

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) atau yang lebih dikenal dengan sebutan TBC penyakit menular yang disebabkan kuman TB *Mycobacterium Tuberculosis* yang dapat didiagnosis melalui hasil uji biakan dahak dan hasil radiologi. Kuman *Tuberkulosis* menyerang organ paru-paru dan dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Sumber penularannya adalah dari pasien langsung melalui percikan dahak pada waktu batuk atau bersin (Depkes, 2014).

Adapun beberapa gejala yang dapat timbul dari penderita TB Paru diantaranya: (1) batuk berdahak lebih dari 2 minggu, (2) mengalami sesak nafas, (3) berat badan menurun, dan (4) keringat di malam hari tanpa aktifitas. Jika ditemukan gejala, maka segeralah berobat ke Puskesmas atau ke Klinik terdekat untuk diperiksa dahaknya. Enam Negara dengan jumlah terbesar kasus insiden TB Paru pada tahun 2014 berdasarkan *Global Tuberculosis Report 2014* adalah India sebanyak 2,3 juta penderita, China 1,1 juta, Nigeria 880.000 penderita, Pakistan 650.000, Indonesia 520.000 penderita, Afrika selatan 520.000 penderita TB Paru. Dari data tersebut terlihat bahwa Indonesia menduduki urutan ke 5 terbanyak dalam kasus TB Paru secara global (WHO, 2015).

Prevalensi TB Paru di Indonesia dikelompokkan dalam tiga wilayah, yaitu Sumatera sebesar 160/100.000 penduduk, wilayah Jawa dan Bali sebesar 110/100.000 penduduk dan wilayah Indonesia bagian Timur sebesar 210/100.000 penduduk. Penemuan kasus *Tuberkulosis* paru dilakukan melalui penjarangan penderita yang dicurigai atau suspek *Tuberkulosis* paru yang berobat ke sarana kesehatan. Perkiraan penderita *Tuberkulosis* paru BTA (+) 16/1000 penduduk.(Kemenkes RI, 2015).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) tahun 2017, prevalensi kejadian TB Paru di Indonesia dari tahun ketahun mengalami peningkatan jumlah kasus yang ditemukan dan diobati dengan Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resisten Obat (MTPTRO). Penanggulangan di Indonesia dalam memecahkan permasalahan TB Paru ini salah satunya dengan melakukan pembagian Obat Anti Tuberkulosis (OAT) secara gratis bagi penderita TB Paru hanya saja beberapa kendala yang ditemui seperti kesulitan menemukan penderita TB Paru BTA (BTA), *Droup Out* pengobatan dan ketidakpatuhan berobat. Apabila masalah ini tidak segera teratasi, maka penderita tersebut akan terus menjadi sumber penularan (Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia, 2012).

Kejadian *Multiple Drug Resistance Tuberculosis* (TB MDR) di Indonesia ditemukan sebanyak 32.000 kasus resisten terhadap Obat Anti *Tuberculosis* (OAT) pada tahun 2016. Beberapa survey dilakukan dalam mendeteksi dini resisten obat TB Paru pada tahun 2004 sampai 2010, dimana sepanjang tahun tersebut ditemukan kasus TB baru yang langsung resisten

terhadap OAT sebanyak 28.000 dan kasus TB Paru lama sebanyak 16.000. Sehingga jumlah kematian akibat TB Paru diperkirakan sekitar 110.000 kasus setiap tahunnya (WHO, 2017). Berdasarkan data dan informasi profil kesehatan Indonesia tahun 2017 tercatat jumlah kasus baru dengan Bakteri Tahan Asam (BTA) positif sebanyak 156.723 diseluruh wilayah Indonesia (Kemenkes RI, 2017).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Riau penemuan kasus *Tuberkulosis* paru masih tinggi ditemukan yaitu tahun 2013 sebanyak 3.660 kasus dan tahun 2014 kasus *Tuberkulosis* paru masih mengalami peningkatan yaitu sebanyak 3.896 kasus. Pada tahun 2015 ditemukan 3.914 kasus, pada tahun 2016 ditemukan sebanyak 3.926 kasus, pada tahun 2017 ditemukan sebanyak 4.154 kasus yang tersebar dalam 12 Kabupaten /Kota dalam Provinsi Riau. Dari data tersebut dapat diketahui bahwa penemuan penderita TB Paru selama 5 tahun berturut-turut selalu mengalami peningkatan meskipun sudah dilakukan upaya pengobatan dari tenaga kesehatan, hal ini disebabkan karena beberapa faktor yaitu ketidak patuhan penderita TB Paru dalam mengkonsumsi obat & menjalani pengobatan serta kurangnya peranan keluarga dalam memotivasi & mengontrol penderita dalam mengkonsumsi Obat Anti Tuberkulosis (OAT) secara rutin, sehingga hal ini juga menyebabkan semakin tingginya angka kekambuhan TB Paru (Dinkes Riau, 2017).

Kekambuhan merupakan peristiwa timbulnya kembali gejala-gejala yang sebelumnya sudah mengalami kemajuan, sehingga dapat memperburuk

keadaan dari suatu penyakit. Kekambuhan TB Paru merupakan salah satu masalah terbesar dalam program penanggulangan TB Paru. Dalam pengobatan, kelalaian penderita dalam mengkonsumsi obat TB Paru dan permasalahan *Multidrug resistant tuberculosis* (MDR-TB) sampai saat ini masih tercatat pada level tertinggi sebagai penyebab dari kekambuhan TB Paru. Resiko kekambuhan penyakit TB Paru di Indonesia setiap tahunnya berkisar antara 1-3%. Angka ini cukup tinggi, sebagai gambaran resiko kekambuhan 1% artinya diantara 100.000 penduduk rata-rata ada 100 penderita TB Paru setiap tahunnya. Dari 100 orang penderita TB Paru hampir 50 orang BTA positif, artinya dahak penderita TB masih mengandung kuman TB paru. Masalah kesehatan paru masyarakat Indonesia memerlukan perhatian, karena sampai dengan 2016 lalu, Indonesia menjadi negara kedua terbesar penderita *tuberculosis* (TB) setelah India (Depkes RI, 2016).

Pada umumnya permasalahan yang dihadapi oleh penderita TB paru adalah kurangnya pengetahuan, motivasi keluarga dan ketidak patuhan dari penderita itu sendiri dalam minum obat. Sedangkan keadaan di lapangan masih terdapat penderita TB Paru yang gagal menjalani pengobatan secara lengkap dan teratur, keadaan ini disebabkan oleh banyak faktor, antara lain status gizi, penyakit penyerta yang memudahkan terjadinya infeksi, adanya paparan ulang, ketidakpatuhan dalam pengobatan dan kurangnya motivasi keluarga dalam pengobatan. Tetapi diantara faktor-faktor tersebut yang paling banyak memainkan perannya adalah ketidakpatuhan penderita dalam menjalani pengobatan (Kurniati, 2007).

Pengobatan yang tidak teratur atau kelalaian dalam mengkonsumsi obat-obatan anti tuberkulosis (OAT), pemakaian oat yang tidak atau kurang tepat maupun pengobatan yang terputus dapat mengakibatkan resistensi bakteri terhadap obat. Komplikasi tuberkulosis yang serius dan meluas saat ini yaitu berkembangnya basil tuberkulosis yang resisten terhadap berbagai kombinasi obat yang dapat menyebabkan keparahan bahkan tuberkulosis ekstra paru seperti TB perikarditis, TB meningitis, TB spondilitis, TB pencernaan, dan TB saluran kemih. Sehingga siapapun yang terpajan dengan galur basil ini, dapat menyebabkan menderita TB resisten multi-obat, yang dalam beberapa tahun dapat menyebabkan morbiditas dan kematian, jika sudah demikian akan membutuhkan terapi yang lebih banyak dan juga mahal dengan kecendrungan mengalami kegagalan (Corwin, 2008).

