

SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN *SELF EFFICACY*
PENDERITA *TUBERCULOSIS MULTIDRUG RESISTANT* (TB-MDR) DI
POLI TB-MDR RSUD IBNU SINA GRESIK**

PENELITIAN DESKRIPTIF KORELASIONAL



Oleh :

Mar'atul Hasanah

NIM. 131411133035

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2018

SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN *SELF EFFICACY*
PENDERITA *TUBERCULOSIS MULTIDRUG RESISTANT* (TB-MDR) DI
POLI TB-MDR RSUD IBNU SINA GRESIK**

PENELITIAN DESKRIPTIF KORELASIONAL

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
dalam Program Studi Pendidikan Ners
pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan UNAIR



Oleh :

Mar'atul Hasanah

NIM. 131411133035

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2018

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 12 Juli 2018

Yang menyatakan



Mar'atul Hasanah
Nim. 131411133035

**HALAMAN PERNYATAAN
PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN
AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Mar'atul Hasanah
NIM : 131411133035
Program studi : Pendidikan Ners
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (*Non-Exclusive Royalty Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

"Hubungan Dukungan Keluarga dengan *Self Efficacy* Penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant (TB-MDR)* di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik"

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan alih media/format, 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 sebenar-benarnya.

Surabaya, 12 Juli 2018

 Yang menyatakan

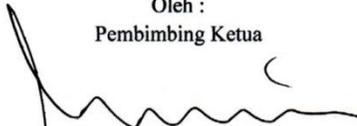

Mar'atul Hasanah
Nim. 131411133035

LEMBAR PERSETUJUAN
SKRIPSI
HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN *SELF EFFICACY*
PENDERITA *TUBERCULOSIS MULTIDRUG RESISTANT (TB-MDR)* DI
POLI TB-MDR RSUD IBNU SINA GRESIK

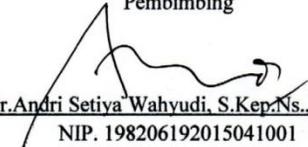
Oleh :
Mar'atul Hasanah
NIM. 13141133035

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL, 06 Juli 2018

Oleh :
Pembimbing Ketua


Dr. Makhfudli, S.Kep.Ns.M.Ked.Trop
NIP. 197902122014091003

Pembimbing


Dr. Andri Setiva Wahyudi, S.Kep.Ns., M.Kep
NIP. 198206192015041001

Mengetahui
a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya
Wakil Dekan 1



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP. 196808291989031002

**LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI
SKRIPSI**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN *SELF EFFICACY*
PENDERITA *TUBERCULOSIS MULTIDRUG RESISTANT* (TB-MDR) DI
POLI TB-MDR RSUD IBNU SINA GRESIK**

Oleh:
Mar'atul Hasanah
NIM. 131411133035

Telah diuji
Pada tanggal 12 Juli 2018

PANITIA PENGUJI

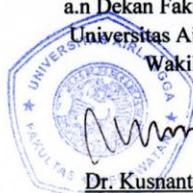
Ketua : Dr.Tintin Sukartini,S.Kp.,M.Kes
NIP. 197212172000032001

Anggota: 1. Dr.Makhfudli,S.Kep.Ns.M.Ked.Trop
NIP. 197902122014091003

2. Dr.Andri Setiya Wahyudi,S.Kep.Ns..M.Kep
NIP. 198206192015041001



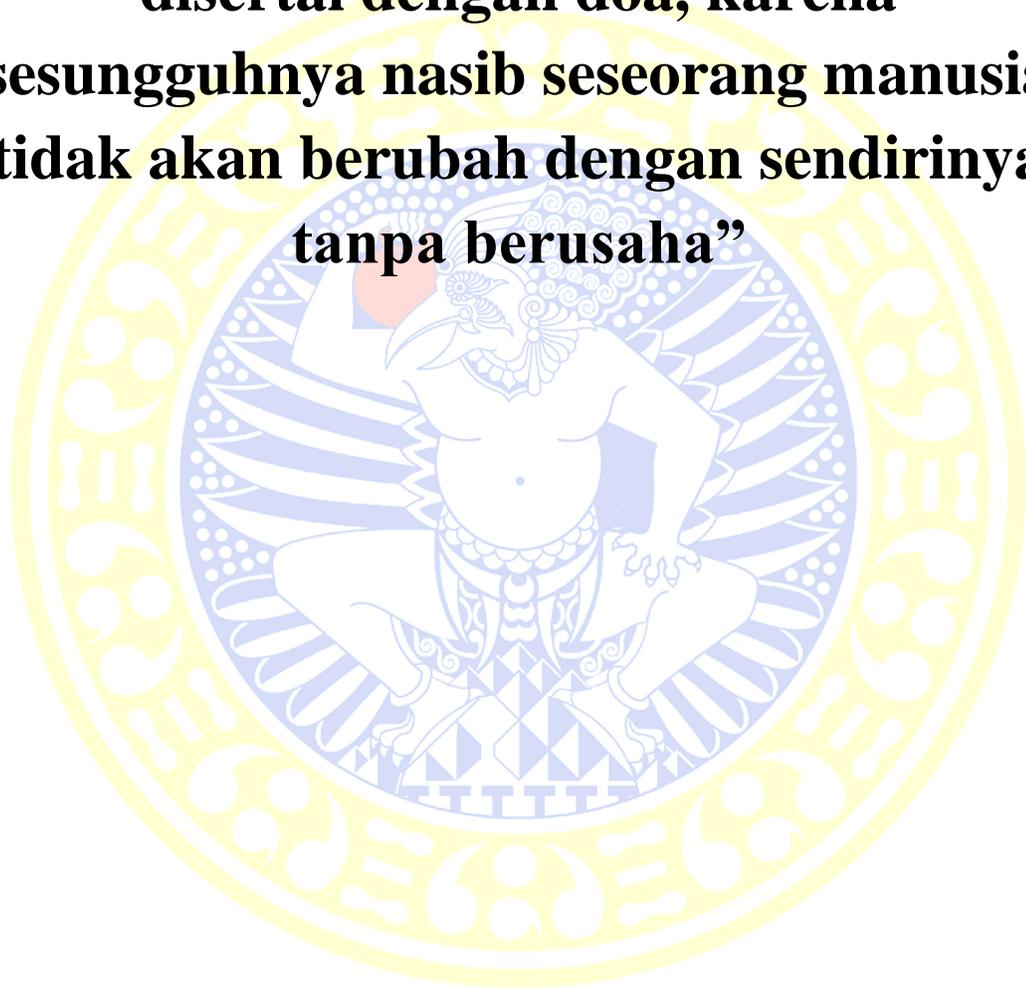
Mengetahui
a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya
Wakil Dekan 1



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP. 196808291989031002

MOTTO

**“Kesuksesan hanya dapat diraih
dengan segala upaya dan usaha yang
disertai dengan doa, karena
sesungguhnya nasib seseorang manusia
tidak akan berubah dengan sendirinya
tanpa berusaha”**



UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat serta bimbingan-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN *SELF EFFICACY* PENDERITA *TUBERCULOSIS MULTIDRUG RESISTANT (TB-MDR) DI POLI TB-MDR RSUD IBNU SINA GRESIK* ”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons). Selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas pembelajaran kepada kami sehingga dapat mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Ners.
2. Dr.Kusnanto, S.Kp., M.Kes., selaku wakil Dekan 1 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan motivasi kepada kami sehingga proses penyusunan skripsi ini dapat berjalan dengan lancar.
3. Dr.Makhfudli,S.Kep,Ns,M.Ked.Trop., selaku dosen pembimbing 1 yang telah memberikan bimbingan, motivasi, dan arahan sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
4. Dr.Andri Setiya Wahyudi,S.Kep.Ns.,M.Kep., selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, motivasi, arahan, dan bantuan ilmu dalam penyusunan skripsi ini.
5. Kepala Bappeda Kabupaten Gresik, kepala direktur RSUD Ibnu Sina Gresik yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk mengadakan penelitian di RSUD Ibnu Sina Gresik.

6. Ibu Hellen selaku pemegang program TB-MDR di RSUD Ibnu Sina Gresik yang telah membantu dalam pengumpulan data calon responden dan proses penelitian ini.
7. Dr.Hilman, bu Eni dan pak Bagus yang telah mendengarkan keluh kesah saya ketika skripsi ini dan memberikan motivasi untuk tidak pantang menyerah.
8. Semua responden yang telah bersedia dan meluangkan waktunya untuk mengikuti penelitian ini hingga selesai.
9. Kedua orang tua dan segenap keluarga besar penulis, Bapak Sujalali dan Ibu Hartini sekeluarga, terima kasih atas restu dan pengorbanan berupa material serta doa dalam memudahkan setiap langka penulis sejak awal sampai akhir menempuh perkuliahan ini.
10. Kakak penulis, Muhammad khoirul Hanif, S.T. yang turut mempermudah setiap langkah penulis selama menempuh Program Studi Pendidikan Ners.
11. Para Dosen Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan pengetahuan dan keterampilan yang sangat bermanfaat bagi skripsi ini.
12. Teman sekosan (vita, arindah, aden, indah), sahabat-sahabatku mantu idaman (Tessa, Venni, Licha), Cuawak Squad (Ayu, Indah, senja, citra, thaliah, bella), teman rumpi *no secret* (Riska, diah, nunung, April), geng *Cearsean* (Mery, tamara, ooc) dan teman KKN (Aldo, umik) yang sudah memberikan dukungan, semangat, dan bantuan dalam penyusunan skripsi dan pengumpulan data penelitian ini sampai selesai.
13. Teman-teman seperjuangan Program Studi Pendidikan Ners Angkatan 2014 (A14) dari MABA hingga akan wisuda. Kebersamaan dan kekompakan kalian selama ini akan menjadi sebuah kebahagiaan tersendiri yang dikenang penulis hingga berkeluarga kelak.
14. Banyak pihak yang terlibat dan membantu penulis dalam pelaksanaan penelitian namun tidak dapat disebutkan satu persatu.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan, ilmu dan juga bantuan yang lain dalam

menyelesaikan skripsi ini. Kami menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, baik dari segi isi maupun penulisannya, tetapi kami berharap skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca maupun bagi profesi keperawatan.

Surabaya, 09 juli 2018

Penulis



ABSTRAK

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN *SELF EFFICACY* PENDERITA *TUBERCULOSIS MULTIDRUG RESISTANT* (TB-MDR) DI POLI TB-MDR RSUD IBNU SINA GRESIK

Penelitian Deskriptif Korelasional

Oleh : Mar'atul Hasanah

Latar Belakang : TB-MDR terjadi karena kegagalan pengobatan, putus pengobatan, atau pengobatan yang tidak benar sehingga terjadinya resistensi primer. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara dukungan keluarga dengan *self efficacy* penderita Tuberkulosis resisten obat (TB-MDR) di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik. **Metode** : Desain penelitian deskriptif korelasional melibatkan 15 responden yang di pilih menggunakan *consecutive sampling*. Variabel bebas adalah dukungan keluarga. Variabel terikat adalah *self efficacy*. Data diperoleh menggunakan kuesioner yang kemudian dianalisis menggunakan *Spearman rho* dengan derajat kemaknaan $\alpha \leq 0,05$. **Hasil dan Analisis** : Dukungan keluarga tidak berhubungan secara signifikan terhadap *self efficacy* dengan p-value = 0,120 atau ($p \geq 0,05$). **Kesimpulan** : semua responden penderita TB-MDR di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik memiliki dukungan keluarga yang positif dan *self efficacy* tinggi. Saran bagi peneliti selanjutnya agar meneliti tentang hubungan antara dukungan keluarga dengan *self efficacy* yang dapat meningkatkan partisipasi dukungan keluarga.

Kata kunci : Dukungan keluarga, *self efficacy*, TB-MDR

ABSTRACT

THE CORRELATION OF FAMILY SUPPORT WITH SELF EFFICACY OF TUBERCULOSIS MULTIDRUG RESISTANT (MDR-TB) PATIENT AT MDR-TB POLY IBNU SINA HOSPITAL GRESIK

Descriptive Correlational Study

By: Mar'atul Hasanah

Background : Multidrug resistant (MDR-TB) occurs due to treatment failure, dropping, treatment, or improper treatment resulting in primary resistant. This research aimed to analyze the correlation between family support and self efficacy of multidrug resistant (MDR-TB) patient at MDR-TB Polly Ibnu Sina Hospital Gresik. **Method** : Descriptive correlational involved 15 respondents who selected using consecutive sampling. Independent variable was family support. Dependent variable was self efficacy. Data were retrieved by questionnaire then analyzed using spearman rho with degree of meaning $\alpha \leq 0,05$. **Result and analyze**: Family support not significantly correlated with self efficacy with p-value = 0,120 or ($p \geq 0,05$). **Conclusion** : All respondents of MDR-TB patients in MDR-TB Ibnu Sina Hospital Gresik have positive family support and high self efficacy. Suggestions for further researcher to research about health education to increase the participation of family support for MDR-TB patients.

Keywords : Family support, *self efficacy*, MDR-TB

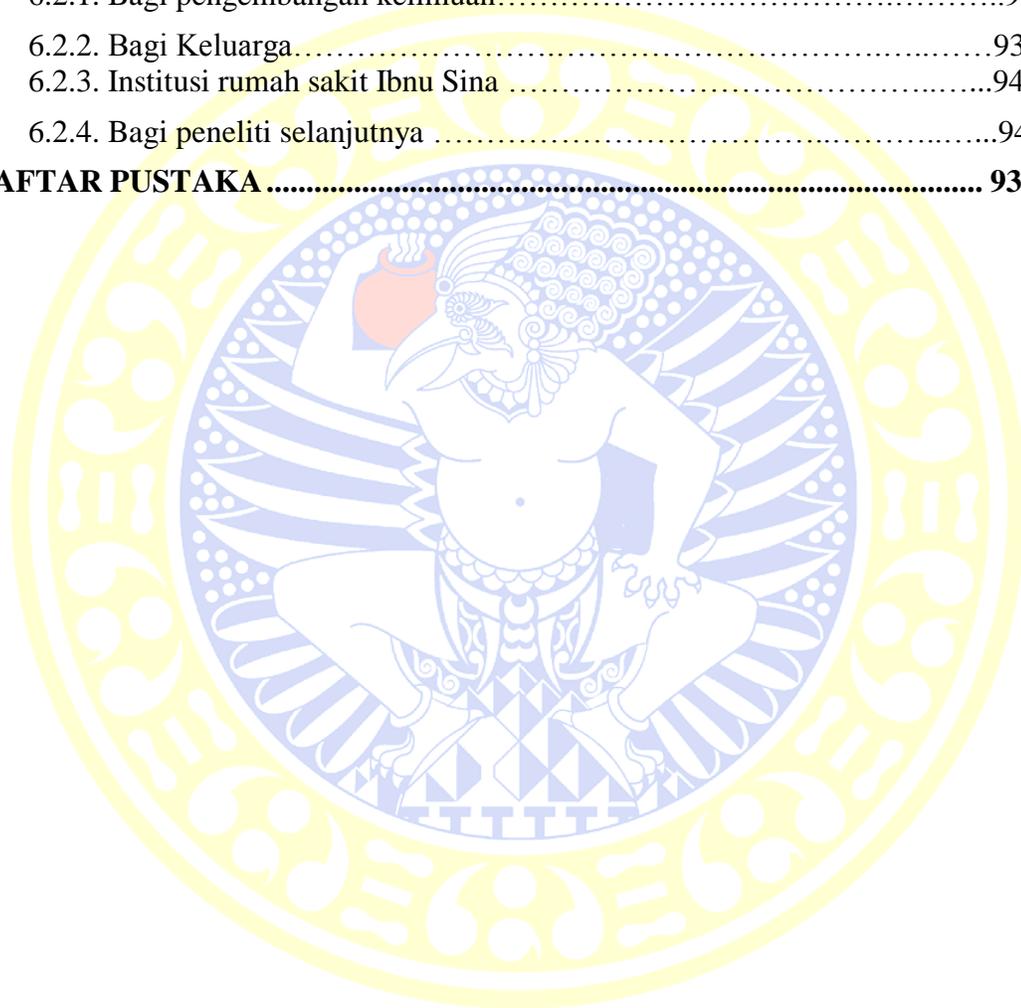
DAFTAR ISI

Halaman Judul Dan Prasyarat Gelar	i
Surat Pernyataan.....	ii
Lembar Pernyataan Bebas Royalti	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	v
Motto.....	vi
Ucapan Terima Kasih.....	vii
Abstrak	xviii
<i>Abstract</i>	xii
Daftar isi.....	xiii
Daftar Tabel	xviii
Daftar Gambar.....	xviii
Daftar Lampiran.....	xx
Daftar Singkatan.....	xx
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	4
1.3. Tujuan penelitian	4
1.3.1. Tujuan umum	4
1.3.2. Tujuan khusus	5
1.4. Manfaat	5
1.4.1. Teoritis	5
1.4.2. Praktis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1. Konsep Penyakit Tuberkulosis <i>Multidrug Resistance</i>	7
2.1.1. Pengertian Tuberkulosis <i>Multidrug Resistance</i>	7
2.1.2. Penyebab TB-MDR	7
2.1.3. Suspek TB-MDR	9
2.1.4. Diagnosis TB-MDR	10
2.1.5. Mekanisme dan patogenesis TB-MDR	13

