tercapai.

Gambaran Kepatuhan Minum Obat Penderita Tuberkulosis

Kepatuhan minum obat pada masyarakat medan di UPT Puskesmas Teladan juga termasuk dalam kategori baik, karena dari distribusi data didapat lebih dari 70% atau lebih dari separuh populasi termasuk dalam kategori patuh. Dalam penelitiannya, Syakira juga menyatakan bahwa lebih dari 50% penderita yang patuh dalam pengobatan. Sejalan pula dengan data dari BIMKMI angka capaian Indonesia dalam pengobatan ialah sebesar 91%, dan mengalami penurunan pada tahun 2014 angka capaian pengobatan menurun.¹⁷ Salah satu alasan dari tidak berhasilnya pengobatan ialah kepatuhan itu sendiri. Penurunan angka ini sangat disayangkan karena tujuan pengobatan ialah diharapkan bisa memberantas hingga 100%. Dari hasil pengamatan saat melakukan pengambilan data 30% responden yang tidak patuh, dikarenakan beberapa hal, yakni: (a) Kurangnya petugas puskesmas untuk selalu melakukan pendidikan kesehatan mengenai pentingnya kepatuhan minum obat, karena tergesa-gesa saat memberikan obat agar antrian tidak terlalu lama. (b) Masih ada keluarga yang kurang peduli dengan keluarga terlihat dari terdapat salah satu penderita dengan gangguan

psikologi mengambil obat sendiri; dan (c) Masih ada responden yang belum tahu aturan pengobatan sehingga saat mereka pindah tempat atau mudik, tidak memberi tahu petugas terlebih dahulu yang berimbas pengulangan pengobatan.

Analisis Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan dalam pengobatan akan meningkat ketika pasien mendapatkan bantuan dari keluarga.¹⁸ Disamping itu, pasien yang tidak memiliki keluarga atau memiliki *nonsupportive/ nonavailable/ conflicted family* akan mempengaruhi terminasi pengobatan lebih awal dan hasil yang tidak memuaskan.¹⁹ Hasil analisis bivariat menyimpulkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dan kepatuhan minum obat penderita TB. Pernyataan ini didukung pula oleh penelitian Warsito dan Handayani yang menyebutkan bahwa ada hubungan yang positif dan bermakna antara dukungan sosial keluarga dengan kepatuhan minum obat.^{20,21} Diperkuat pula dengan penelitian yang dilakukan oleh Permatasari dalam Sahat (2010) yang menyatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan pengobatan pada penderita TB ialah dukungan keluarga. Penelitian Jojor yang menemukan bahwa pengobatan pasien TB Paru yang tidak lengkap disebabkan oleh peranan anggota keluarga yang tidak sepenuhnya mendampingi penderita.³² Akibatnya penyakit yang diderita kambuh kembali dan dapat menular kepada anggota keluarga yang lain. Pada beberapa penelitian yang lain pula menyebutkan bahwa selain pada penderita tuberkulosis, dukungan keluarga mempengaruhi kepatuhan minum obat baik pada penderita HIV, Hipertensi, maupun Skizofrenia.

DAFTAR PUSTAKA

33. Amin Z, Bahar A. Tuberkulosis Paru In : Sudoyo AW, dkk. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jilid I. Edisi 6*. Jakarta : Interna Publishing ; 2014 p863-872
34. Kementrian RI Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan lingkungan. *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Jakarta ; 2014
35. WHO. Global Tuberculosis Report 2015.

36. Kementrian Kesehatan RI. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI ; 2015
37. Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. *Hasil riskesdas tahun 2013*. Jakarta ; 2013
38. Dinas Kesehatan Kota Medan. *Profil kesehatan Kota Medan Tahun 2015*. Medan: Dinas Kesehatan Kota Medan ; 2016
39. Departemen Kesehatan RI. *Strategi Nasional Pengendalian TB di Indonesia Tahun 2010-2014*. Jakarta: Depkes ; 2015
40. World Health Organization. *Defenition and diagnosis of pulmonolgy tuberculosis*. Geneva ; 2013
41. Yoga A, Sri W, Puji P. *Hubungan Kepatuhan Berobat Dengan Kesembuhan Pada Penderita TB Paru di BKM Wilayah semarang*. Semarang ; 2015
42. Sahat P Manalu, Helper. (2010). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian TB Paru dan Upaya Penanggulangannya. *Jurnal Ekologi Kesehatan Vol. 9 No 4, Desember 2010 : 1340 – 1346*. Diakses dari bpk.litbang.depkes.go.id/index.php/jek/article/download/1598/pdf.
43. Public Health Agency of Canada. (2010). Tuberculosis (TB) and Tobacco Smoking
44. Riset Kesehatan Dasar. (2007).
45. Curry, F.J. (2007). National Tuberculosis Center: *Tuberculosis Infection Control: A Practical Manual for Preventing TB*, [inclusive page numbers].
46. Riset Kesehatan Dasar. (2013).
47. Sunaryo. (2004). *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC
48. Scheurer, D., Niteesh Choudhry, Kellie A. Swanton, Olga Matlin, dan Will Shrank. (2012). *The American Journal Of Managed Care* Vol. 18, No. 12
49. *Berkala Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Indonesia (BIMKMI)* vol. 1 No 1 Oktober 2012
50. Glick, I.D, Anya H. Stekoll, dan Spencer Hays. (2011). The Role of the Family and Improvement in Treatment Maintenance, Adherence, and Outcome for Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology* Volume 31, Number 1, February 2011.
51. Warsito.(2009). Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat pada Fase Intensif pada Penderita TB di Puskesmas Pracimantoro Wonogiri Jawa Tengah. Tesis
52. Handayani, Meery. (2011). *Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita Tuberkulosis Paru di Poliklinik Paru RSUP dr. M. Djamil Padang*. Skripsi
53. Jojor.(2004). Ketidakpatuhan Pasien TB Paru dalam Hal Pengobatan. Skripsi