Kepatuhan merupakan hal yang sangat penting dalam perilaku hidup sehat. Kepatuhan minum OAT adalah mengkonsumsi obat-obatan yang telah diresepkan oleh dokter pada waktu dan dosis yang tepat. Pengobatan hanya akan efektif apabila pasien mematuhi aturan dalam penggunaan obat. Selain itu, masalah lainnya adalah pengobatan penyakit TB Paru memerlukan jangka waktu pengobatan yang lama dan rutin yaitu 6-8 bulan. Penderita yang meminum obat secara tidak teratur atau tidak selesai, justru akan mengakibatkan terjadinya kekebalan ganda kuman TB Paru terhadap Obat Anti Tuberculosis (OAT), yang akhirnya untuk pengobatannya penderita harus mengeluarkan biaya yang tinggi serta dalam jangka waktu yang relatif lebih lama (Laban, 2008).

Ketidakpatuhan untuk berobat secara teratur bagi penderita TB Paru tetap menjadi hambatan untuk mencapai angka kesembuhan yang tinggi. Kebanyakan penderita tidak datang selama fase intensif karena tidak adekuatnya motivasi terhadap kepatuhan berobat dan kebanyakan penderita merasa nyaman pada akhir fase intensif dan merasa tidak perlu kembali melanjutkan pengobatan (Masniari dkk, 2007). Semakin tinggi motivasi seseorang untuk mencapai sesuatu, maka semakin tinggi pula usaha yang dikeluarkan untuk mencapai tujuan yang diinginkan (Mamik, 2010). Berdasarkan data dari Berkala Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Indonesia (BIMKMI), didapat data bahwa angka capaian Indonesia dalam pemberian obat anti tuberkulosis sudah mencapai sebesar 91%, namun angka temuan kasus baru sekitar 71%, maka pada tahun 2014 angka capaian pengobatan menurun menjadi 87% dengan temuan kasus baru 40,47% (Departemen Kesehatan, 2015). Hal ini menandakan bahwa Indonesia berhasil melakukan pengobatan namun masih kurang dalam pemantauan kepatuhan penderita dalam mengkonsumsi obat, akibatnya angka *Multi Drug Resistance* akan semakin tinggi. Beberapa faktor yang mempengaruhi penderita dalam mengkonsumsi Obat Anti Tuberkulosis diantaranya pendidikan, akomodasi, modifikasi faktor lingkungan dan sosial, perubahan model terapi, faktor sosial ekonomi dan kurangnya peranan keluarga dalam mengontrol dan memberi motivasi penderita TB Paru dalam mengkonsumsi Obat Anti Tuberkulosis. (BIMKMI, 2014).

Keluarga sebagai sumber dukungan sosial dapat menjadi faktor kunci dalam penyembuhan pasien, walaupun keluarga tidak selalu merupakan sumber positif dalam kesehatan, mereka paling sering menjadi bagian terpenting dalam penyembuhan (Videbeck, 2008). Beberapa penelitian mengemukakan bahwa dukungan keluarga sangat berhubungan dengan manajemen penyakit kronik, kepatuhan dalam medikasi dan beradaptasi dalam gaya hidup. Dukungan keluarga juga merupakan dukungan yang kontinu karena dapat mengontrol lebih intens, disamping itu keluarga juga merupakan komponen paling dekat dengan penderita sehingga hubungan saling percaya akan terjadi dan sikap terhadap pengobatan dapat dirubah atau dipengaruhi (Fitzpatrick, 2005)

Setelah dilakukan survei awal terhadap 10 penderita TB Paru, ditemukan sebagian besar penyebab dari kekambuhan TB Paru dikarenakan tidak patuhnya minum obat dan kurangnya peranan keluarga dalam memotivasi dan mengontrol penderita dalam mengkonsumsi Obat Anti Tuberculosis (OAT). Dukungan keluarga merupakan bagian dari dukungan sosial, individu yang termasuk dalam memberikan dukungan sosial meliputi pasangan (suami/istri), orang tua, anak, sanak keluarga, teman, tim kesehatan, atasan, dan konselor. Beberapa pendapat mengatakan kedekatan dalam hubungan merupakan sumber dukungan sosial yang paling penting dalam memotivasi kepatuhan penderita mengkonsumsi Obat Anti Tuberculosis sehingga angka kesembuhan TB Paru meningkat (Rodin dan Salovey dalam Smet dalam Nursalam, 2007).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Paru Center Aulia Hospital Pekanbaru jumlah penderita TB BTA positif yang melakukan pengobatan di Paru Center Aulia Hospital pada tahun 2017 berjumlah 102 orang, dengan jumlah penderita TB yang mengalami kekambuhan sebanyak 62 orang (60,7%) pada tahun 2018 mengalami peningkatan menjadi 118 orang, dengan jumlah penderita yang mengalami kekambuhan sebanyak 82 orang (69,5%) sedangkan pada bulan januari sampai dengan maret tahun 2019 data penderita TB paru baru yang berobat ke paru center yaitu 152 orang dengan penderita yang mengalami kekambuhan sebanyak 106 orang (69,7%). Dari data tersebut diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa jumlah kekambuhan pada penderita TB Paru di Aulia Hospital dari tahun 2017 sampai dengan maret tahun 2019 mengalami peningkatan. Dari hasil wawancara terhadap 10 orang penderita yang melakukan pengobatan di Paru Center Aulia Hospital di dapatkan data bahwa penyebab kekambuhan TB Paru atau TB berulang ialah ketidakpatuhan penderita dalam mengkonsumsi Obat Anti Tuberkulosis (OAT) secara rutin dikarenakan penderita merasa jenuh mengkonsumsi obat dan kurangnya perhatian keluarga terhadap penderita dalam mengingatkan dan memberikan motivasi penderita dalam mengkonsumsi obat secara rutin dan tepat waktu yang dikarenakan kesibukan dari masing-masing keluarga dalam bekerja. Berdasarkan data tersebut diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang Hubungan Tingkat Kepatuhan Minum Obat dan Motivasi Keluarga dengan Kekambuhan Penderita TB Paru di Paru Center Aulia Hospital Pekanbaru.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah penelitian ini adalah

1. “Apakah ada Hubungan Tingkat Kepatuhan Minum Obat dengan Kekambuhan Penderita TB Paru di Paru Center Aulia Hospital Pekanbaru Tahun 2019?”
2. “Apakah ada Hubungan Motivasi Keluarga dengan Kekambuhan Penderita TB Paru di Paru Center Aulia Hospital Pekanbaru Tahun 2019?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan tingkat kepatuhan minum obat dan motivasi keluarga dengan kekambuhan penderita TB Paru di Paru Center Aulia Hospital Pekanbaru Tahun 2019.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui distribusi tingkat kepatuhan minum obat, motivasi keluarga dan kekambuhan penderita TB Paru di Paru Center Aulia Hospital Pekanbaru Tahun 2019.
- b. Untuk mengetahui hubungan tingkat kepatuhan minum obat dengan kekambuhan penderita TB Paru di Paru Center Aulia Hospital Pekanbaru Tahun 2019.

- c. Untuk mengetahui hubungan motivasi keluarga dengan kekambuhan penderita TB Paru di Paru Center Aulia Hospital Pekanbaru Tahun 2019.

D. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi landasan dalam mengembangkan media pembelajaran atau penerapan media pembelajaran secara lebih lanjut dan juga sebagai referensi bagi mahasiswa yang melakukan penelitian tentang kekambuhan penderita TB Paru.