2.1.6. Penatalaksanaan TB-MDR.....	16
2.1.7 Pemantauan selama pengobatan.....	19
2.2. Konsep Keluarga	20
2.2.1. Pengertian Keluarga.....	20
2.2.2. Tipe-tipe keluarga.....	21
2.2.3. Tugas keluarga.....	24
2.2.4. Peran dan fungsi keluarga.....	25
2.3. Dukungan Keluarga.....	28
2.3.1. Dukungan informasional.....	28
2.3.2. Dukungan instrumental.....	29
2.3.3. Dukungan emosional dan harga diri	29
2.3.4. Manfaat dukungan keluarga.....	30
2.3.5. Sumber dukungan keluarga	30
2.3.6. Faktor-faktor yang Mempengaruhi dukungan Keluarga	31
2.4. Konsep Dasar <i>Self Efficacy</i>	34
2.4.1. Pengertian <i>Self Efficacy</i>	34
2.4.2. Dimensi <i>Self Efficacy</i>	34
2.4.3. Sumber <i>Self Efficacy</i>	36
2.4.4. Proses <i>Self Efficacy</i> terhadap penerimaan diri	37
2.4.5. Faktor-faktor yang mempengaruhi <i>Self Efficacy</i>	40
2.5. Konsep <i>Theory of Planned Behavior</i>	41
2.5.1. Pengertian	41
2.5.2. Bagan <i>Theory of planned behavior</i>	42
2.5.3. Intensi	44
2.5.4 Sikap	47
2.5.5 Norma subjektif	49
2.5.6 <i>Perceived behavior control</i> (PBC)	50
2.5.7 Faktor-faktor Intensi	52
2.6. Keaslian Penelitian	55

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	61
3.1. Kerangka Konseptual	61
3.2. Hipotesis Penelitian	62
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN	63
4.1. Desain Penelitian	63
4.2. Populasi, Sampel dan Sampling	63
4.2.1. Populasi	63
4.2.2. Sampel	64
4.2.3. Sampling	64
4.3. Identifikasi Variabel	65
4.3.1. Variabel independen	65
4.3.2. Variabel dependen	65
4.4. Definisi Operasional	66
4.5. Pengumpulan dan Pengolahan Data	68
4.5.1. Instrumen	68
4.5.2. Uji Statistik	70
4.5.3. Lokasi dan waktu	71
4.5.4. Prosedur pengambilan data	71
4.5.5. Cara analisis data	74
4.5.6. Analisis data	75
4.6. Kerangka Operasional	77
4.7. Etika Penelitian	78
4.7.1. Kebermanfaatan (<i>Beneficence</i>)	78
4.7.2. Tidak merugikan atau mencederai subyek (<i>Non-maleficence</i>)	79
4.7.3. Keadilan	79
4.8. Keterbatasan Penelitian	80
BAB 5 Hasil Penelitian dan Pembahasan	81
5.1. Hasil Penelitian	81
5.1.1. Gambaran umum lokasi penelitian	81
5.1.2. Karakteristik responden	82
5.1.3. Dukungan keluarga, <i>self efficacy</i> dan hubungan antara dukungan keluarga dengan <i>self efficacy</i>	84
5.2. Pembahasan	86

5.2.1. Dukungan keluarga	86
5.2.2. <i>Self Efficacy</i>	88
5.2.3. hubungan antara dukungan keluarga dengan <i>self efficacy</i>	89
BAB 6 Kesimpulan dan Saran.....	93
6.1. Kesimpulan.....	93
6.2. Saran.....	93
6.2.1. Bagi pengembangan keilmuan.....	93
6.2.2. Bagi Keluarga.....	93
6.2.3. Institusi rumah sakit Ibnu Sina	94
6.2.4. Bagi peneliti selanjutnya	94
DAFTAR PUSTAKA	93

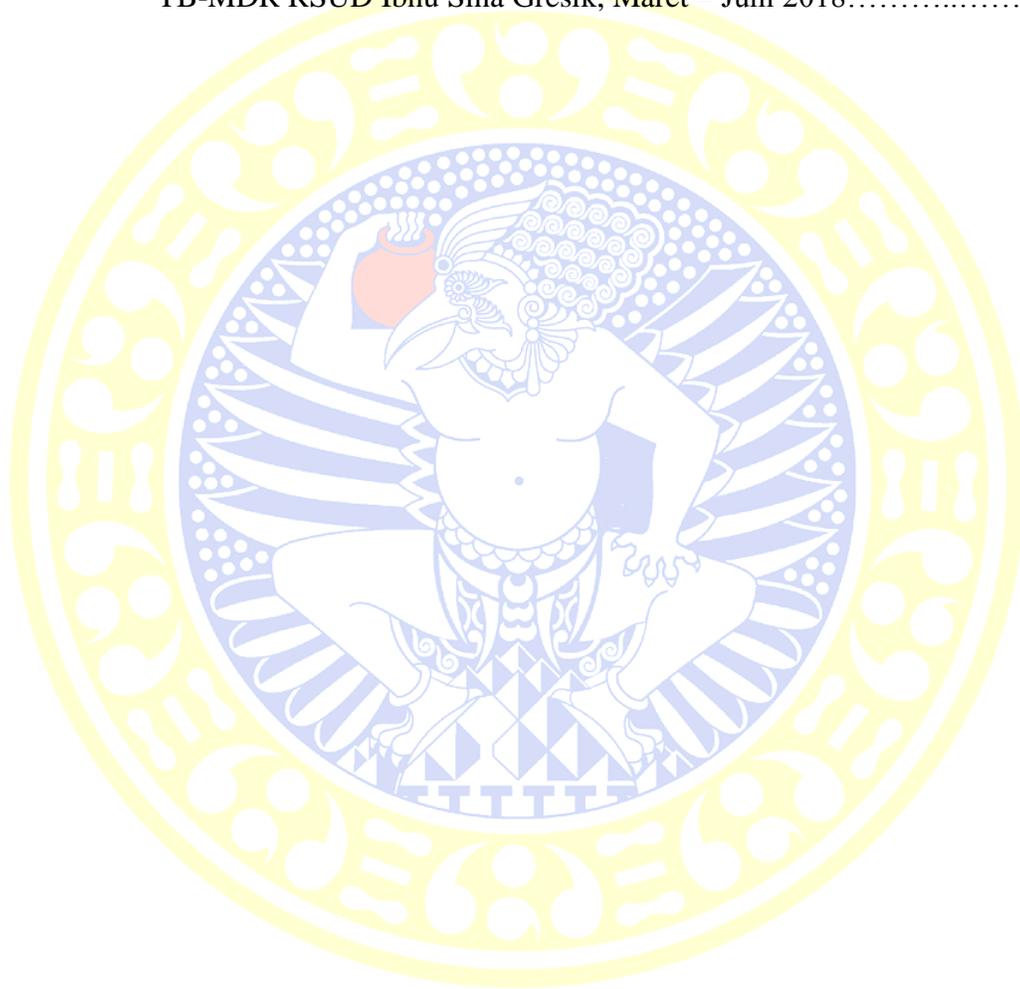


DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Kriteria untuk Penetapan Pasien TB-MDR yang akan Di obati.....	17
Tabel 2.2. Pengelompokan Obat Anti Tuberkulosis (OAT).....	18
Tabel 2.3. Dosis Obat Berdasarkan Berat Badan.....	18
Tabel 2.4. Bagan <i>Theory of planned Behavior</i>	43
Tabel 2.5. Keaslian Penelitian.....	55
Tabel 4.1. Definisi Operasioanl.....	68
Tabel5.1. Karakteristik demografi responden hubungan dukungan keluarga dengan <i>self efficacy</i> penderita <i>Tuberculosis Multidrug Resistant</i> (TB-MDR) di poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik, Maret – Juni 2018.....	82
Tabel5.2. Distribusi Frekuensi Kategori Dukungan Keluarga Terhadap Penderita <i>Tuberculosis Multidrug Resistant</i> (TB-MDR) di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik, Maret – Juni 2018	84
Tabel5.3. Distribusi Frekuensi Kategori <i>Self Efficacy</i> Penderita <i>Tuberculosis Multidrug Resistant</i> (TB-MDR) di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik, Maret - Juni 2018.....	85
Tabel5.4. Hubungan Dukungan Keluarga dan <i>Self Efficacy</i> Penderita <i>Tuberculosis Multidrug Resistant</i> (TB-MDR) di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik, Maret - Juni 2018	86

DAFTAR GAMBAR

- Gambar 3.1. Kerangka Konseptual Hubungan dukungan keluarga dengan *self efficacy* penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik, Maret – Juni 2018.....61
- Gambar 4.2. Kerangka Operasional Hubungan dukungan keluarga dengan *self efficacy* penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik, Maret – Juni 2018.....77



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat permohonan Fasilitas Pengambilan Data Awal	99
Lampiran 2 <i>Ethical Clearance</i>	100
Lampiran 3. Surat Permohonan Fasilitas pengambilan Data Penelitian	101
Lampiran 4. Surat ijin Penelitian Bappeda Kabupaten Gresik	102
Lampiran 5. Surat ijin Penelitian Direktur RSUD Ibnu Sina Gresik	104
Lampiran 6. Lembar Penjelasan.....	105
Lampiran 7. Lembar Permohonan menjadi responden	108
Lampiran 8 <i>Informed Consent</i>	109
Lampiran 9. Kuesioner Penelitian.....	110
Lampiran 10. Kuesioner Dukungan Keluarga	112
Lampiran 11. Kuesioner <i>Self Efficacy</i>	114
Lampiran 12 Tabulasi variabel dukungan keluarga.....	109
Lampiran 13. Tabulasi variabel <i>self efficacy</i>	101
Lampiran 14. Distribusi karakteristik responden dengan <i>software</i> IBM SPSS .	102
Lampiran 15. Uji <i>Spearman rho</i> dukungan keluarga dan <i>self efficacy</i>	104

DAFTAR SINGKATAN

BTA	: Basil Tahan Asam
DOTS	: <i>Directly Observed Treatment Short-Course</i>
INH	: <i>Isoniazid</i>
LPA	: <i>Line Probe Assay</i>
OAT	: Obat Anti Tuberkulosis
PMO	: Pengawas Menelan Obat
PRECEDE	: <i>Predisposing, Enabling, dan Reinforcing Cause in Educational Diagnosis and Evaluation</i>
PROCEED	: <i>Policy, Regulatory, Organizational Construct in Educational and Enviromental Develompment</i>
SOR	: <i>Stimulus Organisme Response</i>
TB-MDR	: <i>Tuberculosis Multidrug Resistant</i>
UPK	: Unit Pelayanan Kesehatan
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberculosis Multidrug Resistant (TB-MDR) merupakan penyakit Tuberkulosis (TB) yang telah mengalami resistensi terhadap isoniazid (INH) dan rifampicin serta satu atau lebih obat anti tuberkulosis (OAT) berdasarkan pemeriksaan laboratorium yang terstandar (Tirtana, 2011). TB-MDR terjadi karena kegagalan pengobatan, putus pengobatan, atau pengobatan yang tidak benar sehingga terjadinya resistensi primer (WHO, 2015). Pengobatan yang tidak teratur dan kombinasi obat yang tidak lengkap di masa lalu, diduga telah menimbulkan kekebalan ganda kuman Tuberkulosis (Pramonodjati, 2010).

Penderita TB-MDR memiliki *Self Efficacy* yang rendah, dan kurangnya dukungan keluarga. *Self Efficacy* penderita yang rendah akan berakibat pada kegagalan pengobatan. Penderita TB-MDR harus memiliki *self Efficacy* yang tinggi. Dukungan keluarga akan meningkatkan harapan dan kualitas hidupnya. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan Laserman & Perkins (2001, dalam Kusuma 2011), dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh orang dengan penderita TB-MDR sebagai sistem pendukung utama sehingga dapat mengembangkan respon koping yang efektif untuk beradaptasi dengan baik dalam menangani stresor yang dihadapi terkait penyakitnya baik fisik, psikologis maupun sosial.

WHO melaporkan pada tahun 2016 sebanyak 10,4 juta orang terkena TB kasus baru dan 1,4 juta orang diantaranya meninggal.

Indonesia merupakan negara dengan pasien TB terbanyak ke-2 di dunia (WHO, 2016). Tahun 2015 diperkirakan 3,9% dari kasus baru dan 21% kasus lama mengalami TB-MDR terhitung sejumlah 580.000 kasus. Indonesia menempati urutan ke-4 kasus TB-MDR dengan estimasi 32.000 kasus dengan 2,8% dari kasus baru dan 16% kasus lama (WHO, 2016). Kementerian Kesehatan RI (2014) melaporkan ada sekitar 6.900 pasien TB-MDR dengan 5.900 orang (1,9%) kasus baru dan 1.000 orang (12%) dari kasus pengobatan ulang. Berbeda dengan data dari survey yang dilakukan di Kota Surabaya menunjukkan bahwa pasien TB-MDR yang ditemukan berasal dari kelompok pasien gagal pengobatan dengan kategori-1 maupun kategori-2 (23,2%), pasien gagal pengobatan kategori-1 (13,2 %), dan 9.8% adalah pasien yang diobati di luar sarana yang menerapkan strategi DOTS (Dinkes Jatim, 2014)

Di Gresik, penderita TB paru mencapai ribuan orang. Berdasarkan data Dinas Kesehatan (Dinkes) Gresik, terdapat 7.653 orang yang diperiksa. Sebanyak 1.733 orang diantaranya dinyatakan positif. Pasien TB yang sudah kebal obat atau TB-MDR mencapai 101 tiap tahun (Dinkes Gresik, 2017).

Menurut Bandura (1994) suatu perubahan tingkah laku hanya akan terjadi apabila adanya perubahan *Self Efficacy* pada individu yang bersangkutan termasuk perubahan perilaku kepatuhan pasien TB-MDR dalam menjalani pengobatan. Hasil penelitian Muhtar (2013) tentang pengaruh pemberdayaan keluarga dalam meningkatkan *self efficacy* dan *self care activity* keluarga dan penderita tuberculosi paru menunjukkan bahwa pasien yang bersama-sama keluarga mendapatkan intervensi pemberdayaan keluarga memiliki *self efficacy* yang lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol. Hasil penelitian Sukartini (2015) menunjukkan

bahwa dukungan sosial dari keluarga dan petugas, pengetahuan dan persepsi tentang TB memberi pengaruh yang positif terhadap motivasi untuk berobat, senada dengan pendapat Mohammadi (2009) bahwa motivasi sangat diperlukan untuk mendorong pasien agar mau terlibat secara aktif dalam proses pengendalian penyakit.

Pengawas Menelan Obat (PMO) untuk pasien TB paru terbanyak adalah keluarga (Suami, istri, orangtua, anak, menantu) yaitu sebanyak 93%, sebanyak 4,7% petugas kesehatan dan sebanyak 2,3% adalah lainnya (Rachmawati & Turniani, 2006). Dukungan yang baik diperlukan dalam masa pengobatan penyakit TB yang mengharuskan untuk mengkonsumsi obat dengan jangka waktu yang lama. Individu yang termasuk dalam memberikan dukungan sosial salah satunya adalah keluarga. Beberapa pendapat mengatakan kedekatan dalam hubungan merupakan sumber dukungan sosial yang paling penting (Royce, S.et.al., 2014). Secara fungsional dukungan mencakup emosional berupa adanya ungkapan perasaan, memberi nasihat atau informasi, dan pemberian bantuan material. Dukungan juga terdiri atas pemberian informasi secara verbal atau non verbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran keluarga mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima (Royce, S.et al., 2014).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik pada tanggal 06 April 2018, dari 5 klien TB-MDR di dapatkan informasi bahwa tiga klien *Self Efficacy* tinggi dan datang ke Poli TB-MDR diantar oleh keluarga. Dua orang lainnya *self efficacy* rendah dan sering datang sendiri ke Poli TB-MDR. Data lima orang tersebut didapatkan sebanyak dua orang mengatakan sudah bosan dengan penyakitnya dan merasa membebani keluarga, sedangkan tiga

orang lainnya mengatakan sulit melakukan aktivitas sehari-hari karena sakit yang diderita serta merasa kurang diperhatikan oleh keluarganya. Hubungan dukungan keluarga dengan *self efficacy* penderita Tuberkulosis resisten obat (TB-MDR) di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik belum dapat dijelaskan.