2. Praktis

Sebagai bahan Perpustakaan, informasi dan masukan bagi pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan dalam mengatasi tingkat kepatuhan minum obat dan motivasi keluarga dengan kekambuhan penderita TB Paru.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teoritis

1. Konsep Tuberculosis Paru

a. Definisi Tuberculosis Paru

Tuberculosis Paru adalah suatu penyakit infeksi yang menyerang paru-paru yang secara khas ditandai oleh pembentukan granuloma dan menimbulkan nekrosis jaringan, penyakit ini bersifat menahun dan dapat menular dari penderita kepada orang lain (Manurung, 2008). Tuberculosis Paru adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh basil *Mikobakterium Tuberculosis*, Tuberculosis Paru merupakan penyakit saluran pernapasan bagian bawah (Hood Alsagaf, 2010).

b. Etiologi Tuberculosis Paru

Penyebab penyakit Tuberculosis Paru adalah *Mycobacterium Tuberculosis* dan *Mycobacterium Bovis*. Kuman tersebut berukuran 0,5-4 mikron x 0,3-0,6 mikron dengan bentuk batang tipis, lurus agak bengkok, bergranular atau tidak mempunyai selubung, tetapi mempunyai lapisan luar tebal yang terdiri dari lipoid. Bakteri ini dapat bertahan terhadap pencucian warna dengan asam dan alkohol, sehingga sering disebut basil tahan asam (BTA), serta tahan terhadap zat kimia dan fisik, kuman ini juga tahan dalam keadaan kering dan dingin,

bersifat dorman dan aerob. Bakteri Tuberkulosis dapat mati dengan pemanasan 100⁰C selama 10-15 menit atau 60⁰C selama 30 menit dan dengan alcohol 70%-95% selama 15-30 detik, bakteri ini tahan diudara lembab selama 1-2 jam, namun tidak tahan terhadap sinar dan aliran udara (Widoyono, 2005).

c. patofisiologi Tuberculosis Paru

Kuman *Mycobacterium Tuberculosis* kebanyakan infeksi terjadi melalui udara (*Air Bone*), yaitu melalui inhalasi droplet yang mengandung kuman-kuman basil tuberkulosis yang terinfeksi. Basil tuberkulosis yang mencapai alveolus dan diinhalasi biasanya terdiri atas satu sampai tiga gumpalan. Basil yang lebih besar cenderung bertahan disaluran hidung dan cabang besarakan mulai mengakibatkan peradangan. *Leukosit Polimorfonuklear* tampak mefagosit bakteri ditempat ini, namun tidak membunuh organisme tersebut. Sesudah hari pertama, maka leukosit diganti oleh makrofag. Alveoli yang terserang akan mengalami konsolidasi dan timbul gejala pneumonia akut. Pneumonia selular ini dapat sembuh dengan sendirinya, sehingga tidak ada sisa yang tertinggal atau proses dapat berjalan terus dan bakteri terus difagosit atau berkembang biak didalam sel. Basil juga menyebar melalui getah bening regional. Makrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu, sehingga membentuk sel tuberkulosis epiteloit yang dikelilingi oleh foist. Reaksi ini biasanya membutuhkan waktu 10-20 jam (Muhammad Ardiansyah, 2012).

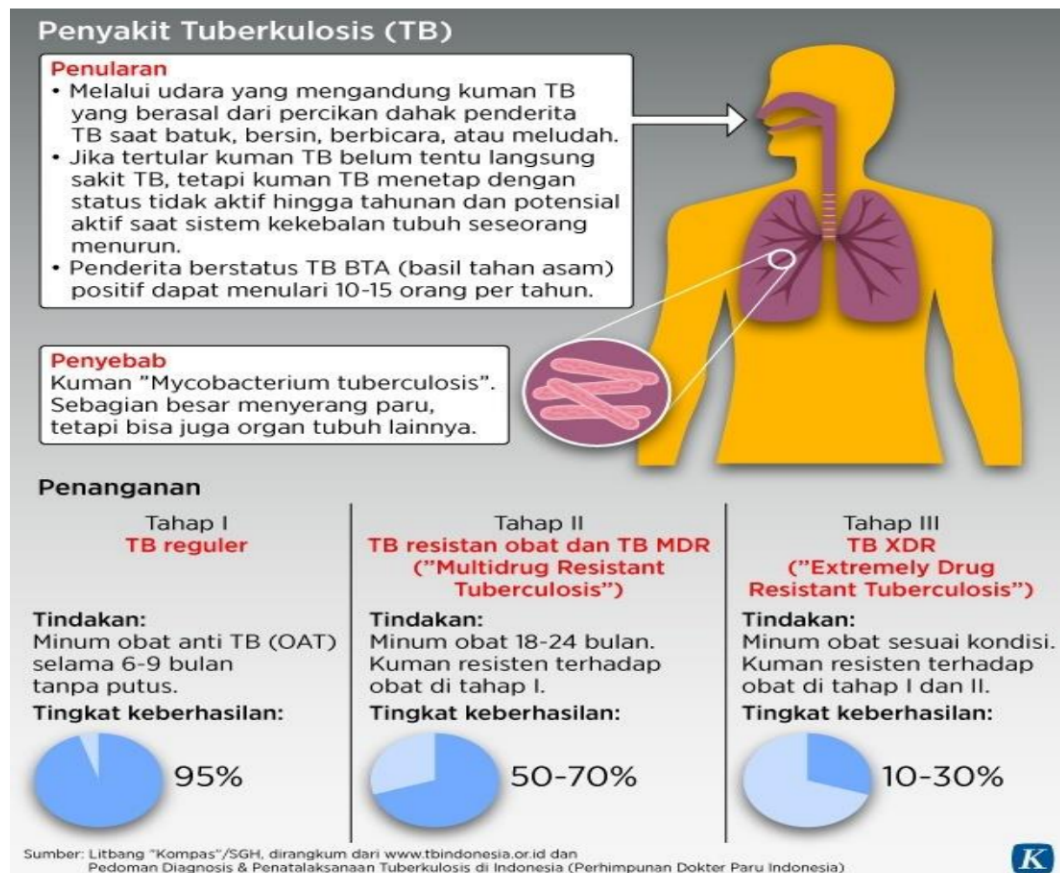
d. Manifestasi Klinis Tuberkulosis Paru

Penyakit tuberkulosis paling sering menyerang organ paru, tetapi sebagian kecil dapat menyerang organ-organ lain, misalnya : otak, tulang, kelenjar getah bening, kulit, usus, mata, telinga dan lain-lain.

Tanda dan gejala yang sering muncul pada penderita tuberkulosis paru adalah :

- 1) Batuk-batuk (lebih dari 3 minggu)
- 2) Demam (terutama sore hari)
- 3) Nafsu makan berkurang
- 4) Berat badan menurun
- 5) Keringat malam hari
- 6) Badan terasa lemah atau mudah capek atau rasa malas
- 7) Sesak nafas (bila penyakit sudah lanjut)
- 8) Sakit dada, bila terjadi peradangan selaput paru atau dinding dada

(Ahmad Hudoyo,2008).



Gambar 2.1 : Cara Penularan dan Penanganan Tuberkulosis Paru

Selain yang dijelaskan diatas, juga dapat melakukan langkah-langkah berikut ini :

- 1) Obati penderita TB Paru sampai sembuh untuk memutus rantai penularan
- 2) Menutup mulut dengan sapu tangan saat batuk atau bersin dan membuang dahak atau ludah ditempat tertutup
- 3) Berikan imunisasi BCG pada balita
- 4) Memakan makanan yang bergizi, istirahat cukup dan rajin berolahraga

- 5) Menjaga kebersihan rumah dan lingkungan
- 6) Hindari kontak langsung dengan balita atau anak-anak
- 7) Memisahkan peralatan makan, begitu juga saat mencucinya agar tidak terpakai oleh orang yang sehat
- 8) Menjemur perlengkapan tidur seperti bantal, kasur, selimut dan lain-lain setiap hari
- 9) Biarkan sinar matahari langsung masuk kedalam kamar (Widoyono, 2005).

e. Faktor Tuberkulosis Paru *Relapse*

Penderita tuberkulosis yang sembuh dapat kambuh lagi karena adanya kuman endogen. Keradangan tuberkulosis paru *post primer* dapat secara keradangan endogen yaitu basil dalam proses lama yang telah tenang oleh suatu keadaan menjadi aktif atau adanya infeksi baru dari luar (eksogen).