Untuk membantu peneliti dalam melakukan analisa adanya hubungan dukungan keluarga dengan *self efficacy* penderita TB-MDR, peneliti menggunakan konsep *Theory of planned Behavior* (TPB). TPB berfokus pada konstruksi yang berkaitan dengan faktor intensi individu sebagai penentu dari kemungkinan melakukan perilaku tertentu. TPB menganggap predictor terbaik perilaku adalah niat terhadap perilaku, yang gilirannya ditentukan oleh sikap terhadap perilaku dan persepsi sosial normative (*subjektif norm*).

Berdasarkan kronologi di atas penulis tertarik untuk meneliti Hubungan dukungan keluarga dengan *Self Efficacy* penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana dukungan keluarga dengan *Self Efficacy* penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisis dukungan keluarga dengan *Self Efficacy* penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik.

1.3.2. Tujuan khusus

1. Menjelaskan Dukungan keluarga penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di poli TB-MDR RSUD Ibnu sina Gresik.
2. Menjelaskan *Self Efficacy* penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di poli TB-MDR RSUD Ibnu sina Gresik.
3. Menganalisis Dukungan keluarga dengan *Self Efficacy* penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil dari penelitian ini dapat menjelaskan keterlibatan dukungan keluarga dalam pengobatan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) penderita TB-MDR dengan pendekatan *Theory of planned Behavior*. Luaran penelitian ini dapat bermanfaat untuk mengembangkan ilmu keperawatan medikal bedah khususnya mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap *Self Efficacy* untuk meningkatkan keberhasilan program pengobatan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) pasien TB-MDR.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Rumah sakit

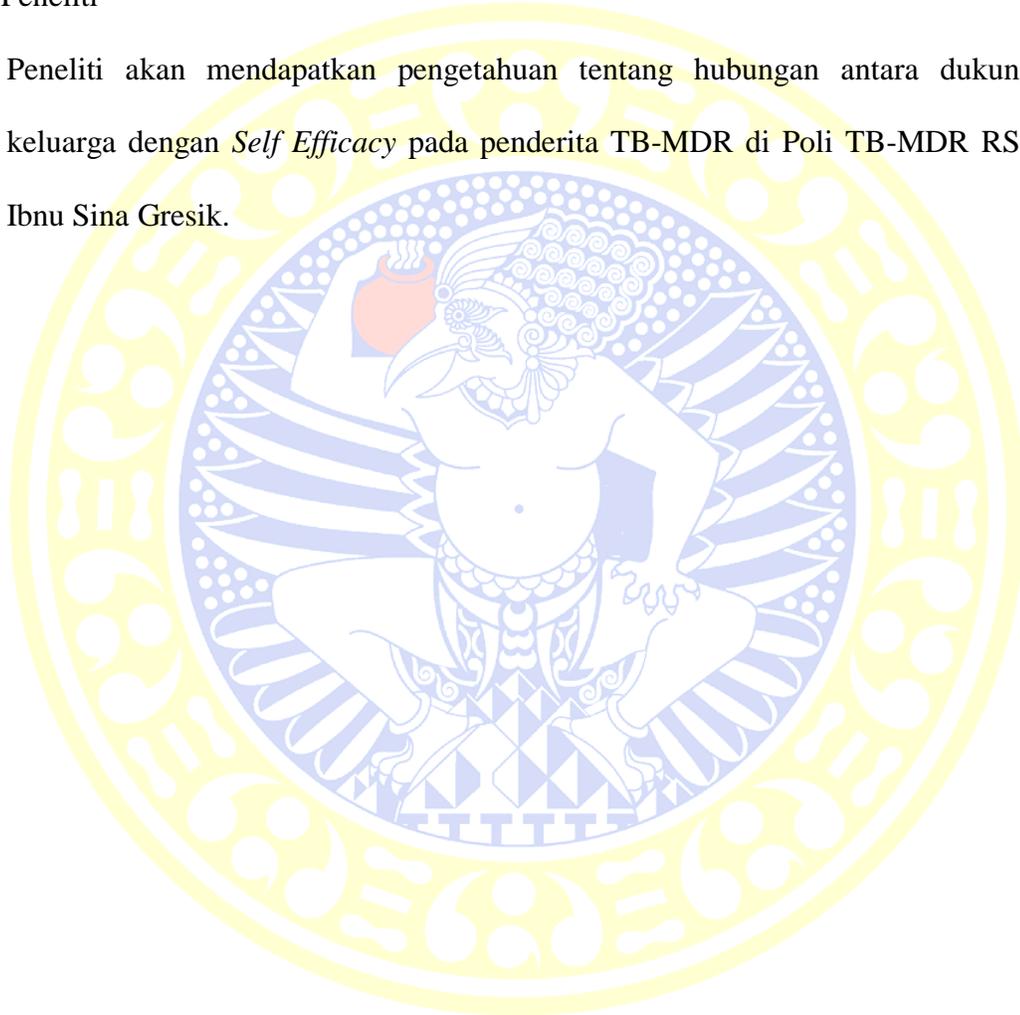
Hasil penelitian ini akan disampaikan kepada bidang pendidikan dan penelitian RSUD Ibnu Sina Gresik berupa laporan sebagai bahan pertimbangan untuk menentukan kebijakan rumah sakit terutama dalam peningkatan keterlibatan keluarga sebagai Pengawas Menelan Obat (PMO) program pengobatan Obat Anti Tuberkulosis (OAT).

2. Pasien

Pasien sekaligus responden yang akan terlibat dalam penelitian ini akan mendapatkan pengetahuan tentang pentingnya dukungan keluarga dalam menunjang keberhasilan pengobatan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) TB-MDR.

3. Peneliti

Peneliti akan mendapatkan pengetahuan tentang hubungan antara dukungan keluarga dengan *Self Efficacy* pada penderita TB-MDR di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Tuberkulosis *Multidrug Resistance*

2.1.1 Pengertian Tuberkulosis *Multidrug Resistance*

Resistensi kuman *Mycobacterium tuberculosis* terhadap Obat Anti Tuberkulosis (OAT) adalah keadaan dimana kuman tersebut sudah tidak dapat lagi dibunuh dengan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) lini pertama. TB resistan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) pada dasarnya adalah fenomena buatan manusia, sebagai akibat dari pengobatan pasien TB yang tidak adekuat maupun penularan dari pasien TB resistan Obat Anti Tuberkulosis (OAT). Penatalaksanaan TB resistan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) lebih rumit dan memerlukan perhatian yang lebih banyak daripada penatalaksanaan TB yang tidak resistan (Kemenkes, 2013).

2.1.2 Penyebab TB-MDR

Penyebab TB-MDR yaitu kegagalan pengobatan TB. Kegagalan ini dapat merugikan pasien. Masalah TB-MDR sangat serius tidak hanya menimbulkan kematian, masalah TB-MDR merupakan masalah yang serius karena TB-MDR dapat menular di dalam suatu komunitas ataupun masyarakat. Jika semakin banyak yang terkena TB-MDR maka akan menimbulkan XDR yang pengobatannya lebih lama daripada TB-MDR dan membutuhkan biaya yang cukup besar. Permenkes (2013), tentang pedoman manajemen terpadu pengendalian tuberkulosis resisten oleh faktor penyebab resisten Obat Anti Tuberkulosis (OAT) terhadap bakteri *Mycobacterium*

tuberculosis adalah ulah manusia. Faktor ulah manusia sebagai akibat dari tata laksana pengobatan pasien TB yang tidak dilaksanakan dengan baik. Penatalaksanaan pasien TB yang tidak adekuat tersebut dapat ditinjau dari sisi:

1. Pemberi jasa/ petugas Kesehatan.

Pemberi jasa atau petugas kesehatan menjadi salah satu faktor penatalaksanaan yang tidak adekuat dapat disebabkan oleh beberapa faktor, sebagai berikut:

- 1) Diagnosis yang tidak tepat
- 2) Pengobatan tidak menggunakan panduan yang tepat
- 3) Dosis, jenis, jumlah obat dan jangka waktu pengobatan tidak adekuat.
- 4) Penyuluhan kepada pasien yang tidak adekuat.

2. Pasien

Pasien TB menjadi salah satu faktor tata laksana pengobatan yang tidak dilaksanakan dengan baik. Hal tersebut dapat dikarenakan oleh beberapa faktor, sebagai berikut:

- 1) Tidak mematuhi anjuran dokter/petugas kesehatan
- 2) Tidak teratur menelan panduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT)
- 3) Menghentikan pengobatan sepihak sebelum waktunya. Gangguan penyerapan obat
- 4) Program pengendalian TB

Program pengendalian TB yang tidak adekuat juga dapat menyebabkan resisten Obat Anti Tuberkulosis (OAT). Hal tersebut dapat dikarenakan oleh beberapa faktor, sebagai berikut:

- (1) Persediaan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yang kurang

- (2) Kualitas Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yang disediakan rendah
(*Pharmaco-vigillance*)

2.1.3 Suspek TB-MDR

Suspek TB-MDR menurut WHO (2008) adalah pasien yang tidak menjalani pengobatan secara teratur atau pengobatannya terputus. Kasus TB yang kronik dan kambuh lagi juga dapat menjadi suspek TB-MDR. Prediksi seseorang dalam resiko TB-MDR adalah melakukan uji resisten obat. Uji ini sebagai langkah awal untuk mengetahui pasien mengalami TB-MDR atau tidak. Sebelumnya harus diketahui riwayat pengobatan TB yang dijalankan oleh pasien.

Secara umum yang dicurigai kemungkinan TB-MDR menurut Permenkes (2013), tentang Pedoman manajemen terpadu pengendalian tuberkulosis resisten obat dapat disebabkan melalui beberapa faktor, sebagai berikut:

1. Pasien TB kronik.
2. Pasien TB kategori dua yang tidak konversi
3. Pasien TB yang mempunyai riwayat pengobatan TB non *DOTS*.
4. Pasien TB pengobatan kategori 1 yang gagal.
5. Pasien TB pengobatan kategori satu yang tidak konversi setelah pemberian sisipan.
6. Pasien TB kasus kambuh (*Relaps*) kategori 1 dan kategori 2.
7. Pasien TB yang kembali setelah lalai berobat/ *default*.
8. Suspek TB yang mempunyai riwayat kontak erat dengan pasien TB-MDR

9. Pasien koinveksi TB-HIV yang tidak respon terhadap pemberian Obat Anti Tuberkulosis (OAT).

2.1.4 Diagnosis TB-MDR

Penegakan diagnosis TB-MDR sesuai dengan Pedoman Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resistensi Obat (2013), meliputi:

1. Strategi diagnosis TB-MDR.

Pemeriksaan laboratorium untuk uji kepekaan *Mycobacterium tuberculosis* dilakukan dengan metode standar yang tersedia di Indonesia yaitu dengan (a) metode konvensional yang menggunakan media padat (Lowenstein Jensen/ LJ) atau media cair (MGIT); (b) tes cepat (*Rapid Test*) dengan menggunakan cara *Hain* atau *Gene Xpert*. Pemeriksaan uji kepekaan *Mycobacterium tuberculosis* yang dilaksanakan adalah pemeriksaan untuk obat lini pertama dan lini kedua.

2. Prosedur dasar diagnostik untuk suspek TB-MDR

Pemeriksaan biakan dan uji kepekaan *Mycobacterium tuberculosis* untuk Obat Anti Tuberkulosis (OAT) lini kedua bersamaan dengan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) lini pertama dilakukan terhadap pasien TB dengan kasus TB kronis, pasien TB yang mempunyai riwayat pengobatan TB non DOTS dan suspek TB yang mempunyai riwayat kontak erat dengan kasus TB XDR konfirmasi.

Pemeriksaan uji kepekaan *Mycobacterium tuberculosis* untuk Obat Anti Tuberkulosis (OAT) lini kedua setelah terbukti menderita TB-MDR dilakukan terhadap; (a) pasien TB pengobatan kategori 2 yang tidak konversi; (b) pasien pengobatan kategori 1 yang gagal; (c) pasien TB pengobatan kategori 1 yang tidak konversi setelah pemberian sisipan; (d) pasien kambuh (*relaps*), kategori 1 dan

kategori 2 ;(e) pasien yang berobat kembali setelah lalai berobat/*default*, kategori 1 dan kategori 2;(f) suspek TB yang mempunyai riwayat kontak erat dengan pasien TB-MDR; (g) pasien koinfeksi TB-HIV yang tidak respon terhadap pemberian Obat Anti Tuberkulosis (OAT). Pemeriksaan uji kepekaan *Mycobacterium tuberculosis* untuk Obat Anti Tuberkulosis (OAT) lini kedua atas indikasi khusus dilakukan apabila setiap pasien yang hasil biakan tetap positif pada atau setelah bulan ke empat pengobatan menggunakan paduan obat standar yang digunakan pada pengobatan TB-MDR dan pasien yang mengalami rekonversi biakan menjadi positif kembali setelah pengobatan TB-MDR bulan ke empat.

3. Diagnosis TB resisten obat

Diagnosis TB resisten obat dipastikan berdasarkan uji kepekaan *Mycobacterium tuberculosis* secara metode konvensional dengan menggunakan media padat atau media cair maupun metode cepat (*rapid test*). Penunjang pemeriksaan biakan dan uji kepekaan *Mycobacterium tuberculosis* pada suspek TB resisten obat akan diambil dahak dua kali dan salah satunya adalah dahak pagi hari.

4. Pemeriksaan laboratorium

1) Pemeriksaan mikroskopis

Pemeriksaan mikroskopis Bakteri Tahan Asam (BTA) dengan pewarnaan *Ziehl Neelsen*. Pemeriksaan dahak secara mikroskopis merupakan : (a) pemeriksaan pendahuluan pada suspek TB-MDR, yang dilanjutkan dengan biakan dan uji kepekaan *Mycobacterium tuberculosis*; (b) pemeriksaan dahak lanjutan (*follow-up*) dalam waktu-waktu tertentu selama masa pengobatan, diikuti dengan pemeriksaan biakan untuk memastikan bahwa

Mycobacterium tuberculosis sudah tidak ada.

2) Biakan *Mycobacterium tuberculosis*

Biakan *Mycobacterium tuberculosis* dapat dilakukan pada media padat maupun media cair. Masing-masing metode tersebut memiliki kelebihan dan kekurangan. Biakan menggunakan media padat relatif lebih murah dibanding media cair tetapi memerlukan waktu yang lebih lama yaitu 3-8 minggu. Sebaliknya bila menggunakan media cair hasil biakan dapat diketahui dalam waktu 1-2 minggu tetapi memerlukan biaya yang lebih mahal. Proses yang tidak mengikuti prosedur tetap seperti pembuatan media dan pelaksanaan biakan mempengaruhi hasil biakan, misalnya proses dekontaminasi yang berlebihan atau tidak cukup dan suhu inkubasi yang tidak tepat.

3) Uji kepekaan *Mycobacterium tuberculosis* terhadap Obat Anti Tuberkulosis (OAT)

WHO telah merekomendasikan pemeriksaan uji kepekaan *Mycobacterium tuberculosis* secara cepat (*rapid test*). Metode yang digunakan adalah *Line probe assay* (LPA) yang dikenal dengan *Hain test/Genotype TB MDR plus*. Hasil pemeriksaan dapat diperoleh dalam waktu kurang lebih 24 jam dan *Gene Xpert* yang merupakan tes molekuler berbasis PCR dengan amplifikasi asam nukleat secara otomatis sebagai sarana deteksi TB dan uji kepekaan rifampicin. Hasil pemeriksaan dapat diketahui dalam waktu kurang lebih 1-2 jam.

5. Klasifikasi pasien TB-MDR

Pasien TB-MDR diregistrasi sesuai dengan klasifikasi pasien berdasarkan

riwayat pengobatan sebelumnya, yaitu: (1) pasien baru adalah pasien yang belum pernah mendapat pengobatan dengan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) atau pernah diobati menggunakan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) kurang dari 1 bulan; (2) pengobatan ulangan adalah pasien yang mendapatkan pengobatan ulang karena; kambuh (*relaps*), pengobatan setelah putus berobat (*default*), kasus kronik, pasien gagal pengobatan kategori 1, pasien yang telah mendapat pelayanan oleh sarana pengobatan non DOTS.

2.1.5 Mekanisme dan Patogenesis TB-MDR

Ungkapan terhadap tahap *Multidrug Resistance* (MDR) pada mikrobiologi mengarah pada resisten secara simultan terhadap rifampisin dan isoniazide (dengan atau tanpa resistensi pada OAT lainnya) (vareldzis, dkk., 1994 dalam Alfin 2007). Analisa secara genetik dan molekuler pada *Mycobasilum Tuberculosis* menjelaskan bahwa mekanisme resistensi biasanya didapat oleh basil melalui mutasi terhadap target obat (Spratt, 1994) atau oleh titrasi dari obat akibat overproduksi dari target. TB-MDR menghasilkan secara primer akumulasi mutasi gen target obat pada individu.

1. Mekanisme resistensi terhadap isoniazid (INH)

Isoniazid merupakan hidrasi dari asam isokotlinik, molekul yang larut air sehingga mudah untuk masuk ke dalam sel. Mekanisme kerja obat ini dengan menghambat sintesis dinding sel asam mikolik (struktur bahan yang sangat penting pada dinding sel *Mycobasilum*) melalui jalur yang tergantung dengan oksigen seperti reaksi katase peroksidase (Riyanto, dkk., 2006).

Mutasi *Mycobacterium Tuberculosis* yang resisten terhadap isoniazid terjadi secara spontan dengan kecepatan 1 dalam 10⁵-10⁶ organisme. Mekanisme resistensi isoniazid diperkirakan oleh adanya asam amino yang berubah gen *katalase peroksidase (katG)* atau promoter pada lokus 2 gen yang dikenal sebagai inhA. Mutasi *missense* atau *delesi katG* berkaitan dengan berkurangnya aktivitas *katalase* dan *peroksidase* (Wallace, dkk., 2004).

2. Mekanisme resistensi terhadap Rifampicin

Rifampisin merupakan turunan semisintetik dari *Streptomyces mediterranei*, yang bekerja sebagai basilsid intraseluler maupun ekstraseluler (Riyanto, dkk., 2006. Wallace, dkk., 2004). Obat ini menghambat sintesis RNA dengan mengikat atau menghambat secara khusus RNA *polymerase* yang tergantung DNA.

Rifampisin berperan aktif *invitro* pada kokus gram positif dan gram negatif, *Mycobasilum*, *Chlamydia* dan *Poxvirus*. Resistensi mutannya tinggi, biasanya pada semua populasi *Mycobasilum* terjadi pada frekuensi 1:10⁷ atau lebih 12. Resistensi terhadap rifampisin ini disebabkan oleh adanya *permeabilitas barrier*.

3. Mekanisme resistensi terhadap pyrazinemide

Pyrazinamid merupakan turunan asam *nikotinic* yang berperan penting sebagai basilsid jangka pendek terhadap *Mycobacterium Tuberculosis* 14. Obat ini bekerja efektif terhadap basil *Mycobacterium Tuberculosis* secara *invitro* pada PH asam (PH 5,0-5,5). Pada keadaan PH netral, pyrazinamid tidak berefek atau hanya sedikit berefek (Riyanto, dkk., 2006). Obat ini merupakan Basilsid yang memetabolisme secara lambat organisme yang berada dalam suasana asam pada

fagosit atau *granuloma kaseosa*. Obat tersebut akan diubah oleh basil tuberkel menjadi bentuk yang aktif asam *pyrazinoat* (Wallace, dkk., 2004).

Mekanisme resistensi pyrazinamid berkaitan dengan hilangnya aktivitas *pyrazinamidase* sehingga pyrazinamid tidak banyak yang diubah menjadi asam *pyrazinoat*. Kebanyakan kasus resistensi pyrazinamid ini akan berkaitan dengan mutasi pada gen *pncA*, yang menjadikan *pyrazinamidase* (Wallace, dkk., 2004).

4. Mekanisme resistensi terhadap Ethambutol

Ethambutol merupakan turunan *ethylenediamine* yang larut air dan aktif hanya pada *mycobasila*. Ethambutol ini bekerja sebagai basilostatik pada dosis standar. Mekanisme utamanya dengan menghambat enzim *arabinyltransferase* yang memperantarai *polymerisasi arabinose* menjadi *arabinogalactan* yang berada di dalam dinding sel.

Resistensi ethambutol pada *Mycobacterium Tuberculosis* paling sering berkaitan dengan mutasi *missense* pada GenembB yang menjadi sandi untuk *arabinyltransferase*. Mutasi ini telah ditemukan pada 70% strain yang resisten dan keterlibatan pengganti asam amino pada posisi 306 atau 406 pada sekitar 90% kasus (Wallace, dkk., 2004).

5. Mekanisme resistensi terhadap Streptomisin

Streptomisin merupakan golongan *aminoglikosida* yang diisolasi dari *streptomyces griseus*. Obat ini bekerja dengan menghambat sintesis protein dengan mengganggu fungsi *ribosomal 14*. Pada 2/3 strain *Mycobacterium Tuberculosis* yang resisten terhadap streptomisin telah diidentifikasi oleh karena adanya mutasi pada satu dan dua target yaitu pada gen 16S rRNA (*rrs*) atau gen

yang menyandikan protein *ribosomal S12* (rpsl). Kedua target diyakini terlibat pada ikatan streptomysin *ribosomal 14*. Mutasi yang utama terjadi pada rpsl. Mutasi pada rpsl telah diidentifikasi sebanyak 50% *isolate* yang resisten terhadap streptomysin dan mutasi pada rrs sebanyak 20%¹⁵. Pada sepertiga yang lainnya tidak ditemukan adanya mutasi. Frekuensi resistensi mutan terjadi pada 1 dan 105 sampai 107 organisme. Strain *Mycobacterium Tuberculosis* yang resisten terhadap streptomysin tidak mengalami resistensi silang terhadap capreomysin maupun amikasin (Wallace, dkk., 2004).

2.1.6 Penatalaksanaan TB – MDR (Kemenkes RI, 2014)

1. Strategi pengobatan pasien TB-MDR

Strategi pengobatan pasien TB-MDR mengacu pada strategi DOTS dimana semua pasien yang sudah terbukti sebagai TB-MDR akan mendapatkan pengobatan TB-MDR yang baku dan bermutu. Paduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) untuk pasien TB-MDR adalah paduan standar yang mengandung Obat Anti Tuberkulosis (OAT) lini kedua. Sebelum dilakukan pengobatan pasien TB-MDR melalui persiapan untuk memastikan keadaan pasien. Persiapan sebelum pengobatan dimulai adalah: (1) pemeriksaan fisik; (2) pemeriksaan kejiwaan; (3) pemeriksaan penunjang meliputi: pemeriksaan darah tepi lengkap termasuk kadar hemoglobin (Hb), jumlah leukosit, pemeriksaan kimia darah, pemeriksaan *Thyroid stimulating hormone* (TSH), tes kehamilan, foto dada/toraks, tes pendengaran (pemeriksaan audiometri), pemeriksaan EKG, tes HIV (bila status HIV belum diketahui. (4) penetapan Pengawas Menelan Obat (PMO) untuk pasien TB-MDR merupakan seorang petugas kesehatan terlatih.

(Kemenkes RI, 2013)

2. Penetapan pasien TB-MDR yang akan diobati

Penetapan pasien TB-MDR yang akan diobati dilaksanakan oleh Tim Ahli Klinis (TAK) di fasilitas pelayanan kesehatan rujukan TB-MDR. (Kemenkes RI, 2013)

Tabel 2.1 Kriteria untuk penetapan pasien TB-MDR yang akan diobati

Kriteria	Keterangan
1. Kasus TB MDR	Berdasarkan hasil pemeriksaan Uji kepekaan yang dilakukan oleh laboratorium yang tersertifikasi menunjukkan TB MDR atau pasien yang terbukti TB MDR atau resistan terhadap rifampisin berdasarkan pemeriksaan tes cepat (<i>HAIN test atau Xpert MTB/RIF</i>)
2. Penduduk dengan alamat yang jelas dan mempunyai akses serta bersedia untuk datang setiap hari ke fasyankes TB MDR	Dinyatakan dengan Kartu Tanda Penduduk (KTP) atau dokumen pendukung lain dari otoritas setempat
3. Bersedia menjalani program pengobatan TB MDR dengan menandatangani informed consent	Pasien dan keluarga menandatangani <i>informed consent</i> setelah mendapat penjelasan yang cukup dari TAK
4. Berumur lebih dari 15 tahun	Diketahui dari kartu keluarga

3. Pengobatan TB MDR

Permenkes RI No.13 Tahun 2013 menyebutkan bahwa pengobatan pasien TB MDR menggunakan paduan OAT yang terdiri dari OAT lini pertama dan lini kedua yang dibagi dalam 5 kelompok berdasar potensi dan efikasinya (Kemenkes RI, 2013).

Tabel 2.2 Pengelompokan Obat Anti Tuberkulosis (OAT)

Golongan	Jenis	Obat
Golongan -1	Obat Lini Pertama	Isoniazid(H), Rifampisin (R), Etambutol (E), Pirazinamid (Z), Streptomisin (S)
Golongan -2	Obat suntik lini kedua	Kanamisin (Km), Amikasin (Am), Kapreomisin (Cm)
Golongan -3	Golongan Florokuinolone	Levofloksasin (Lfx), Moksifloksasin (Mfx), Ofloksasin (Ofx)
Golongan -4	Obat bakteriostatik lini kedua	Etionamid (Eto), Protionamid (Pto), Sikloserin (Cs), Terizidon (Trd), Para amina salisilat (PAS)
Golongan -5	Obat yang belum terbukti efikasinya	Clofazimin (Cfz), Linezolid (Lzd), Amoksilin/Asam Klavulanat(Amx/Clv), Clarithromisin

Pemberian obat anti tuberkulosis kepada pasien TB MDR meliputi fase awal dan fase lanjutan. Pada fase awal, obat per oral ditelan setiap hari (7 hari dalam 1 minggu) dan suntikan diberikan 5 (lima) hari dalam seminggu. Suntikan harus diberikan oleh petugas kesehatan. Pada fase lanjutan, obat per oral ditelan selama 6 (enam) hari. Fase awal adalah tahap pemberian obat oral dan suntikan (injeksi) dengan lama paling sedikit 6 bulan atau 4 bulan setelah terjadi konversi biakan. Fase lanjutan adalah pemberian paduan OAT oral tanpa suntikan. Lama pengobatan seluruhnya paling sedikit 18-24 bulan (Kemenkes RI,2014).

Setiap rejimen TB-MDR terdiri dari kurang lebih 4 macam obat dengan efektifitas yang pasti atau hampir pasti. Dosis obat berdasarkan berat badan. (Kemenkes RI, 2013)

Tabel 2.3 Dosis obat berdasarkan berat badan

OAT	Berat Badan (BB)			
	< 33 kg mg/kg/hari	33-50 kg mg/kg/hari	51-70 kg mg/kg/hari	>70 kg mg/kg/hari
Pirazinamid	20-30	750-1500	1500-1750	1750-2000
Kanamisin	15-20	500-750	1000	1000
Etambutol	20-30	800-1200	1200-1600	1600-2000
Kapreomisin	15-20	500-750	1000	1000
Moksifloksasin	7,5-10	400	400	400
Levofloksasin	7,5-10	750	750	750-1000
Sikloserin	15-20	500	750	750-1000
Etionamid	15-20	500	750	750-1000
PAS	150	8000	8000	8000

Paduan obat TB MDR yang diberikan kepada semua pasien TB MDR (*standarlized treatment*) adalah :

Km - E - Eto - Lfx - Z - Cs / E - Eto - Lfx - Z - Cs

Paduan ini hanya diberikan pada pasien yang sudah terbukti TB-MDR. (Kemenkes RI, 2013). Paduan obat standar disesuaikan berdasarkan keadaan berikut :

- 1) Hasil uji kepekaan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) lini kedua menunjukkan resisten terhadap salah satu obat. Etambutol dan pirazinamid tetap digunakan;
- 2) Riwayat penggunaan salah satu obat dalam paduan sebelumnya sehingga dicurigai ada resisten; (3) terjadi efek samping yang berat akibat salah satu obat yang sudah dapat diidentifikasi sebagai penyebabnya; (4) terjadi perburukan keadaan klinis, sebelum maupun setelah konversi biakan. Hal-hal yang harus diperhatikan adalah kondisi umum, batuk, produksi dahak,

demam dan penurunan berat badan (Nawas, 2010).

2.1.7 Pemantauan selama pengobatan

Pasien harus dipantau secara ketat untuk menilai respons terhadap pengobatan dan mengidentifikasi efek samping pengobatan. Gejala klasik TB batuk, berdahak, demam dan BB menurun – umumnya membaik dalam beberapa bulan pertama pengobatan. Penilaian respons pengobatan adalah konversi dahak dan biakan. Hasil uji kepekaan TB-MDR dapat diperoleh setelah 2 bulan. Pemeriksaan dahak dan biakan dilakukan setiap bulan pada fase intensif dan setiap 2 bulan pada fase lanjutan. Evaluasi pada pasien TB-MDR adalah; (1) penilaian klinis termasuk berat badan, (2) penilaian segera bila ada efek samping, (3) pemeriksaan dahak setiap bulan pada fase intensif dan setiap 2 bulan pada fase lanjutan, (4) pemeriksaan biakan setiap bulan pada fase intensif sampai konversi biakan, (5) uji kepekaan obat sebelum pengobatan dan pada kasus kecurigaan akan kegagalan pengobatan, (6) periksa kadar kalium dan kreatinin sepanjang pasien mendapat suntikan (Kanamisin dan Kapreomisin), (7) pemeriksaan TSH dilakukan setiap 6 bulan dan jika ada tanda-tanda hipotiroid

2.2 Konsep Keluarga

2.2.1 Pengertian keluarga

Duval dan Logan 1986 dalam Efendi & Makhfudli 2009 menjelaskan bahwa definisi keluarga yaitu perkumpulan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari dua individu atau lebih dengan ikatan hubungan darah, perkawinan atau adopsi dan kedekatan emosional. Keluarga terdiri dari kepala keluarga yaitu ayah serta beberapa

anggota keluarga yaitu ibu dan anak-anaknya yang saling berinteraksi satu sama lain serta saling ketergantungan.

Keluarga dianggap sebagai kelompok individu yang tinggal bersama dalam rumah tangga dengan atau tidaknya hubungan darah, ikatan pernikahan, adopsi, dan tidak hanya terbatas pada keanggotaan. Keluarga memiliki peranan yang sangat penting dalam membentuk budaya dan perilaku kesehatan (Friedman *et. al*, 2010).

2.2.2 Tipe-tipe keluarga

Tipe keluarga menurut Efendi & Makhfudli (2009) terdiri dari tipe keluarga tradisional dan non tradisional:

1. Keluarga tradisional

1) Keluarga inti (*The nuclear family*)

Keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi.

2) *The dyad family*

Keluarga yang terdiri dari suami dan istri (tanpa anak) yang hidup bersama dalam satu rumah. Keduanya atau salah satu bekerja di luar rumah.

3) Keluarga usila

Keluarga yang terdiri dari suami dan istri yang sudah tua dan anaknya yang sudah memisahkan diri dari keluarganya.

4) Keluarga tanpa anak (*The childless family*)

Keluarga tanpa anak karena terlambat menikah akibat mengejar karir atau pendidikan yang biasanya terjadi pada wanita.

5) Keluarga luas/besar (*The extended family*)

Keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah seperti *nuclear family* namun ditambah dengan paman-bibi, kakak-nenek, keponakan, dan lain-lain.

6) Keluarga duda/janda (*The single parent family*)

Keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah dan ibu) dengan anak, hal ini terjadi akibat perceraian, kematian atau ditinggalkan (menyalahi hukum pernikahan) oleh pasangan.

7) *Commuter family*

Pasangan suami-istri yang keduanya bekerja di kota yang berbeda, tetapi salah satu kota tersebut digunakan sebagai tempat tinggal dan berkumpul dengan anggota keluarganya pada akhir pekan (*week-end*).

8) *Blended family*

Keluarga yang dibentuk oleh duda atau janda dengan status menikah kembali dan membesarkan anak dari perkawinan sebelumnya.

2. Keluarga non-tradisional

1) *The unmarried teenage mother*

Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.

2) *The stepparent family*

Keluarga dengan orangtua tiri.

3) *Commune family*

Beberapa pasangan suami-istri (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara hidup bersama dalam satu rumah dengan fasilitas dan pengalaman yang sama, serta sosialisasi anak melalui aktivitas kelompok atau membesarkan anak bersama-sama.

4) *The nonmarital heterosexual cohabiting family*

Keluarga yang hidup bersama dengan cara berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan (kumpul kebo).

5) *Gay and lesbian family*

Pasangan dengan persamaan seks yang hidup bersama sebagaimana pasangan suami-istri (*marital partners*).

6) *Cohabiting couple*

Orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.

7) *Group-marriage family*

Beberapa orang dewasa yang menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, dan merasa telah saling menikah satu sama lain, berbagi sesuatu, termasuk seksual serta membesarkan anaknya.

8) *Foster family*

Keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan darah sementara waktu pada saat orangtua anak tersebut memerlukan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga aslinya.

9) *Homeless family*

Keluarga yang terbentuk dari ketiadaan perlindungan tetap karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.