1) Status gizi

Status gizi adalah keadaan keseimbangan antara konsumsi zat-zat gizi atau keadaan fisiologis akibat terjadinya zat gizi didalam tubuh. Kecukupan gizi dapat berpengaruh terhadap ketahanan fisik seseorang untuk dapat tumbuh kembang secara sehat dan tidak mudah terinfeksi oleh berbagai penyakit termasuk tuberculosis.

2) Umur

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

3) Jenis kelamin.

Penderita TB cenderung lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Pada laki-laki lebih rentan disebabkan oleh faktor merokok, minum alkohol sehingga dapat menurunkan sistem pertahanan tubuh, sehingga lebih mudah terpapar dengan agent penyebab TB paru.

4) Penyakit penyerta yang memudahkan terjadinya infeksi

Pada negara-negara dengan prevalensi tuberkulosis yang tinggi seperti Indonesia maka setidaknya 50% atau lebih para penduduk dewasanya telah terinfeksi kuman tuberkulosis paru dan didalam tubuhnya terdapat kuman tuberculosi dalam keadaan dorman. Mereka tidak menjadi sakit karena daya tahan tubuh mereka baik bila daya tahan tubuh menurun karena penyakit lain seperti AIDS, Diabetes Mellitus dan beberapa penyakit lainya maka penyakit tuberkulosis akan muncul. Kecepatan tuberculosi paru akan lebih cepat menginfeksi atau

akan memungkinkan timbulnya kembali penyakit tuberkulosis yang sudah sembuh.

5) Paparan ulang

Kepadatan penghuni atau perumahan yang terlalu padat akan memudahkan penularan penyakit tuberkulosis terhadap orang lain mengingat penularan tuberculosis yang dapat melalui percikan dahak. Semakin padat penghuni rumah atau semakin sering terpapar maka akan semakin besar kemungkinan terkena penyakit tuberkulosis.

6) Riwayat minum obat

Riwayat minum obat adalah tindakan yang dilakukan oleh responden dalam pengobatan dilihat dari pernah tidaknya penderita minum obat, meminum obat sesuai dosis yang dianjurkan selama pengobatan (Widoyono, 2005).

f. Pemeriksaan Laboratorium Tuberkulosis Paru

Untuk menegakkan diagnosis penyakit tuberculosis dilakukan pemeriksaan labor untuk menemukan BTA positif, pemeriksaan lain yang dilakukan yaitu pemeriksaan kultur bakteri namun biayanya mahal dan hasilnya lama.

Metode pemeriksaan dahak (bukan liur) sewaktu pagi, dan pemeriksaan mikroskopis membutuhkan 5ml dahak dan biasanya menggunakan pewarna panas dengan metoda *Ziehl Neelsen (ZN)* atau pewarnaan dingin *Kinyoun-Gebbetmenurut Tan Thiam Hok*, bila dari 2

kali pemeriksaan didapatkan BTA positif, maka pasien tersebut dinyatakan positif mengidap tuberculosis paru (Widoyono, 2005).

g. Evaluasi Pengobatan Tuberkulosis Paru

Kemajuan pengobatan dapat dilihat dari perbaikan klinis (hilangnya keluhan, nafsu makan meningkat, berat badan naik dan lain-lain), berkurangnya kelainan radiologis paru dan konversi sputum menjadi negatif.

Kontrol terhadap sputum BTA langsung dilakukan pada akhir bulan ke-2, 4 dan 6. Pada yang memakai paduan obat 8 bulan sputum BTA diperiksa pada akhir bulan ke-2, 5 dan 8. Biakan BTA dilakukan pada permulaan, akhir bulan ke-2 dan akhir pengobatan. Pemeriksaan resistensi dilakukan pada pasien baru yang BTA nya masih positif setelah tahap intensif dan pada awal terapi pasien yang mendapat pengobatan ulang (retreatment).

Untuk mengetahui efek samping obat (yang terbanyak hepatitis), perlu pemeriksaan darah terhadap enzim hati, bilirubin, kreatinin/ureum dan dara perifer. Asam urat darah perlu diperiksa bagi yang memakai obat Z. Bila terdapat hepatitis karena obat (kebanyakan karena R dan H), maka obat yang hepatotoksik diganti dengan obat non-hepatotoksik. Pemberian steroid dapat dipertimbangkan. R atau H kemudian dapat diberikan kembali secara desensitisasi. Tes mata untuk mata perlu bagi yang memakai E, sedangkan tes audiometri perlu bagi yang memakai S.

Resistensi obat sudah harus diwaspadai yakni bila dalam 1-2 bulan pengobatan tahap intensif tidak terlihat perbaikan (Widoyono,2005).

h. Komplikasi Tuberkulosis Paru

Komplikasi yang mungkin timbul pada pasien tuberculosi paru dapat berupa :

- 1) Mal nutrisi
- 2) Empisema
- 3) Efusi Pleural

Hepatitis, kutilan dan gangguan gastrointestinal (sebagai efek samping obat-obatan) (Manurung, 2008).

2. Konsep Kepatuhan

a. Pengertian Kepatuhan

Menurut WHO menyebutkan bahwa patuh atau kepatuhan merupakan kecenderungan melakukan instruksi medikasi yang dianjurkan (Gough, 2011). Kepatuhan diartikan sebagai riwayat pengobatan penderita berdasarkan pengobatan yang sudah ditetapkan. Kepatuhan minum obat sendiri kembali kepada kesesuaian penderita dengan rekomendasi pemberi pelayanan yang berhubungan dengan waktu, dosis, dan frekuensi pengobatan selama jangka waktu pengobatan yang dianjurkan. Sebaliknya, “ketekunan” mengacu pada tindakan untuk melanjutkan pengobatan dalam jangka waktu yang ditentukan sehingga dapat didefinisikan sebagai total panjang waktu

penderita mengambil obat, dibatasi oleh waktu antara dosis pertama dan terakhir (Peterson, 2012).

Tidak patuh, tidak hanya diartikan sebagai tidak minum obat, namun bisa diartikan memuntahkan obat atau mengonsumsi obat dengan dosis yang salah sehingga menimbulkan *Multi Drug Resistance* (MDR). Perbedaan secara signifikan antara patuh dengan tidak patuh belum ada, sehingga banyak peneliti yang mendefinisikan patuh sebagai berhasil tidaknya suatu pengobatan dengan melihat hasil, serta melihat proses pengobatan itu sendiri. Hal-hal yang dapat meningkatkan faktor ketidakpatuhan bisa karena sebab yang disengaja dan tidak disengaja (Clifford, Barber & Home dalam Chambers, 2010).

Kepatuhan dalam pengobatan akan meningkat ketika penderita mendapatkan bantuan dari keluarga (Ramirez dalam Glick et Al, 2011). Disamping itu, penderita yang tidak memiliki keluarga akan mempengaruhi terminasi pengobatan lebih awal dan hasil yang tidak memuaskan (Glick et Al, 2011).

b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan 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 social, perubahan model terapi, interaksi profesional, faktor social dan ekonomi, faktor sistem kesehatan, faktor kondisi,

faktor terapi dan faktor klien juga mempengaruhi kepatuhan (Stein dalam Niven dalam Ahsan dkk, 2012; WHO, 2003). 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 (Haynes dalam Gough, 2011).