10) *Composite family*

Sebuah keluarga dengan perkawinan poligami yang tinggal bersama-sama dalam satu rumah.

2.2.3 Tugas keluarga

Terdapat tujuh tugas pokok keluarga (Friedman, 2010) antara lain:

1. Pemeliharaan fisik keluarga dan anggota keluarga.
2. Pemeliharaan berbagai sumber daya yang ada dalam keluarga.
3. Pembagian tugas anggota keluarga sesuai dengan kedudukan masing-masing.
4. Sosialisasi antar anggota keluarga baik dari segi pengetahuan maupun dari segi kesehatan.
5. Pengaturan jumlah anggota keluarga.
6. Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga.
7. Membangkitkan dorongan dan motivasi pada anggota keluarga.

Setyowati (2007); Efendi & Makhfudli (2009) serta Friedman (2010) menyatakan bahwa dalam upaya penanggulangan masalah kesehatan keluarga, tugas keluarga merupakan faktor utama untuk mengembangkan pelayanan kesehatan masyarakat. Tugas kesehatan keluarga meliputi:

1. Mengetahui masalah kesehatan setiap anggota keluarganya.
2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan kesehatan secara tepat.

3. Memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit dan yang tidak bisa membantu dirinya sendiri.
4. Memodifikasi lingkungan dan mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
5. Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat yang terjangkau dan bermanfaat bagi anggota keluarga yang sakit.

2.2.4 Peran dan fungsi keluarga

Efendi & Makhfudli (2009) dalam bukunya menyebutkan bahwa setiap anggota keluarga memiliki beberapa peran dalam keluarga sebagai berikut:

1. Motivator

Keluarga sebagai penggerak tingkah laku melalui dukungan pada setiap anggota keluarganya ke arah tujuan yang sama. Tujuan tersebut didasari oleh kebutuhan anggota keluarga yang sakit dan sangat membutuhkan dukungan keluarga terutama dari segi emosional.

2. Edukator

Upaya keluarga dalam memberikan pendidikan kepada anggota keluarga yang sakit, sehingga keluarga nantinya akan menjadi sumber yang efektif dalam meningkatkan derajat kesehatan keluarga dengan berbekal ilmu pengetahuan (informasional) tentang kesehatan, misalnya pengetahuan mengenai bagaimana peran keluarga dalam menangani proses pengobatan DOTS pada Penderita TB paru sehingga patuh dalam menjalani pengobatan dan tidak terjadi *drop out*.

3. Fasilitator

Sarana yang dibutuhkan anggota keluarga yang sakit untuk memenuhi kebutuhan dalam mencapai keberhasilan pelaksanaan program tersebut.

Keluarga diharapkan selalu dapat menyiapkan diri untuk membawa anggota keluarga yang sakit. Penderita TB paru akan terfasilitasi dengan baik sehingga selalu patuh terhadap pengobatan yang telah ditentukan oleh petugas medis agar tidak terjadi *drop out*. Hal ini merujuk pada dukungan keluarga dari segi instrumental.

Peran keluarga juga dapat dibagi menjadi 2, yaitu:

1. Peran formal keluarga

Peran parental dan perkawinan yang meliputi:

- 1) Peran sebagai *provider* (penyedia);
- 2) Peran sebagai pengatur rumah tangga;
- 3) Peran perawatan dan sosialisasi anak;
- 4) Peran rekreasi;
- 5) Peran persaudaraan (*kindship*);
- 6) Peran terapeutik (memenuhi kebutuhan afektif);
- 7) Peran seksual; dan
- 8) Peran psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya.

2. Peran informal keluarga

- 1) Pendorong;
- 2) Pengharmonis;
- 3) Inisiator-kontributor;
- 4) Pendamai;

5) Pioner keluarga; dan

6) Penghibur.

Friedman (1998) dalam Efendi & Makhfudli (2009) menjelaskan fungsi keluarga sebagai berikut:

1. Fungsi afeksi

Fungsi internal keluarga untuk memenuhi kebutuhan psikososial, saling mengasuh dan memberikan cinta kasih serta saling menerima dan mendukung antar anggota keluarga. Fungsi ini bertujuan untuk mengajarkan segala sesuatu dalam mempersiapkan anggota keluarganya berkomunikasi dengan orang lain.

2. Fungsi sosialisasi

Fungsi keluarga yang mengembangkan proses perkembangan dan perubahan individu keluarga. Fungsi ini digunakan sebagai tempat anggota keluarga untuk saling berinteraksi dan belajar berperan di lingkungan sosial.

3. Fungsi reproduksi

Bukan hanya mengembangkan keturunan, tetapi juga merupakan tempat mengembangkan fungsi reproduksi secara menyeluruh, diantaranya kesehatan dan kualitas seksual, serta pendidikan seksual bagi anak. Fungsi ini merupakan fungsi yang bertujuan untuk menjaga kelangsungan keluarga.

4. Fungsi ekonomi

Fungsi keluarga ini mengharapkan keluarga menjadi produktif sehingga mampu menghasilkan nilai tambah dibidang ekonomi dengan memanfaatkan sumber daya keluarga yang ada. Fungsi ini bertujuan untuk mengembangkan kemampuan

individu dalam meningkatkan penghasilan keluarga dengan memenuhi kebutuhan sandang, pangan dan papan.

5. Fungsi pemeliharaan kesehatan

Fungsi keluarga ini diharapkan dapat memenuhi kebutuhan kesehatan primer dalam rangka melindungi dan mencegah terjadinya penyakit yang mungkin dialami keluarga, serta merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.

2.3 Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan sistem pendorong bagi anggota keluarga, sehingga anggota keluarga akan selalu berpikir bahwa orang yang mendukung akan selalu siap memberikan pertolongan jika diperlukan (Friedman, 2010). Terdapat tiga dimensi utama dari dukungan keluarga yaitu; dukungan informasional; dukungan instrumental; serta dukungan emosional dan harga diri.

2.3.1 Dukungan informasional

Dukungan ini merupakan dukungan yang diberikan keluarga kepada anggota keluarganya melalui penyebaran informasi (Friedman, 2010). Seseorang yang tidak dapat menyelesaikan masalahnya maka dukungan ini diberikan dengan cara memberikan informasi, nasehat dan petunjuk tentang cara penyelesaian masalah. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang dokter, terapi yang baik bagi dirinya dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stressor. Individu yang mengalami depresi dapat keluar dari masalahnya dan memecahkan masalahnya dengan dukungan dari keluarga dengan menyediakan *feed back*. Pada

dukungan informasi ini keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi. Keluarga sebagai tempat dalam memberi semangat serta pengawasan terhadap kegiatan harian misalnya klien TB paru yang sedang dalam fase pengobatan intensif sehingga butuh pengawasan keluarga sebagai Pengawas Menelan Obat (PMO).

2.3.2 Dukungan instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit (Friedman, 2010). Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan financial dan material berupa bantuan nyata (*Instrumental support material support*), suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk di dalamnya bantuan langsung, seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang, membantu pekerjaan sehari-hari, menyampaikan pesan, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit ataupun mengalami depresi yang dapat membantu memecahkan masalah. Dukungan nyata paling efektif bila dihargai oleh individu dan mengurangi depresi individu. Pada dukungan nyata keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis dan tujuan nyata.

2.3.3 Dukungan emosional dan harga diri

Dukungan ini mencakup ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian dari orang yang bersangkutan kepada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan. Keluarga merupakan tempat yang aman untuk istirahat dan pemulihan dari penguasaan emosi (Smet Bart, 1999). Keluarga bertindak sebagai pembimbing atau umpan balik serta validator identitas keluarga yang ditunjukkan melalui penghargaan

positif misalnya penghargaan untuk klien TB paru, persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu dan perbandingan positif pada klien TB paru dengan klien lainnya seperti orang lain dengan kondisi yang lebih buruk darinya. Hal tersebut dapat menambah harga dirinya. Dukungan emosional dan harga diri juga dapat memberikan semangat dalam berperilaku kesehatan, sebagai contohnya adalah dukungan ini dapat diberikan pada klien TB paru dalam menjalani pengobatan.

2.3.4 Manfaat dukungan keluarga

Wills dalam Friedman (1998) menyimpulkan bahwa efek pendukung (dukungan sosial melindungi individu terhadap efek negative dari stress) dan efek utama (dukungan sosial secara langsung mempengaruhi kesehatan) di temukan. Efek tersebut terhadap kesehatan dan kesejahteraan boleh jadi berfungsi secara bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit dan di kalangan kaum tua, fungsi kognitif, fisik, dan kesehatan emosi. Serason (1993) dalam kuncoro (2012) berpendapat bahwa dukungan keluarga mencakup dua hal yaitu jumlah sumber dukungan yang tersedia dan tingkat kepuasan akan dukungan yang diterima. Jumlah dukungan yang tersedia merupakan persepsi individu terhadap sejumlah orang yang dapat diandalkan saat individu membutuhkan bantuan. Tingkat kepuasan akan dukungan yang diterima berkaitan dengan persepsi individu bahwa kebutuhannya akan terpenuhi (pendekatan berdasarkan kualitas).

2.3.5 Sumber dukungan keluarga

Root & Dooley (1985) dalam kuncoro (2012) ada 2 sumber dukungan keluarga yaitu natural dan artificial. Dukungan keluarga yang natural diterima

seseorang melalui interaksi sosial dalam kehidupannya secara spontan dengan orang-orang yang berada disekitarnya misalnya anggota keluarga (anak, istri, suami, saudara) teman dekat atau relasi. Dukungan keluarga ini bersifat non formal sedang dukungan keluarga artificial adalah dukungan yang dirancang kedalam kebutuhan primer seseorang misalnya dukungan keluarga akibat bencana alam melalui berbagai sumbangan. Menyediakan dukungan baik emosional maupun dalam bentuk informasi diberikan dalam bentuk siap membantu, bersedia mendengar, perhatian terhadap kebutuhan pasien dan menyediakan lingkungan yang sesuai untuk pasien membagi pengalaman perawatan mereka. Sebagai tambahan, memberikan dukungan membantu meningkatkan kepercayaan diri pasien untuk melanjutkan aktivitas perawatan.

Thorsteinson (2011) menyatakan bahwa mendengarkan perasaan seseorang dan memegang tangan merupakan contoh cara memberi dukungan dan menyemangati pasien. Memastikan kondisi lingkungan yang dapat memotivasi pasien memberi keuntungan dalam meningkatkan kompetensi perawatan dan berguna untuk memfasilitasi hubungan antara perawat dan pasien dan keluarganya. Interaksi tersebut membantu pasien untuk merespon kebutuhan perawatan mandiri dan membangun keinginan untuk mendiskusikan masalah mereka.

2.3.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

Rahayu, Ferani & Rahayu (2010) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal meliputi tahap perkembangan, pendidikan dan tingkat pengetahuan, emosi dan spiritual. Faktor eksternal meliputi praktik dukungan dalam keluarga, psiko sosial ekonomi dan latar belakang keluarga.

Tahap perkembangan mempengaruhi dukungan keluarga artinya dukungan dapat ditentukan oleh faktor usia, dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda. Anak-anak mempunyai tingkat kepatuhan yang lebih tinggi dibandingkan remaja meskipun anak-anak mendapat informasi yang kurang. Untuk penderita lanjut usia kepatuhan minum obat dapat dipengaruhi oleh daya ingat yang berkurang, ditambah lagi apabila penderita lanjut usia tinggal sendiri. Dunbar & waszak dalam smet (1994) ketaatan dalam aturan pengobatan pada anak-anak, remaja dalam dewasa adalah sama.

Pendidikan dan tingkat pengetahuan, keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan dan pengalaman di masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berpikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.

Faktor emosi juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakannya. Seseorang yang mengalami respon stress dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut mengancam kehidupannya. Seseorang yang secara umum terlihat sangat tenang mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selama ia sakit. Seorang individu yang tidak mampu melakukan coping secara emosional terhadap anacam penyakit mungkin

akan menyangkal adanya gejala penyakit pada dirinya dan tidak mau menjalani pengobatan.

Spiritual, dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.

Praktik di keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya. Misalnya, klien juga kemungkinan besar akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarganya melakukan hal yang sama, anak yang selalu diajak orang tuanya untuk melakukan pemeriksaan kesehatan rutin maka ketika punya anak dia melakukan hal yang sama.

Faktor psikososioekonomi dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Variabel psikosial mencakup: stabilitas perkawinan, gaya hidup dan lingkungan kerja. Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pelaksanaannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan, sehingga akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya. Latar belakang mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu, dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

Penderita TB-MDR dukungan keluarga dianggap sebagai determinan penting dari perilaku kesehatan. Dukungan keluarga yang dibutuhkan seseorang dapat berupa pada dukungan moral, emosional dan dukungan intim serta kebutuhan untuk

informasi dan umpan balik. Ini dapat dipenuhi oleh keluarga. Kekuatan dukungan keluarga mempengaruhi perilaku perawatan diri individu melalui peningkatan motivasi, informasi dan umpan balik (Xiaolian et al., 2002)

2.4 Konsep Dasar *Self Efficacy*

2.4.1 Pengertian *Self Efficacy*

Self Efficacy merupakan suatu proses kognitif terkait kenyamanan individu dalam mengukur kemampuannya dalam melakukan suatu hal sehingga mempengaruhi motivasi, proses berpikir, kondisi emosional, serta lingkungan sosial yang menunjukkan suatu kebiasaan yang spesifik. Bandura dalam teori *self efficacy* mengungkapkan bahwa terdapat empat sumber yang dapat mempengaruhi tingkat *self efficacy* seseorang seperti pengalaman keberhasilan, pengalaman orang lain, bujukan verbal, hingga keadaan fisik dan emosional (Bandura, 1977 dalam Dennis, 2003).

2.4.2 Dimensi *Self Efficacy*

Bandura (1986), *Self Efficacy* terdiri dari 3 dimensi:

1. Dimensi *level* atau *magnitude*

Mengacu pada taraf kesulitan tugas yang diyakini individu akan mampu mengatasinya. Tingkat *self efficacy* seseorang berbeda satu sama lain. Tingkatan kesulitan dari sebuah tugas, apakah sulit atau mudah akan menentukan *self efficacy*. Pada suatu tugas atau aktivitas, jika tidak terdapat suatu halangan yang berarti untuk diatasi, maka tugas tersebut akan sangat mudah dilakukan dan semua orang pasti mempunyai *self efficacy* yang tinggi

pada permasalahan ini. Sebagai contoh, Bandura (1997) menjelaskan keyakinan akan kemampuan meloncat pada seseorang atlet. Seorang atlet menilai kekuatan dari keyakinannya bahwa dia mampu melampaui kayu penghalang pada ketinggian yang berbeda. Seseorang dapat memperbaiki atau meningkatkan *self efficacy belief* dengan mencari kondisi yang mana dapat menambahkan tantangan dan kesulitan yang lebih tinggi levelnya.

2. Dimensi *Generality*

Mengacu pada variasi situasi dimana penilaian tentang *self efficacy* dapat diterapkan. Seseorang dapat menilai dirinya memiliki efikasi pada banyak aktifitas atau pada aktivitas tertentu saja. Dengan semakin banyak *self efficacy* yang dapat diterapkan pada berbagai kondisi, maka semakin tinggi *self efficacy* seseorang. Individu mungkin akan menilai diri merasa yakin melalui bermacam-macam aktivitas atau hanya dalam daerah fungsi tertentu. Keadaan umum bervariasi dalam jumlah dari dimensi yang berbeda-beda, diantaranya tingkat kesamaan aktivitas, perasaan dimana kemampuan ditunjukkan (tingkah laku, kognitif, afektif), ciri kualitatif situasi, dan karakteristik individu menuju kepada siapa perilaku itu ditunjukkan.

3. Dimensi *Strength*

Terkait dengan kekuatan dari *self efficacy* seseorang ketika berhadapan dengan tuntutan tugas atau suatu permasalahan. *Self efficacy* yang lemah dapat dengan mudah ditiadakan dengan pengalaman yang menggelisahkan ketika menghadapi sebuah tugas. Sebaliknya orang yang memiliki keyakinan yang kuat akan bertekun pada usahanya meskipun pada tantangan dan rintangan

yang tak terhingga. Dia tidak mudah dilanda kemalangan. Dimensi ini mencakup pada derajat kemantapan individu terhadap keyakinannya. Kemantapan inilah yang menentukan ketahanan dan keuletan individu.

2.4.3 Sumber *self efficacy*

Bandura (1994) *self efficacy* dapat terbentuk melalui 4 sumber yaitu:

1. Pengalaman langsung

Self efficacy yang kuat seringkali terbentuk dari kejadian yang pernah dialami secara langsung. Seseorang yang pernah sukses dalam melakukan sesuatu cenderung lebih percaya diri dalam melakukan suatu hal yang sama di kemudian hari. Sebaliknya kegagalan akan lebih membuat orang kurang percaya diri, namun dapat menjadi pengalaman berharga bagi seseorang untuk dapat menghadapi rintangan yang sama di masa yang akan datang. Pengalaman langsung tentang cara menghadapi rintangan membuat seseorang belajar bahwa kesuksesan memerlukan usaha yang keras sehingga tercipta individu yang ulet dan tangguh.

2. Pengalaman tidak langsung

Pengalaman terhadap pengalaman orang lain yang memiliki kemiripan dengan diri sendiri (*role modeling*) juga dapat menjadi sumber *self efficacy*. *Self efficacy* yang terbentuk melalui *role modeling* ini sangat dipengaruhi oleh persepsi seseorang tentang kemiripan dirinya dengan *role model*. Semakin individu merasa mirip dengan model, maka kesuksesan dan kegagalan model akan semakin kuat mempengaruhi *self efficacy*. Seseorang akan berusaha mencari model yang memiliki kompetensi atau kemampuan yang sesuai dengan keinginannya.

Pengamatan terhadap perilaku dan cara berfikir model tersebut akan dapat memberi pengetahuan dan pelajaran tentang strategi dalam menghadapi berbagai tuntutan lingkungan.

3. Persuasi verbal

Orang yang diberi persuasi secara verbal memiliki kemampuan untuk lebih menguasai hal yang dipersuasikan dan berusaha lebih kuat untuk menghadapi masalah. Persuasi merupakan sumber *efficacy* yang lemah karena bukan bagian dari pengalaman dan dapat dipengaruhi oleh riwayat kegagalan di masa lalu, oleh karena itu, untuk meyakinkan seseorang terhadap kemampuan dirinya, seorang *efficacy builder* tidak seharusnya terlalu dini menunjukkan situasi yang dapat membawa kegagalan.

4. Emosi

Perasaan (*mood*) juga mempengaruhi pendapat orang tentang keyakinan diri mereka. *Mood* yang baik dapat meningkatkan *self efficacy* begitupun sebaliknya. Pengelolaan emosi dengan cara mengurangi reaksi stress dan mengubah perasaan yang negatif, dapat membuat penilaian dan interpretasi seseorang terhadap kemampuan yang dimiliki menjadi lebih baik. Hal tersebut dapat menjadi cara untuk membentuk *self efficacy*.

2.4.4. Proses *self efficacy* terhadap penerimaan diri

Bandura *self efficacy* mempengaruhi tindakan dan perilaku manusia, yang melalui empat proses yaitu proses kognitif, proses motivasi, proses afeksi dan proses seleksi.

1. Proses Kognitif

Dalam melakukan tugas akademiknya, individu menetapkan tujuan dan sasaran perilaku sehingga individu dapat merumuskan tindakan yang tepat untuk mencapai tujuan tersebut. Penetapan sasaran pribadi tersebut dipengaruhi oleh penilaian individu akan kemampuan kognitifnya. Fungsi kognitif memungkinkan individu untuk memprediksi kejadian-kejadian sehari-hari yang akan berakibat pada masa depan. Asumsi yang timbul pada aspek kognitif ini adalah semakin efektif kemampuan individu dalam analisis dan dalam berlatih mengungkapkan ide-ide atau gagasan-gagasan pribadi, maka akan mendukung individu bertindak dengan tepat untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Individu akan meramalkan kejadian dan mengembangkan cara untuk mengontrol kejadian yang mempengaruhi hidupnya. Keahlian ini membutuhkan proses kognitif yang efektif dari berbagai macam informasi.

2. Proses Motivasi

Motivasi individu timbul melalui pemikiran optimis dari dalam dirinya untuk mewujudkan tujuan yang diharapkan. Individu berusaha memotivasi diri dengan menetapkan keyakinan pada tindakan yang akan dilakukan, merencanakan tindakan yang akan direalisasikan. Terdapat beberapa macam motivasi kognitif yang dibangun dari beberapa teori yaitu atribusi penyebab yang berasal dari teori atribusi dan pengharapan akan hasil yang terbentuk dari teori nilai-pengharapan. *Self Efficacy* mempengaruhi atribusi penyebab, dimana individu yang memiliki *self efficacy* akademik yang tinggi menilai kegagalannya dalam mengerjakan tugas akademik disebabkan oleh kurangnya

usaha, sedangkan individu dengan *self efficacy* yang rendah menilai kegagalannya disebabkan oleh kurangnya kemampuan.

3. Proses Afeksi

Afeksi terjadi secara alami dalam diri individu dan berperan dalam menentukan intensitas pengalaman emosional. Afeksi ditujukan dengan mengontrol kecemasan dan perasaan depresif yang menghalangi pola-pola pikir yang benar untuk mencapai tujuan.

Proses afeksi berkaitan dengan kemampuan mengatasi emosi yang timbul pada diri sendiri untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Kepercayaan individu terhadap kemampuannya mempengaruhi tingkat stress dan depresi yang dialami ketika menghadapi tugas yang sulit atau bersifat mengancam. Individu yang yakin dirinya mampu mengontrol ancaman tidak akan membangkitkan pola pikir yang mengganggu. Individu yang tidak percaya akan kemampuannya yang dimiliki akan mengalami kecemasan karena tidak mampu mengelola ancaman tersebut. Proses afeksi berkaitan dengan kemampuan mengatasi emosi yang timbul pada diri sendiri untuk mencapai tujuan yang diharapkan.

4. Proses seleksi

Proses seleksi berkaitan dengan kemampuan individu untuk menyeleksi tingkah laku dan lingkungan yang tepat, sehingga dapat mencapai tujuan yang diharapkan. Ketidakmampuan individu dalam melakukan seleksi tingkah laku membuat individu tidak percaya diri, bingung, dan mudah menyerah ketika menghadapi masalah atau situasi sulit. *Self Efficacy* dapat membentuk hidup

individu melalui pemilihan tipe aktivitas dan lingkungan. Individu akan mampu melaksanakan aktivitas yang menantang dan memilih situasi yang diyakini mampu menanganinya. Individu akan memelihara kompetensi, minat, hubungan sosial atas pilihan yang ditentukan.

2.4.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi *self efficacy*

Bandura (1997) menyebutkan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi *self efficacy* seseorang antara lain:

1. Budaya

Budaya dapat mempengaruhi *self efficacy* individu melalui nilai (*value*), kepercayaan (*beliefs*) dan proses pengaturan diri (*self regulatory process*).

2. Gender

Berdasarkan penelitian Bandura, wanita cenderung memiliki *self efficacy* lebih tinggi daripada pria, terutama wanita yang berperan sebagai ibu rumah tangga dan sekaligus wanita karier.

3. Sifat dari tugas yang dihadapi

Derajat kompleksitas tugas yang dihadapi oleh individu mempengaruhi penilaian individu tersebut terhadap kemampuan dirinya. Semakin sulit tugas yang dihadapi, semakin rendah penilaian kemampuan individu yang berarti semakin rendah *self efficacy*, begitu pula sebaliknya.

4. Insentif eksternal

Self efficacy seseorang akan semakin tinggi jika ada insentif yang akan diberikan apabila dia berhasil menyelesaikan tugas yang harus dihadapi dengan baik.

5. Status atau peran individu dalam lingkungan

Status individu berkaitan erat dengan kontrol yang dapat dilakukan individu terhadap lingkungannya, sehingga individu yang mempunyai status tinggi cenderung memiliki *self efficacy* yang lebih tinggi dibandingkan dengan individu yang mempunyai status atau kontrol rendah terhadap lingkungannya.

6. Informasi tentang kemampuan diri

Seseorang akan mempunyai *self efficacy* lebih tinggi jika dia memperoleh informasi yang positif tentang kemampuan dirinya. Sebaliknya *self efficacy* yang rendah akan dimiliki oleh seseorang yang menerima informasi negatif tentang kemampuan dirinya.

2.5 Konsep *Theory of Planned Behavior*

2.5.1 Pengertian

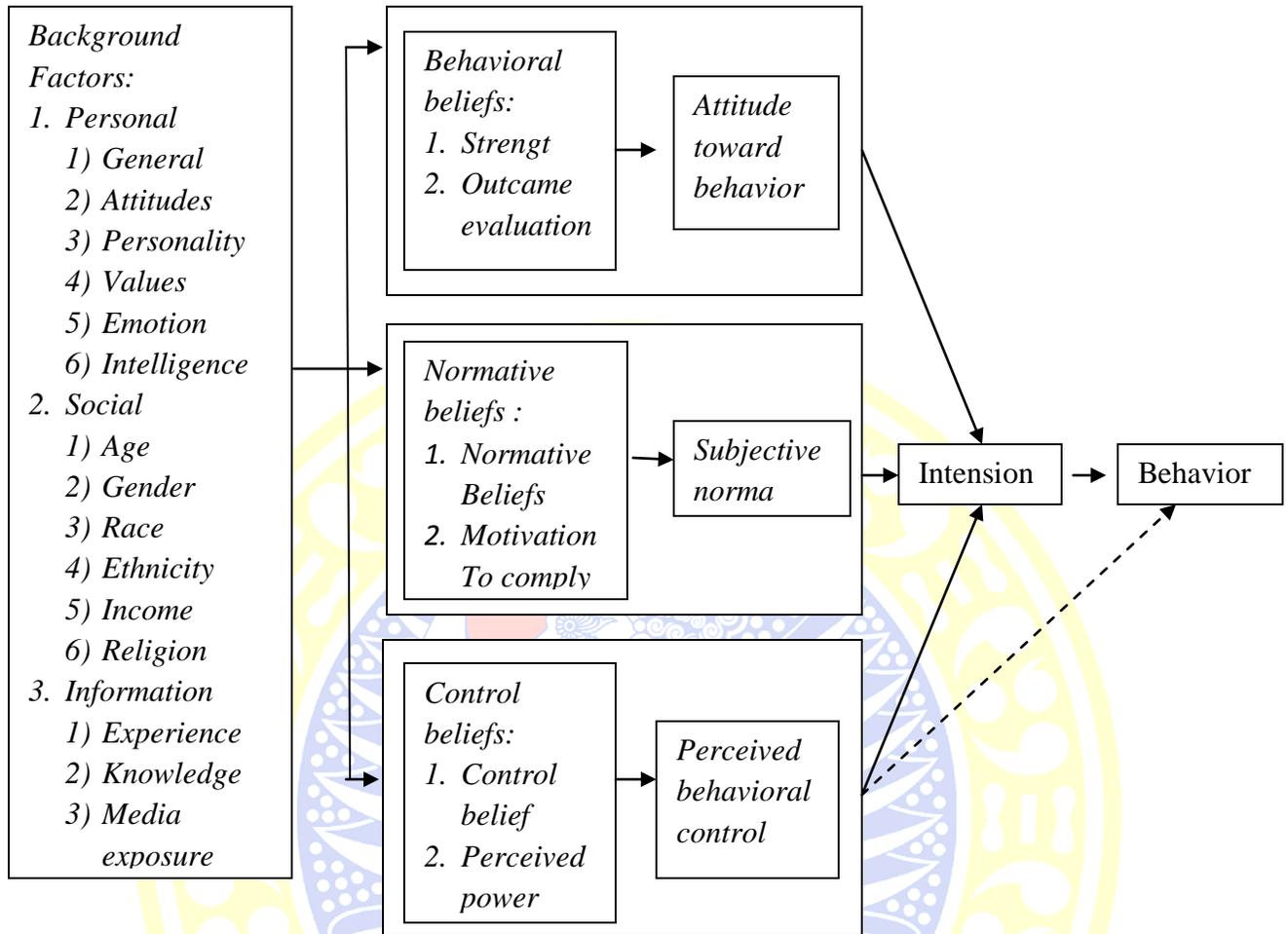
Theory of Planned Behavior (TPB) atau teori perilaku terencana merupakan pengembangan lebih lanjut dari *Theory of Reasoned Action* (TRA). TPB ditambahkan konstruk yang belum ada dalam TRA, *Perceived Behavior Control* (PBC). Penambahan satu faktor ini merupakan upaya memahami keterbatasan yang dimiliki individu dalam rangka menentukan perilaku tertentu (Nursalam, 2013). TRA dan TPB berfokus pada konstruksi yang berkaitan dengan faktor intensi individu sebagai penentu dari kemungkinan melakukan perilaku tertentu. TRA maupun TPB menganggap prediktor terbaik perilaku adalah niat terhadap perilaku, yang gilirannya ditentukan oleh sikap terhadap perilaku dan persepsi sosial normatif (*Subjective norm*).

2.5.2. Bagan *Theory of Planned Behavior*

Theory of Planned Behavior menyampaikan perilaku yang ditampilkan oleh individu timbul karena ada intense atau niat untuk perilaku. Munculnya niat perilaku ditentukan oleh 3 faktor penentu yaitu :

1. Attitude toward behavior, yaitu keyakinan individu akan hasil dari suatu perilaku (*belief strength/behavioral belief*) dan evaluasi atas hasil tersebut (*outcome evaluation*).
2. *Subjective norm*, yaitu keyakinan tentang harapan normatif orang lain (*normative beliefs*) dan motivasi untuk memenuhi harapan tersebut (*Motivation to comply*)
3. *Perceived Behavior Control* (PBC), yaitu keyakinan tentang keberadaan hal-hal yang mendukung atau menghambat perilaku yang akan ditampilkan (*Control beliefs*) dan persepsinya tentang seberapa kuat hal-hal yang mendukung dan menghambat perilakunya tersebut (*Perceived power*). Hambatan yang mungkin timbul pada saat perilaku ditampilkan dapat berasal dari dalam diri sendiri maupun lingkungan.

Secara berurutan *behavioral beliefs* menghasilkan sikap terhadap perilaku positif atau negatif, *normative beliefs* menghasilkan tekanan sosial yang dipersepsikan (*Perceived social pressure*) atau norma subjektif (*subjective norm*) dan *control beliefs* menimbulkan *perceived behavioral* atau control perilaku yang dipersepsikan.



Gambar 2.4 Bagan *Theory of planned Behavior* (Ajzen, 2005)

Bagan diatas menjelaskan empat hal yang berkaitan dengan perilaku manusia yaitu :

1. Hubungan yang langsung antara tingkah laku dan intensi. Hal ini dapat berarti bahwa intensi merupakan faktor terdekat yang memprediksi munculnya tingkah laku yang akan ditampilkan individu.
2. Intensi yang dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu sikap individu terhadap tingkah laku yang dimaksud (*attitude toward behavior*), norma subjektif (*subjektif norm*) dan kendali perilaku yang dipersepsikan (*perceived behavioral control*).

3. Masing-masing faktor yang mempengaruhi intense diatas (sikap, norma subjektif dan PBC) dipengaruhi oleh variabel lain yaitu *beliefs*, norma subjektif dipengaruhi oleh *normative beliefs*, dan PBC dipengaruhi *beliefs* tentang control yang dimiliki disebut *control beliefs*.
4. PBC merupakan cirri khas teori ini, pada bagan terlihat terdapat dua cara yang menghubungkan tingkah laku dengan PBC. Pertama diwakili oleh garis penuh yang menghubungkan PBC dengan tingkah laku secara tidak langsung antara PBC dengan perilaku yang menggambarkan dengan garis putus-putus tanpa melalui intensi (Ajzen, 2005).

2.5.3. Intensi

Intensi merupakan indikasi seberapa kuat keyakinan seseorang akan mencoba suatu perilaku. Dengan kata lain dapat dikatakan bahwa, seseorang berperilaku karena faktor keinginan, kesengajaan atau karena memang sudah direncanakan. Niat berperilaku (*behavior intention*) masih merupakan suatu keinginan atau rencana, sehingga niat belum merupakan perilaku, sedangkan perilaku (*behavior*) adalah tindakan nyata yang dilakukan (Ajzen, 2005).

Menurut Nursalam (2013) intensi merupakan faktor motivasional yang memiliki pengaruh pada perilaku, sehingga dapat mengharapkan orang lain berbuat sesuatu berdasarkan intensinya. Pada umumnya, intensi memiliki korelasi yang tinggi dengan perilaku, oleh karena itu dapat digunakan untuk meramalkan perilaku. Intensi diukur dengan sebuah prosedur yang menempatkan suatu objek didimensi probabilitas subjektif yang melibatkan suatu hubungan antara dirinya dengan tindakan. Berdasarkan *theory of planned behavior*, intensi memiliki tiga

determinan yaitu: sikap, norma subjektif dan kendali perilaku yang dipersepsikan. Menurut Ajzen (2005) untuk melihat besar bobot pengaruh masing-masing determinan digunakan perhitungan analisis *multiple regensi* dengan persamaan sebagai berikut :

$$B \sim I = (A_b)W_1 + (SN)W_2 + (PBC)W_3$$

Keterangan:

B = *Behavior*

I = *Intension*

A_b = *Attitudes*

SN = *Subjective norms*

PBC = *Perceived Behavior Control*

W_{123} = *Weight*

Keakuratan intensi dalam memprediksi tingkah laku tentu bukan tanpa syarat karena ternyata ditemukan pada beberapa studi bahwa intensi tidak selalu menghasilkan tingkah laku yang dimaksud (Ajzen, 2005). Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan intensi dalam memprediksi tingkah laku yaitu :

1. Kesulitan antara intensi dan tingkah laku.

Pengukuran intensi harus disesuaikan dengan perilakunya dalam hal konteks dan waktunya.