Permatasari dalam Sahat (2010) mengemukakan selain faktor medis, faktor medis, faktor sosial ekonomi dan budaya, sikap dan perilaku yang sangat mempengaruhi keberhasilan pengobatan sebagaimana diuraikan dibawah ini :

- 1) Faktor sarana: (1) tersedianya obat yang cukup kontinu. (2) dedikasi petugas kesehatan yang baik. (3) pemberian regimen OAT yang adekuat.
- 2) Faktor penderita: (1) Pengetahuan penderita yang cukup mengenai penyakit Tb paru. Cara pengobatan dan bahaya akibat berobat tidak adekuat. (2) cara menjaga kondisi tubuh yang baik dengan makanan bergizi. Cukup istirahat, hidup teratur dan tidak minum alkohol atau merokok. (3) Cara menjaga kebersihan diri dan lingkungan dengan tidak membuang dahak sembarangan, bila batuk menutup mulut dengan sapu tangan, jendela rumah cukup besar untuk mendapat lebih banyak sinar matahari. (4) Sikap tidak perlu merasa rendah diri atau hina karena TB paru adalah penyakit

infeksi biasa dan dapat disembuhkan bila berobat dengan benar.

(5) Kesadaran dan keinginan penderita untuk sembuh.

- 3) Faktor Keluarga dan Masyarakat Lingkungan: Dukungan keluarga sangat menunjang keberhasilan pengobatan seseorang dengan cara selalu mengingatkan penderita agar makan obat, pengertian yang dalam terhadap penderita yang sedang sakit dan member semangat agar tetap rajin berobat.

Sebagaimana yang dijelaskan dalam WHO tahun 2003 kepatuhan dipengaruhi oleh 5 dimensi yaitu :

- 1) Faktor Sosial dan Ekonomi

Meskipun status ekonomi sosial tidak konsisten menjadi prediktor tunggal kepatuhan, namun di negara-negara berkembang status ekonomi sosial yang rendah membuat penderita untuk melakukan hal yang lebih prioritas daripada pengobatan. Beberapa faktor yang secara signifikan dapat mempengaruhi kepatuhan ialah: status sosial ekonomi, kemiskinan, kebuta hurufan, pendidikan yang rendah, pengangguran, kurangnya dukungan sosial, kondisi kehidupan yang tidak stabil, jarak ketempat pengobatan, transportasi dan pengobatan yang mahal, situasi lingkungan yang berubah, budaya dan kepercayaan terhadap sakit dan pengobatan, serta disfungsi keluarga.

2) Faktor Penderita

Persepsi terhadap kebutuhan pengobatan seseorang dipengaruhi oleh gejala penyakit, harapan dan pengalaman. Mereka meyakini bahwa dari pengobatan akan memberikan sejumlah efek samping yang dirasa mengganggu, selain itu kekhawatiran tentang efek jangka panjang dan ketergantungan juga mereka pikirkan.

Motivasi penderita untuk patuh dalam pengobatan dipengaruhi oleh nilai dan tempat dimana mereka berobat (baik biaya maupun kepercayaan terhadap pelayanan).

3) Faktor Terapi

Ada banyak faktor terapi yang mempengaruhi kepatuhan diantaranya kompleksitas regimen obat, durasi pengobatan, kegagalan pengobatan sebelumnya, perubahan dalam pengobatan, kesiapan terhadap adanya efek samping, serta ketersediaan dukungan tenaga kesehatan terhadap penderita.

4) Faktor Kondisi

Faktor kondisi merepresentasikan keadaan sakit yang dihadapi oleh penderita. Beberapa yang dapat mempengaruhi kepatuhan ialah: keparahan gejala, tingkat kecacatan, progress penyakit, adanya pengobatan yang efektif. Pengaruh dari faktor-faktor tersebut tergantung bagaimana persepsi penderita, namun

hal yang paling penting ialah penderita tetap mengikuti pengobatan dan menjadikan prioritas.

5) Faktor Team/Sistem Kesehatan

Penelitian yang menghubungkan antara sistem kesehatan dan kepatuhan penderita sendiri masih sedikit. Meski demikian hubungan yang baik antara tenaga kesehatan dan penderita dapat meningkatkan kepatuhan penderita dalam pengobatan.

c. Alat Ukur

Alat ukur yang digunakan dalam mengukur tingkat kepatuhan penderita TB paru dalam penelitian ini adalah Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) yang terdiri dari 8 pertanyaan yang sudah dialih bahasakan ke dalam bahasa Indonesia. Penentuan jawaban kuesioner menggunakan skala *Guttman*, yaitu jawaban responden hanya terbatas pada dua jawaban, ya atau tidak. Variabel kepatuhan mengadopsi dari interpretasi kuesioner asli oleh Morisky, dimana kategori penilaian dibagi menjadi 3 *cut of point*, yaitu rendah, sedang, dan tinggi.

3. Konsep Motivasi Keluarga

a. Pengertian Keluarga

Pengertian keluarga berdasarkan asal-usul kata yang dikemukakan oleh Ki Hajar Dewantara (Abu & Nur, 2001), 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 dirinya juga 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 (Soerjono, 2004).

b. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (1992) adalah:

1) Fungsi afektif dan koping

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

2) Fungsi sosialisasi

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

3) Fungsi reproduksi

Keluarga melahirkan anak, menumbuh-kembangkan anak dan meneruskan keturunan.

4) Fungsi ekonomi

Keluarga memberikan finansial untuk anggota keluarganya dan kepentingan dimasyarakat

5) Fungsi fisik

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

Sedangkan Fungsi keluarga menurut BKKBN (1992) antara lain :

- 1) Fungsi keagamaan : memperkenalkan dan mengajak anak dan anggota keluarga yang lain dalam kehidupan beragama, dan tugas kepala keluarga untuk menanamkan bahwa ada kekuatan lain yang mengatur kehidupan ini dan ada kehidupan lain setelah di dunia ini.
- 2) Fungsi sosial budaya : membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak, meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.
- 3) Fungsi cinta kasih : memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga.
- 4) Fungsi melindungi : melindungi anak dari tindakan-tindakan yang tidak baik, sehingga anggota keluarga merasa terlindung dan merasa aman.
- 5) Fungsi reproduksi : meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak, memelihara dan merawat anggota keluarga

- 6) Fungsi sosialisasi dan pendidikan : mendidik anak sesuai dengan tingkat perkembangannya, menyekolahkan anak, bagaimana keluarga mempersiapkan anak menjadi anggota masyarakat yang baik.
- 7) Fungsi ekonomi : mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga di masadating

c. Motivasi Keluarga

Keluarga sebagai sumber dukungan sosial dapat menjadi faktor kunci dalam penyembuhan klien. Walaupun keluarga tidak selalu merupakan sumber positif dalam kesehatan klien, mereka paling sering menjadi bagian terpenting dalam penyembuhan (Kumfo dalam Videbeck, 2008). Studi terdahulu mengemukakan bahwa jenis dari tiap dukungan sosial memiliki peran yang berbeda-beda, contohnya dukungan keluarga sangat berguna pada perawatan jangka lama keluarga dengan penyakit kronik. Sedangkan, kelompok manusia dapat berguna saat berhadapan dengan masalah-masalah sosial dan tetangga dapat berguna pada saat membutuhkan pertolongan segera ke dokter.

Beberapa penelitian mengemukakan bahwa dukungan keluarga sangat berhubungan dengan manajemen penyakit kronik, kepatuhan dalam medikasi dan beradaptasi dalam gaya hidup (Oakes dalam Fitzpatrick, 2005). 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 dan efek samping (Kao dan Travis, 2005).

Dukungan keluarga merupakan salah satu jenis dari dukungan sosial dan penting bagi seorang penderita, dukungsn keluarga yang baik atau uang kurang dapat membantu kestabilan medikasi (Chambers *et al*, 2010). Dukungan keluarga juga merupakan dukungan yang kontinu karena dapat mengontrol lebih inten, disamping itu keluarga juga merupakan komponen paling dekat dengan penderita sehingga hubungan saling percaya akan terjadi dan sikap terhadap pengobatan dapat dirubah atau dipengaruhi.

d. Alat Ukur

Skala ukur yang digunakan dalam mengukur tingkat dukungan keluarga dalam penelitian ini adalah skala ukur Nominal dengan menggunakan alat ukur Likert. Skala Likert merupakan metode skala bipolar yang mengukur baik tanggapan positif ataupun negatif terhadap suatu pernyataan. Empat skala pilihan juga kadang digunakan untuk kuesioner skala Likert yang memaksa orang memilih salah satu kutub karena pilihan “netral” tak tersedia. Dalam penelitian ini alat ukur yang digunakan untuk mengukur motivasi

keluarga menggunakan skala *Likert* terdiri dari 24 pertanyaan (nilai tertinggi 74 sedangkan nilai terendah 24 dengan rentang skala setiap jawaban yang diberikan responden yaitu 1-3 point) hasil ukur yang didapat negatif apabila $x < \text{mean}$, median, positif jika $x \geq \text{mean}$, median (Nazir, 2005).

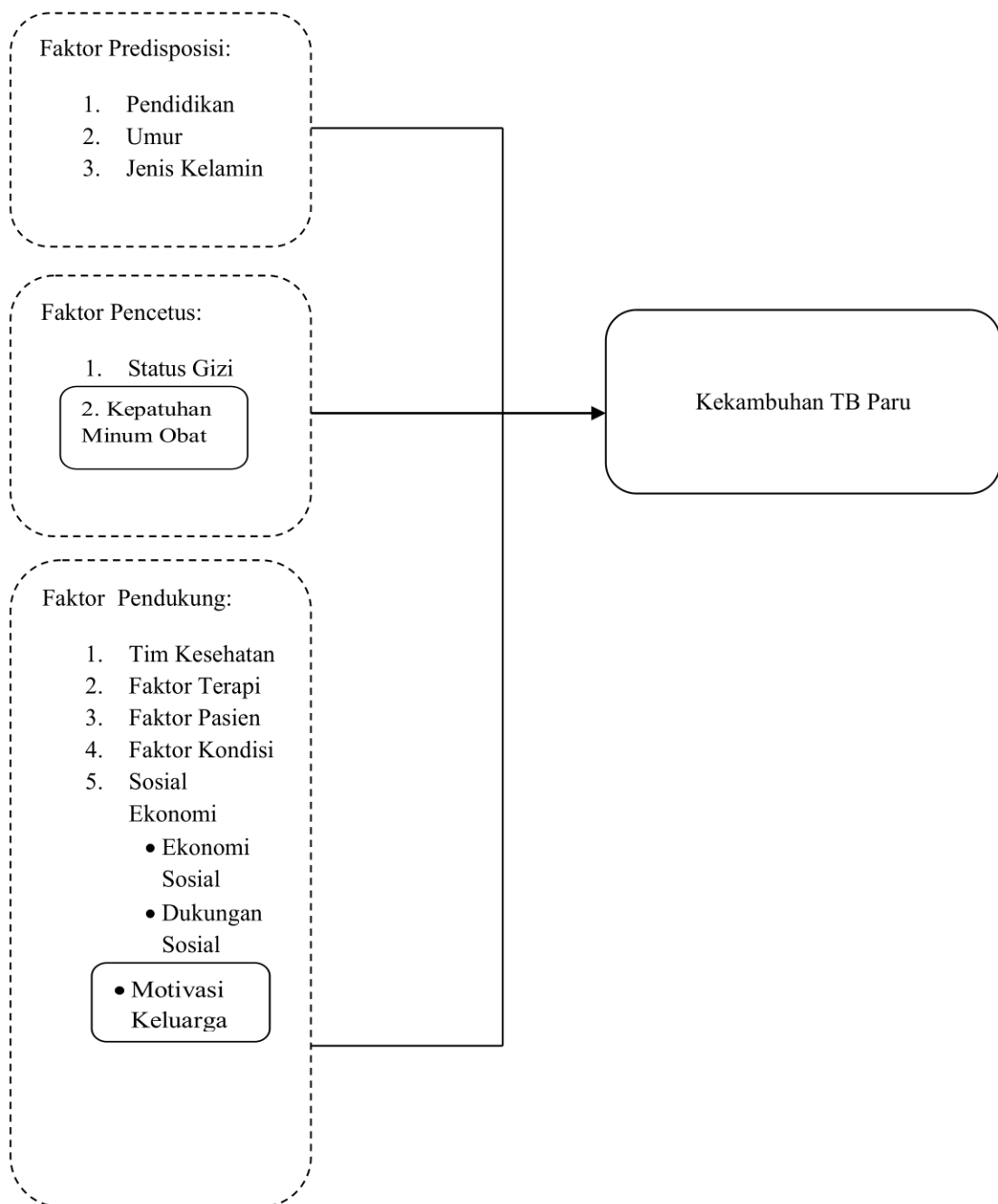
4. Penelitian Terkait

- a. Fitra Yeni, Miftahul Husna dan Dachrianus (2016) dalam “Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat Penderita Hipertensi”. Dukungan keluarga sebagai variabel dependen dan kepatuhan minum obat penderita hipertensi sebagai variabel independen. Menggunakan desain *Cross Sectional*, Kuesioner Likert dengan 59 responden. Hasilnya semakin tinggi dukungan keluarga maka semakin tinggi kepatuhan minum obat pada penderita hipertensi. Persamaan penelitian Fitra Yeni, Miftahul Husna dan Dachrianus dengan penelitian ini adalah sama-sama menggunakan desain *Cross Sectional* dan *kuesioner Likert*. Sedangkan perbedaan dengan penelitian ini adalah variabel independen dan variabel dependen yang diteliti oleh peneliti yaitu variabel independen kepatuhan minum obat dan dukungan keluarga sedangkan variabel dependennya adalah kekambuhan TB paru.
- b. Dwi Putri P, Asep sufyan Ramadhy dan Belly Fariansyah (2013) dalam “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat pada Penderita Diabetes Melitus Tipe II di Rumah Sakit Umum

Daerah 45 Kuningan Tahun 2012". Dukungan keluarga sebagai variabel dependen dan kepatuhan minum obat pada penderita diabetes mellitus tipe II sebagai variable independen. Menggunakan desain *Cross Sectional*, dengan 94 responden. Hasilnya adanya hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada penderita diabetes mellitus tipe II. Persamaan dengan penelitian ini yaitu sama-sama menggunakan desain *Cross Sectional* dan variable independen yang diteliti yaitu dukungan keluarga, sedangkan perbedaannya yaitu variable dependen yang diteliti, dimana variable yang diteliti oleh Dwi Putri P, Asep sufyan Ramadhy dan Belly Fariansyah (2013) adalah kepatuhan minum obat sedangkan dalam penelitian ini adalah kekambuhan TB paru.

B. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori berisi prinsip-prinsip teori yang mempengaruhi pembahasan yang berguna untuk membantu gambaran dan langkah kerja (Arifin, 2008). Sehingga kerangka teori berisi seluruh teori yang dipaparkan oleh peneliti. Berdasarkan paparan teori dipenelitian ini, bahwa infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis* akan menimbulkan manifestasi klinis yang dikenal sebagai gejala TB kemudian tata laksana yang harus diberikan secara farmakologi membutuhkan waktu yang lama sehingga harus ada faktor dari luar penderita yang dapat membantu penderita dalam melakukan rencana pengobatan. Secara ringkas kerangka teori pada penelitian ini digambarkan pada skema 2.1:



Keterangan :

----- : Variabel yang tidak diteliti

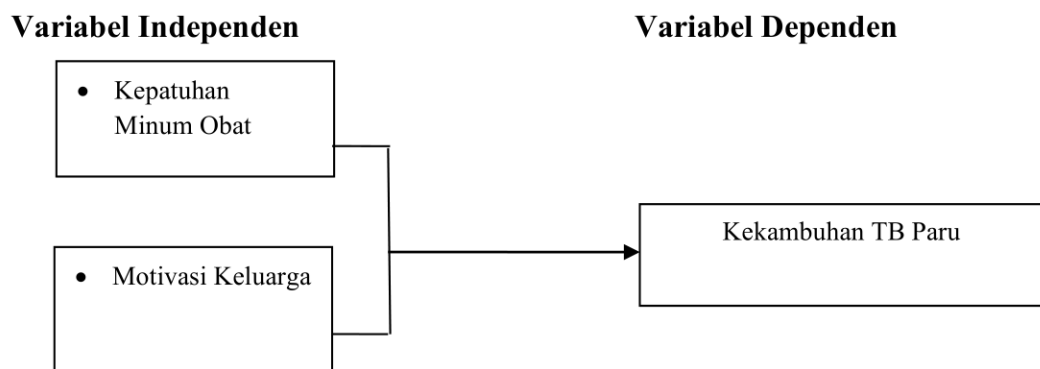
————— : Variabel yang diteliti

Skema 2.1 Kerangka Teori

Sumber :Herdianto, (2013). Hubungan antara Motivasi Ingin Sembuh dan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pada Fase Intensif Penderita Tuberkulosis. *Laporan Penelitian*. Fakultas Ilmu Kesehatan UMP

D. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep atau kerangka berfikir merupakan dasar pada penelitian yang dirumuskan dari fakta-fakta, observasi dan tinjauan pustaka. Kerangka konsep memuat teori, dalil atau konsep-konsep yang akan dijadikan dasar dan pijakan untuk melakukan penelitian (Saryono, 2011 : 30).



Skema 2.2 Kerangka Konsep

E. Hipotesis

Hipotesa adalah pernyataan sementara yang masih lemah kebenarannya maka perlu diuji kebenarannya. Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah:

- a. H_{01} : Tidak ada hubungan antara tingkat kepatuhan minum obat dengan kekambuhan penderita TB paru.
 H_{a1} : Ada hubungan antara tingkat kepatuhan minum obat dengan kekambuhan penderita TB paru.
- b. H_{02} : Tidak ada hubungan antara motivasi keluarga dengan kekambuhan penderita TB paru.
 H_{a2} : Ada hubungan antara motivasi keluarga dengan kekambuhan penderita TB paru.

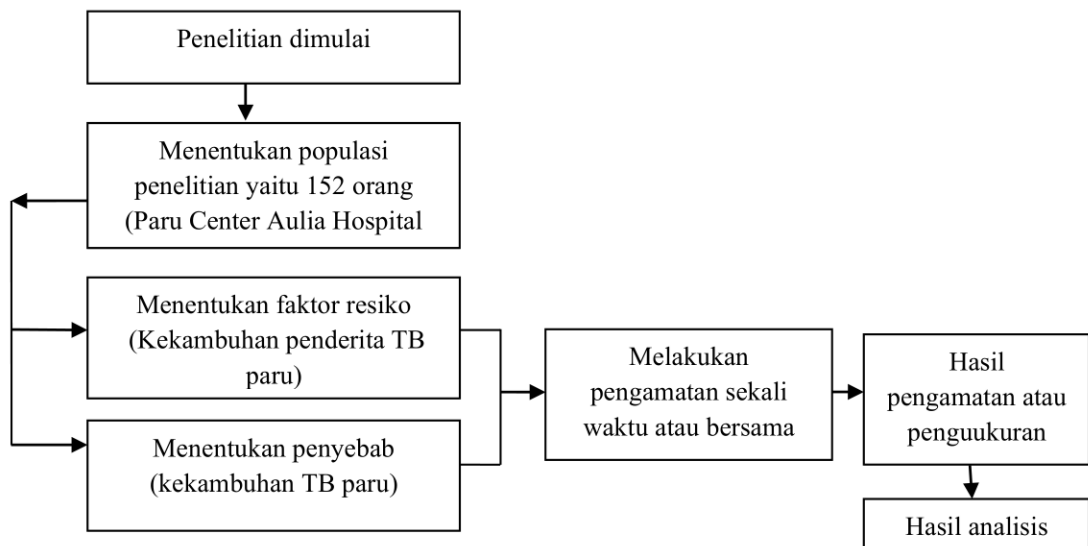
BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan bersifat *deskriptif korelasi*, yaitu pendekatan metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan mengungkapkan hubungan korelatif antar variabel, dalam rancangan ini peneliti melibatkan 2 variabel (independen dan dependen) (Hidayat, 2008).

1. Rancangan penelitian

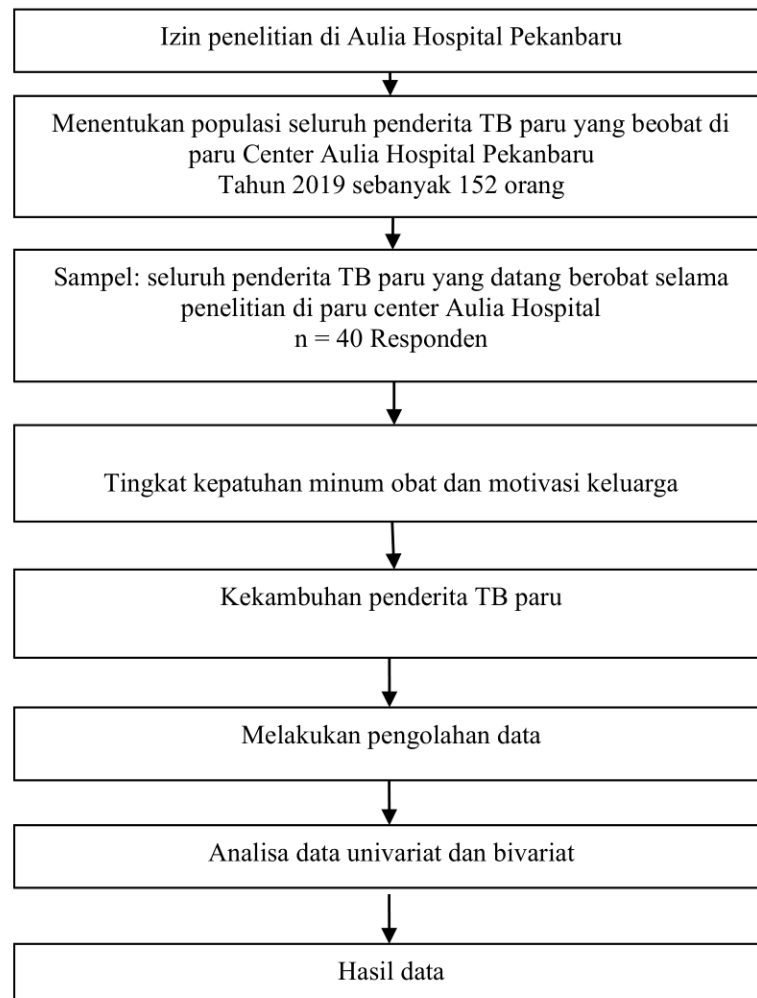
Rancangan penelitian merupakan pedoman yang disusun secara sistematis dan logis dengan desain *cross sectional*. Rancangan penelitian ini dapat disajikan pada skema 3.1



Skema 3.1 Rancangan Penelitian (Hidayat, 2012)

2. Alur penelitian

Penelitian ini menjelaskan tentang tahapan-tahapan yang dilakukan dalam penelitian. Adapun alur penelitian dapat disajikan pada skema 3.2:



Skema 3.2 Alur Penelitian

3. Prosedur penelitian

Prosedur penelitian adalah hal-hal yang perlu dipersiapkan peneliti sebelum melakukan penelitian yaitu, mempersiapkan prosedur-prosedur pengumpulan data. Adapun langkah-langkahnya diuraikan sebagai berikut:

- a. Mengajukan surat izin pengambilan data di Paru Center Aulia Hospital Pekanbaru kepada staf SI Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan.
- b. Setelah mendapatkan surat izin tersebut diserahkan kepada HRD Aulia Hospital Pekanbaru.
- c. Setelah mendapatkan izin dari HRD Aulia Hospital, HRD Aulia Hospital langsung member izin staf Paru Center untuk memberikan data tersebut.
- d. Setelah mendapatkan persetujuan untuk meneliti, kemudian mengajukan surat izin penelitian ke Aulia Hospital Pekanbaru.
- e. Izin Paru Center Aulia Hospital untuk penelitian.
- f. Memberi surat persetujuan responden.
- g. Memberikan *informed consent* kepada responden.
- h. Menjelaskan tentang tata cara mengisi kuesioner penelitian dan dilanjutkan dengan pengisian kuisisioner oleh responden.
- i. Mengolah dan menganalisis data yang diperoleh.
- j. Membuat laporan hasil penelitian.
- k. Melaporkan hasil penelitian ke Paru Center Aulia Hospital.