2. Stabilitas intensi

Faktor kedua adalah kestabilan dalam intensi seseorang. Hal ini terjadi jika terdapat jarak/jangka waktu yang cukup panjang antara pengukuran intensi

dengan pengamatan tingkah laku. Setelah dilakukan pengukuran intensi sangat mungkin ditemui hal-hal/kejadian yang dapat mencampuri atau mengubah intensi seseorang untuk berubah, sehingga pada tingkah laku awal yang ditampilkannya tidak sesuai dengan intensi awal. Semakin panjang interval waktunya, maka semakin besar kemungkinan intensi akan berubah.

3. *Literal inconsistency*

Pengukuran intensi dan tingkah laku sudah sesuai (*compatible*) dan jarak waktu antara pengukuran intensi dengan tingkah laku singkat, namun kemungkinan terjadi ketidaksesuaian antara intensi dengan tingkah laku yang ditampilkannya. *Literal inconsistency* adalah individu yang terkadang tidak konsisten dalam mengaplikasikan tingkah lakunya sesuai dengan intensi yang telah dinyatakan sebelumnya. Hal ini disebabkan oleh beberapa alasan, diantaranya individu tersebut mereka merasa lupa akan apa yang mereka ucapkan. Maka untuk mengantisipasi hal ini dapat dilakukan dengan strategi *implementation intention*, yaitu dengan meminta individu untuk merinci bagaimana intensi tersebut akan diimplementasikan dalam tingkah laku. Rinciannya mencakup dimana dan bagaimana tingkah laku akan dilakukan.

4. *Base rate*

Base rate adalah tingkat kemungkinan sebuah tingkah laku akan dilakukan oleh orang. Tingkah laku dengan *base rate* yang tinggi adalah tingkah laku yang dilakukan oleh hampir semua orang, misalnya mandi dan makan. Sedangkan tingkah laku dengan *Base rate* rendah tingkah laku yang hampir tidak dilakukan oleh kebanyakan orang, misalnya bunuh diri. Intensi dapat

memprediksi perilaku aktualnya dengan baik jika perilaku tersebut memiliki tingkat *Base rate* yang sedang, misalnya pendokumentasian asuhan keperawatan.

Pengukuran intensi dapat digolongkan kedalam pengukuran *beliefs*. Sebagaimana pengukuran *beliefs*, pengukuran intensi terdiri atas dua hal, yaitu pengukuran isi (*content*) dan kekuatan (*strength*). Isi dari intensi diwakili oleh jenis tingkah laku yang akan diukur, sedangkan kekuatan responden pada pilihan skala yang tersedia (Nursalam, 2013). Contoh pilihan skalanya adalah mungkin, tidak mungkin, dan setuju, tidak setuju.

2.5.4. Sikap

Menurut Ajzen (2005) sikap merupakan besarnya perasaan positif atau negative terhadap objek (*favorable*) atau negative (*unfavorable*) terhadap suatu objek, orang, instuisi, atau kejadian. Konsep sentral yang menentukan *beliefs*. *Beliefs* mempresentasikan pengetahuan yang dimiliki seseorang terhadap suatu objek, dimana *beliefs* menghubungkan suatu objek dengan beberapa atribut. Kekuatan hubungan ini di ukur dengan prosedur yang menempatkan seseorang dengan dimensi probabilitas subjektif yang melibatkan objek dengan atribut terkait. Sikap seseorang terhadap suatu objek sikap dapat diestimasikan dengan menjumlahkan hasil kali antara evaluasi terhadap atribut yang diasosiasikan pada objek sikap (*beliefs evaluation*) dengan probabilitis subjektifnya bahwa suatu objek memiliki atau tidak memiliki atribut tersebut (*behavioral beliefs*). Berdasarkan *theory of planned behavior*, sikap yang dimiliki seseorang terhadap suatu tingkah laku dilandasi oleh *beliefs* tersebut (*beliefs strength*). *Beliefs* adalah pernyataan subjektif seseorang yang

menyangkut aspek-aspek yang dapat dibedakan tentang dunianya, yang sesuai dengan pemahaman tentang diri dan lingkungannya (Ajzen, 2005).

Beliefs mempunyai tingkatan atau kekuatan yang berbeda, yang disebut dengan *beliefs strength*. Kekuatan ini berbeda-beda pada setiap orang dan kuat lemahnya *beliefs* ditentukan berdasarkan persepsi seseorang terhadap tingkat keseringan suatu objek memiliki atribut tertentu menurut Fishbein & Ajzen (1975) dalam Nursalam (2013). Sebagai salah satu komponen dalam rumusan intensi, sikap terdiri atas *beliefs* dan evaluasi *beliefs*, seperti berikut :

$$AB = \sum b_i e_i$$

Keterangan :

AB = Sikap terhadap perilaku tertentu

b = *Beliefs* terhadap perilaku tersebut mengarah pada konsekuensi

e = Evaluasi seseorang terhadap *outcome* (*outcome evaluation*)

Berdasarkan rumus diatas, sikap terhadap perilaku tertentu (AB) di dapatkan dari penjumlahan hasil kalian antara *beliefs* terhadap *outcome* yang dihasilkan (bi) dengan evaluasi terhadap *outcome* (ei). Dengan kata lain seseorang percaya sebuah tingkah laku dapat menghasilkan sebuah *outcome* negatif, maka seseorang tersebut juga akan memiliki sikap negative terhadap perilaku tersebut.

Pengukuran sikap tidak bisa didapatkan melalui pengamatan langsung, melainkan harus melalui pengukuran respon. Pengukuran sikap ini didapatkan dari interaksi antara *beliefs content-outcome evaluation* dan *beliefs strength*.

Beliefs seseorang mengenai suatu objek atau tindakan dapat dimunculkan dalam format respon bebas dengan cara meminta subjek untuk menuliskan

karakteristik, kualitas dan atribut dari objek atau konsekuensi tingkah laku tertentu dibuat dengan elisitasi. Elisitasi digunakan untuk menentukan *beliefs* utama (*salient beliefs*) yang akan digunakan dalam penyusunan alat ukur instrument (Nursalam, 2013).

2.5.5. Norma Subjektif

Norma subjektif merupakan kepercayaan seseorang mengenai persetujuan orang lain terhadap suatu tindakan atau persepsi individu tentang apakah orang lain akan mendukung atau tidak terwujudnya tindakan tersebut (Ajzen, 1988 dalam Nursalam, 2013). Norma subjektif adalah pihak-pihak yang dianggap berperan dalam perilaku seseorang dan memiliki harapan pada orang tersebut, dan sejauh mana keinginan untuk memenuhi harapan tersebut. Norma subjektif adalah produk dari persepsi individu tentang *beliefs* yang dimiliki orang lain. Orang lain disebut *referent*, dan dapat merupakan orangtua, sahabat, atau orang yang dianggap ahli atau penting. Terdapat dua faktor yang mempengaruhi norma subjektif: *normative beliefs*, yaitu keyakinan individu bahwa *referent* berpikir ia harus atau harus tidak melakukan suatu perilaku dan *motivation to comply* yaitu motivasi individu untuk memenuhi norma dari *referent* tersebut (Ajzen, 2005). Rumusan norma subjektif pada intensi perilaku tertentu, dirumuskan sebagai berikut :

$$SN = \sum b_i m_i$$

Keterangan :

SN = Norma Subjektif

b_i = *Normatif Beliefs*

m_i = Motivasi untuk mengikuti anjuran (*motivation to comply*)

Berdasarkan rumusan tersebut, norma subjektif (SN) didapatkan dari hasil penjumlahan hasil kali *normative beliefs* tentang tingkah laku (bi) dan dengan *motivation to comply* untuk mengikuti motivasinya (mi). Dengan kata lain bahwa, seseorang yang memiliki keyakinan bahwa individu atau kelompok yang cukup berpengaruh terhadapnya (*refrent*) akan mendukung ia untuk melakukan hal tersebut, maka hal ini akan menjadi tekanan sosial untuk seseorang tersebut melakukannya. Sebaliknya, jika seseorang percaya orang lain yang berpengaruh padanya tidak mendukung tingkah laku tersebut, maka hal ini menyebabkan ia memiliki norma subjektif adalah persepsi seseorang terhadap orang-orang yang dianggap penting bagi dirinya untuk berperilaku atau tidak berperilaku tertentu, dan sejauh mana seseorang ingin mematuhi anjuran tersebut. Norma subjektif secara umum dapat ditentukan oleh harapan spesifik yang dipersepsikan seseorang, yang merupakan refrensi atau anjuran dari orang-orang sekitarnya dan motivasi untuk mengikuti refrensi atau anjuran tersebut.

2.5.6. Perceived Behavior Control (PBC)

Kendali perilaku yang dipersepsikan (*perceived behavioral control*) merupakan persepsi terhadap mudah atau sulitnya sebuah perilaku yang dapat dilaksanakan (Nursalam, 2013). Variabel ini diasumsikan merefleksikan masa lalu, dan mengantisipasi halangan yang mungkin terjadi atau persepsi seseorang tentang kemudahan atau kesulitan untuk berperilaku tertentu.

Terdapat dua asumsi mengenai kendali perilaku yang dipersepsikan. Pertama, kendali perilaku yang dipersepsikan memiliki pengaruh motivasional terhadap intensi. Individu yang meyakini bahwa ia tidak memiliki kesempatan untuk

berperilaku, tidak akan memiliki intensi yang kuat, meskipun ia bersikap positif dan didukung oleh *referents* (orang-orang disekitarnya). Kedua, kendali perilaku yang dipersepsikan memiliki kemungkinan untuk mempengaruhi perilaku secara langsung, tanpa melalui intensi, karena ia merupakan substitusi parsial dari pengukuran terhadap kendali actual (Ajzen, 1988 dalam Nursalam, 2013).

Perceived behavioral control sama dengan kedua faktor sebelumnya yaitu dipengaruhi juga oleh *beliefs*. *Beliefs* yang dimaksud adalah hal tentang ada tidaknya faktor yang menghambat atau mendukung performa tingkah laku (*control beliefs*). Rumus yang menjelaskan hubungan anatar *perceived behavioral control* dan *control beliefs*:

$$PBC = \sum c_i p_i$$

Keterangan :

PBC = *Perceived Behavioral Control*

Ci = *Control beliefs*

Pi = *Power beliefs*

Kendali perilaku yang persepsikan (PBC) di dapat dengan menjumlahkan hasil karya antara keyakinan mengenai mudah atau sulitnya suatu perilaku dilakukan (*control beliefs*) dan kekuatan faktor dalam memfasilitasi atau menghambat tingkah laku (*power beliefs*). Dengan kata lain, semakin besar persepsi seseorang mengenai kesempatan dan sumber daya yang dimiliki (faktor pendukung), serta semakin kecil persepsi tentang hambatan yang dimiliki, maka semakin besar *perceived behavioral control* yang dimiliki seseorang (Ajzen, 2005).

Pengukuran PBC yang dapat dilakukan hanyalah mengukur persepsi individu yang bersangkutan terhadap control yang ia miliki terhadap beberapa faktor penghambat atau pendukung tersebut. Beberapa faktor yang dipersepsi sebagai penghambat atau pendorong tersebut didapatkan dari proses elisitasi untuk mendapatkan *beliefs* yang utama.

2.5.7. Faktor-faktor intensi

Terdapat variabel lain yang mempengaruhi intensi selain dari beberapa faktor utama tersebut (sikap terhadap perilaku, norma subjektif dan PBC) yaitu variabel yang mempengaruhi atau berhubungan dengan *beliefs*. Beberapa variabel tersebut dapat dikelompokkan menjadi tiga kelompok (Ramdhani, 2009), yaitu :

1. Faktor personal

Faktor personal adalah sikap umum seseorang terhadap sesuatu, sifat kepribadian (*personal traits*), nilai hidup (*values*), emosi dan kecerdasan yang dimilikinya.

2. Faktor sosial

Faktor sosial antara lain adalah usia, jenis kelamin (*gender*), etnis, ras, pendidikan, penghasilan dan agama (Ajzen, 2005).

1) Usia

Secara fisiologis pertumbuhan dan perkembangan seseorang dapat digambarkan dengan pertambahan usia. Pertambahan usia diharapkan terjadi pertambahan kemampuan motorik sesuai dengan tumbuh kembangnya. Akan tetapi, pertumbuhan dan perkembangan seseorang pada titik tertentu akan mengalami kemunduran akibat faktor degeneratif. Umur adalah rentang kehidupan yang diukur dengan tahun, dikatakan masa awal dewasa adalah

usia 18 tahun sampai dengan 40 tahun, dewasa madya adalah 41 sampai 60 tahun, dewasa lanjut > 60 tahun. Usia yang lebih tua umumnya lebih bertanggung jawab dan lebih teliti disbanding usia yang lebih muda. Hal ini terjadi karena sudah lebih berpengalaman menurut usia berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan atau maturitas seseorang. Bahwa usia 20-30 tahun memiliki motivasi kerja relative rendah di bandingkan dengan pekerja lebih tua, karena pekerja yang lebih muda belum berlandaskan realitas sehingga pekerja muda lebih sering mengalami kekecewaan dalam bekerja. Hal ini dapat menyebabkan rendahnya kinerja dan kepuasan kerja, semakin lanjut usia seseorang maka semakin meningkat pula kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan, mengendalikan emosi, berpikir rasional dan toleransi terhadap pandangan orang lain sehingga berpengaruh juga terhadap peningkatan motivasinya (Nursalam, 2013).

2). Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan persifatan atau pembagian dua jenis kelamin yang ditentukan secara biologis yang melekat pada jenis kelamin tertentu. Jenis kelamin laki-laki adalah manusia yang memiliki penis, memiliki jakala (kala menjing) dan memproduksi sperma. Sedangkan perempuan memiliki alat reproduksi seperti rahim, saluran untuk melahirkan, memproduksi sel telur, memiliki vagina dan memiliki alat untuk menyusui.

3).Pendidikan

Menurut Ajzen (2005) latar pendidikan seseorang akan mempengaruhi kemampuan pemenuhan kebutuhan sesuai dengan tingkat pemenuhan

kebutuhan yang berbeda-beda yang akhirnya memotivasi kerja seseorang. Dengan kata lain seseorang yang memiliki latar belakang pendidikan tinggi akan mewujudkan motivasi kerja yang berbeda dengan pekerja yang memiliki pendidikan yang lebih rendah. Pendidikan seseorang akan meningkatkan kematangan intelektual sehingga akan mempengaruhi pembuat keputusan dalam bertindak. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah seseorang menerima serta mengembangkan pengetahuan dan teknologi, sehingga meningkatkan produktivitas yang pada akhirnya meningkatkan kesejahteraan.

4) Faktor informasi

Faktor informasi adalah pengalaman, pengetahuan dan ekspose pada media. Pengetahuan merupakan hasil dari “tahu” ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan pada suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan perabaan. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui pendidikan, pengalaman orang lain, media massa maupun lingkungan (Ajzen, 2005).

2.6 Keaslian Penelitian

Tabel 2.5. Keaslian Penelitian Hubungan dukungan keluarga dengan *self efficacy* penderita tuberkulosis resisten obat (TB-MDR) di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik, Maret – Juni 2018.