4. Variabel Penelitian

Variabel dari penelitian ini terdiri dari 2 variabel, yaitu:

a. Variabel bebas (*Independent Variable*)

Variabel bebas yaitu variabel yang menjadi sebab timbulnya atau adanya variabel terikat (Sugiyono, 2012). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah kepatuhan minum obat dan motivasi keluarga.

b. Variabel Terikat (*Dependent Variable*)

Variabel terikat yaitu variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2012). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kekambuhan TB paru.

B. Waktu dan Lokasi Penelitian

1. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 25 s.d 29 April 2019.

2. Lokasi Penelitian

Adapun lokasi penelitian ini di Paru Center Aulia Hospital Pekanbaru.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang akan diteliti (Notoadmodjo, 2012). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita TB paru yang datang berobat di Paru Center Aulia Hospital Pekanbaru tahun 2019. Adapun jumlah populasi dalam penelitian ini adalah sebanyak 152 orang.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi, yang merupakan “perwakilan” dari populasi (Hamidi, 2007). Teknik sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *accidental sampling*. Besarnya sampel dalam penelitian ini adalah 40 orang penderita TB paru yang berobat di paru center Aulia Hospital Pekanbaru.

a. Kriteria Sampel

1) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria subjek penelitian yang dapat mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel.

- a) Penderita TB paru di Paru Center Aulia Hospital 2019.
- b) Penderita TB paru berusia >17 tahun di Paru Center Aulia Hospital 2019.
- c) Penderita TB paru yang mampu berkomunikasi dengan baik dan kooperatif di Paru Center Aulia Hospital 2019.
- d) Bersedia menjadi responden.

2) Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel penelitian yang tidak memenuhi syarat sebagai sampel.

- a) Penderita TB paru yang sudah sehat dari hasil pemeriksaan laboratorium dan rontgen yang hadir saat penelitian.

b) Apabila keluarga penderita tidak setuju penderita untuk dijadikan responden

c) Penderita TB paru yang tidak bersedia menjadi responden.

b. Besar Sampel

Tehnik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan tehnik *accidental sampling*, yaitu sampel yg diambil merupakan sebagian dari populasi yang merupakan “perwakilan” dari keseluruhan populasi, dengan jumlah sampel sebanyak 40 orang (Hamidi, 2007).

D. Etika Penelitian

1. Lembaran Persetujuan (*Informed Consent*)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara penelitian dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak subjek.

2. Tanpa Nama (*Anonimity*)

Memberi jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat

ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2007).

E. Alat Pengumpulan Data

Metode penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik (cermat, lengkap dan sistematis) sehingga lebih mudah diolah. Jenis instrument penelitian berupa angket, kuesioner, pedoman wawancara, pedoman pengamatan dan lain-lain (Saryono, 2011).

Dalam penelitian ini tehnik pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner, yaitu pengumpulan data dengan mengedarkan daftar pertanyaan dan diajukan secara tertulis kepada responden penelitian yaitu penderita TB Paru yang mengalami kekambuhan TB Paru untuk mendapatkan tanggapan, informasi serta jawaban.

F. Metode Pengumpulan Data

1. Data Primer

Untuk melihat hubungan dari variabel independen dan dependen, mengumpulkan data primer yang meliputi: faktor-faktor penyebab kekambuhan TB paru. Data primer didapatkan dari hasil pengisian

kuesioner sendiri oleh sampel berdasarkan pertanyaan yang berhubungan dengan variabel independen dan dependen.

2. Data Sekunder

Data sekunder kumpulan untuk melengkapi hasil penelitian, yang meliputi: data jumlah penderita TB paru, jumlah penderita TB paru yang mengalami kekambuhan, lokasi Aulia Hospital, fasilitas paru center Aulia Hospital, dan profil Aulia Hospital Pekanbaru.

G. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2010).

Tabel 3.1 Definisi Operasional

N o	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Variabel Independen					
1.	Kepatuhan minum obat	Tingkat perhatian penderita TB paru dalam melaksanakan intruksi pengobatan berdasarkan <i>Morinsky Adherence Scale</i> (MMAS)	<i>Guttman Dengan MMAS</i>	Ordinal	0 = <6 Kepatuhan Rendah 1 = ≥ 6-8 Kepatuhan Tinggi
2	Motivasi keluarga	Persepsi penderita thhadap motivasi yang diberikan keluarga berdasarkan emotional dan fungsional	<i>Likert</i> (nilai tertinggi=74 nilai terendah=24) 24 pertanyaan dengan rentang skala 1-3	Ordinal	0 = Negatif, jika $x < \text{mean}$ (<41) 1 = Positif, jika $x \geq \text{mean}$ (≥41)
Variabel Dependen					
1.	Kekambuhan penderita TB paru	Penderita TB paru yang mengalami TB berulang paru	<i>Guttman</i>	Ordinal	0 = Kambuh 1 = Tidak kambuh

H. Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

Pengolahan data meliputi *editing*, *coding*, *entry*, *cleaning* dan selanjutnya dianalisis. *Editing* merupakan pemeriksaan terhadap ketetapan pengisian, kelengkapan pengisian, konsistensi jawaban pada kuesioner yang telah terkumpul. *Coding* dilakukan dengan cara menyusun *code-book* sebagai panduan *entry* dan pengolahan data. Selanjutnya dilakukan *entry* data sesuai dengan kode yang telah dibuat kemudian dilakukan *cleaning* data untuk memastikan tidak ada kesalahan dalam memasukkan data. Data diolah dan dianalisis secara statistik deskriptif. Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan program komputerisasi.

2. Analisis Data

a. Analisis univariat

Tujuan dari analisa univariat ini adalah untuk menjelaskan atau mendeskriptifkan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Hastono, 2007). Analisa ini digunakan untuk melihat gambaran masing-masing variabel, dengan menggunakan distribusi frekuensi dalam bentuk persentase dan narasi yang diantaranya karakteristik responden (data demografi) yaitu jenis kelamin, dan usia serta distribusi gambaran mekanisme coping responden.

b. Analisis Bivariat

Menurut Hastono (2007), analisa bivariat bisa digunakan untuk mengetahui apakah ada hubungan yang signifikan antara dua variabel

yakni variabel independen dan dependen. Analisa bivariat dilakukan dengan menggunakan uji *chi-square* untuk mengetahui hubungan tingkat kepatuhan minum obat dan motivasi keluarga dengan kekambuhan penderita TB paru.

Derajat kemaknaan (α) yang digunakan pada uji ini adalah 0,05. Apabila dari uji statistik didapatkan p value $\leq (0,05)$ maka dapat dikatakan hipotesis nol (H_0) ditolak dan Hipotesis alternatif (H_a) gagal ditolak. Dan sebaliknya apabila p value $> (0,05)$, maka hipotesis nol (H_0) gagal ditolak.