No.	Judul; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
1.	Identification of Multidrug Resistance in previously Treated Tuberculosis Patients: a mixed methods study in Cambodia. (Royce, S.et al., 2014)	D: Sequential explanatory mixed method design S: pasien dengan kasus berobat TB, stake holder V: monitoring supervise, pengobatan, dan deteksi MDR-TB I: Interview, kuesioner, kasus analisa A: Qualitative data analysis	Peningkatan monitoring, dukungan keluarga supervise, dan penggolongan pasien berdasarkan riwayat pengobatan sangatlah penting untuk meningkatkan deteksi MDR-TB.
2.	Multidrug-Resistant Tuberculosis Treatment Outcomes in karakalpakstan, Uzbekistan: Treatment Complexity and XDR-TB among Treatment Faulures. (Helen et.al.2007)	D: Studi kohort S: 108 pasien TB-MDR V: Proses pengobatan dan hasil pengobatan I: observasional A: -	62% pasien sukses menjalani pengobatan, 15% meninggal saat menjalani pengobatan, 14% mengalami tidak patuh atau defaulting, dan 8% kegagalan atau <i>failing treatment</i> .
3.	Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan pengobatan pada pasien Tuberkulosis paru dengan resistensi obat anti tuberkulosis di wilayah jawa tengah oleh bertin tanggap triana dan Musrichan (2011)	D: Cross sectional S: 45 responden V: keteraturan berobat, lama pengobatan, tingkat pendapatan, jenis pekerjaan, kebiasaan merokok, jarak tempat tinggal, status gizi I: catatan medis A: chi square dan fisher exact	terdapat pengaruh yang kuat antara keteraturan berobat ($P=0,00$. $R=0,72$) dan lama pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan ($p=0,00$, $r= 0,77$). Tidak didapatkan hubungan bermakna antara tingkat pendapatan ($p=1,00$)

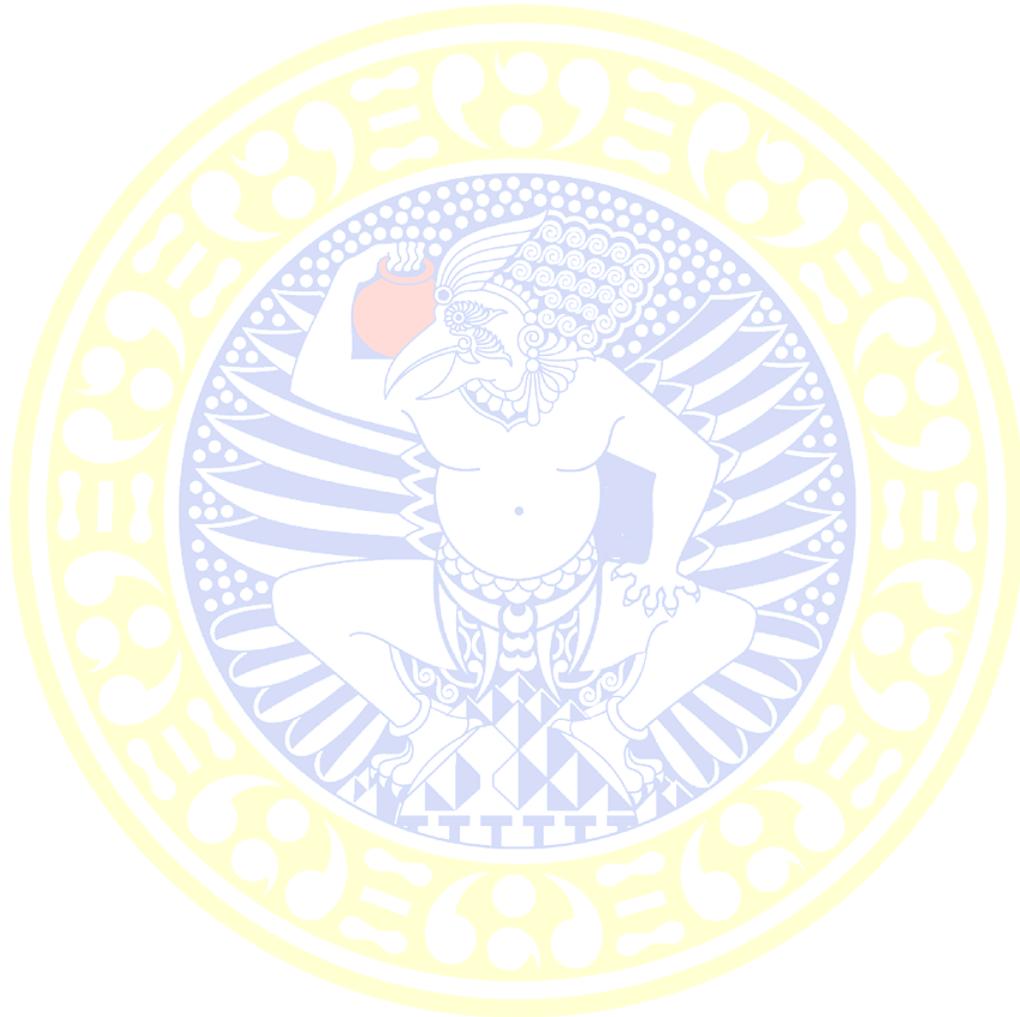
No	Judul; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
			(p=0,19), kebiasaan merokok (p=0,42), jarak tempat tinggal pasien hingga tempat pengobatan (P=0,97), dan status gizi (p=1,00) terhadap keberhasilan pengobatan.
4.	Motivasi dan dukungan sosial keluarga mempengaruhi kepatuhan berobat pada pasien TB Paru di poli TB-MDR BP4 Pamekasan oleh latifatul Muna dan Umdatus Soleha (2016)	D: <i>Cross Sectional</i> S: 16 pasien rawat jalan V: motivasi dan dukungan sosial keluarga, kepatuhan berobat I: lembar kuesioner A: regresi logistic ganda	Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan negative motivasi dengan kepatuhan berobat (OR=0,667; P=0,667) dan ada hubungan dukungan sosial keluarga dengan kepatuhan berobat (OR= 20,0; p= 0,027). Hasil uji multivariate ada hubungan dengan kekuatan sedang antara motivasi (OR=0,48; p= 0,589), dukungan sosial keluarga (OR=21,99; P=0,028) dengan kepatuhan berobat.
5.	Social support a key factor for adherence to multidrug-resistant tuberculosis treatment by	D: Studi kualitatif S: Pasien TB-MDR V: Sosial kognitif, faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasie.	Banyak faktor yang mempengaruhi pasien untuk patuh terhadap pengobatan TB-MDR. Motivasi diri, kesadaran

No.	Judul; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
	deskhmund, RD et.al (2017)	I: In-depth interview A: kualitatif	tentang penyakit dan pengobatan, dukungan konseling, dukungan keluarga, dukungan nutrisi dan sosial merupakan faktor penting dalam menentukan keberhasilan pengobatan. Tersedianya konseling motivasi, dukungan keluarga, dan dukungan sosial mendukung kepatuhan pengobatan.
6.	Indeks kejadian Tuberkulosis obat (TB-MDR) pada penderita Tuberkulosis di kabupaten Gresik Jawa timur (Indah,2016)	D: <i>case control</i> S: Klien TB-MDR yang sedang menjalani pengobatan di kabupaten Gresik Variabel: I: karakteristik klien TB D: indeks kejadian TB-MDR I: wawancara A: <i>Uji Chi square</i>	Berdasarkan penelitian yang dilakukan di poli TB-MDR di kabupaten Gresik dapat diambil kesimpulan sebagai berikut: 1. Karakteristik klien TB berobat di poli paru : rata rata umur 32, 43-38, jenis kelamin terbanyak laki-laki, tingkat pendidikan terbanyak SMA. 2. indicator kejadian TB-MDR di kabupaten Gresik yaitu PMO, keteraturan, efek samping obat, hasil pengobatan DM.

No.	Judul; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
7.	Drugs supervisor activeness correlated with motivation and tuberculosis medication adherence. (Sukartini, Hidayati, dan Bagaskoro,2015)	D: cross sectional S: 35 responden V: The activeness of the drug supervisor, motivation, and tuberculosis medication adherence I: kuesioner A: Chi square	Adanya supervise pengobatan (PMO) secara aktif memotivasi pasien tuberculosis guna meningkatkan kepatuhan pengobatan OAT.
8.	Hubungan dukungan keluarga dengan self efficacy, motivasi dan kepatuhan berobat pada pasien tuberculosis multidrug resistant (TB-MDR) di poliklinik TB-MDR RSUD Dr.Soetomo Surabaya (Minarni,2017)	D: Cross sectional S :55 responden V: dukungan keluarga, self efficacy, motivas, dan kepatuhan berobat I: kuesioner A: Chi square dan spearman rho	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan keluarga tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan <i>self efficacy</i> pasien <i>Tuberkulosis Multidrug resistant</i> (TB-MDR) 2. Memiliki hubungan yang bermakna dengan motivasi pasien TB-MDR dalam melaksanakan program pengobatan. 3. Memiliki hubungan yang bermakna dengan

No.	Judul; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
			kepatuhan berobat pasien TB-MDR dalam melaksanakan program pengobatan.
9.	Pengaruh dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat pada penderita tuberculosis di puskesmas motoboi kecil kota kotamobagu (irnawati <i>et. al</i> , 2016)	D: <i>Cross Sectional</i> S: Klien TB paru yang mendapat pengobatan di puskesmas motoboi kecil, kecamatan kotamobagu selatan, kota kotamobagu V: Dukungan keluarga, kepatuhan minum obat I: kuesioner A: Uji <i>Chi square</i>	Berdasarkan penelitian yang dilakukan di puskesmas motoboi kecil kota kotamobagu dapat diambil kesimpulan sebagai berikut : 1. Dukungan keluarga terhadap klien tuberculosis adalah baik 2. Kepatuhan minum obat penderita tuberculosis adalah baik 3. Terdapat pengaruh dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat pada penderita tuberculosis dimana memiliki nilai p value = 0,001 (<0,05)
10.	Hubungan peran keluarga dengan kepatuhan minum obat pada klien tuberculosis di puskesmas	D: <i>Cross sectional</i> S: 34 orang V: peran keluarga, kepatuhan minum obat I: kuesioner A: Uji <i>Chi square</i>	Proporsi responden klien tuberculosis yang dinyatakan bahwa kepatuhan minum obat sangat tinggi (91,2%).

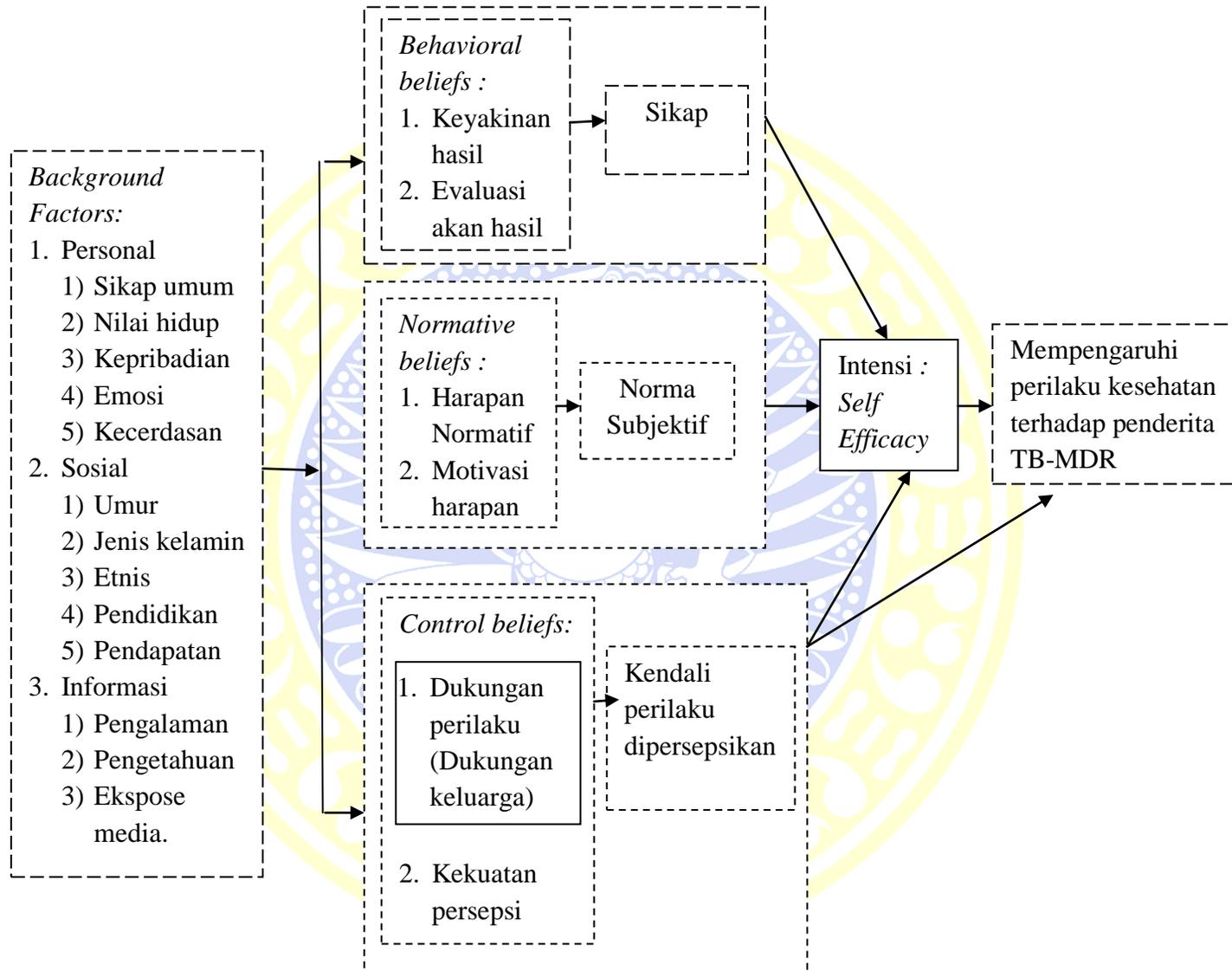
No.	Judul; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
	kecamatan jagakarsa tahun 2013 (Netty,2013)		Faktor yang mempengaruhi hal tersebut salah satunya adalah DK.



BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



(Bagan diambil dari *Theory of planned Behavior*)

Keterangan : Diteliti : _____
 Tidak diteliti : - - - - -

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Hubungan Dukungan Keluarga dengan *Self Efficacy* Penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) berdasarkan *Theory of planned Behaviour* di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik, Maret – Juni 2018

Theory of planned behavior (TPB) menjelaskan perilaku yang ditimbulkan individu karena adanya intensi / niat untuk berperilaku (Ajzen, 2005). Intensi perilaku kesehatan dipengaruhi oleh variabel hubungan beliefs. Variabel tersebut dikelompokkan menjadi tiga yaitu personal (sikap, kepribadian, sifat, nilai, emosi, dan kecerdasan), sosial (usia, jenis kelamin, pendidikan, ras, etnik, pendapatan dan agama), informasi (pengalaman, pengetahuan dan paparan media). Intensi ditentukan oleh *behavior beliefs*, *normative beliefs*, dan *control beliefs*. *Behavior beliefs* menghasilkan perilaku positif atau negatif, *normative beliefs* menghasilkan norma subjektif dan *control beliefs* menghasilkan *perceived behavioral control*. Intensi merupakan faktor motivasional yang memiliki pengaruh pada perilaku, intensi terdiri dari *self efficacy* dan motivasi internal dari individu. Intensi berpengaruh pada perilaku kepatuhan pengobatan pada pasien TB Paru (Ajzen, 2005).

Dukungan keluarga termasuk dalam *control beliefs* yang secara langsung mempengaruhi kendali perilaku. Perilaku terkendali dapat mempengaruhi intensi/niat atau secara langsung berpengaruh terhadap kepatuhan berobat penderita TB-MDR. Terjadinya dukungan keluarga didukung oleh beberapa faktor dasar (*Background factors*) meliputi personal, sosial, dan informasi.

3.2 Hipotesis

H1 : Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan *Self Efficacy* pada penderita TB-MDR.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif korelasional melalui pendekatan *cross sectional* karena peneliti ingin meneliti pada penyakit yang sering terjadi di masyarakat yakni TB-MDR (Hidayat, 2010). Penelitian deskriptif bertujuan untuk mendeskripsikan serta memecahkan masalah dengan menganalisis data melalui uji hipotesis. Pendekatan *cross sectional* merupakan salah satu jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran atau observasi data variabel independen (dukungan keluarga) dan dependen (*self efficacy*) secara bersamaan tanpa adanya tindak lanjut saat *post* pengukuran data (Nursalam, 2016).

Melalui desain pendekatan *cross sectional* ini dapat diketahui dan dijelaskan mengenai ada atau tidaknya hubungan antar variabel dalam penelitian. Penelitian ini akan ditujukan untuk perbaikan dan peningkatan program pelayanan kesehatan, salah satunya adalah pada program pengendalian penyakit menular seperti pada kasus TB-MDR.

4.2 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.2.1 Populasi

Menurut Nursalam (2014) populasi diartikan sebagai subyek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Populasi pada penelitian ini adalah penderita TB-MDR yang sedang menjalani pengobatan di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik selama bulan januari – april 2018. Besar populasi responden 15 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan sampling tertentu untuk dapat mewakili seluruh objek penelitian (Nursalam, 2014).

Dalam penentuan sampel ini, peneliti menggunakan kriteria sampel baik inklusi maupun eksklusi. Pemenuhan sampel penelitian ini berdasarkan kriteria inklusi sebagai berikut:

1. Klien TB-MDR yang sedang menjalani program pengobatan di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik;
2. Klien TB-MDR merupakan anggota keluarga yang tinggal dengan keluarga inti;
3. Menjalani program pengobatan TB-MDR fase awal atau lanjutan;
4. Klien TB-MDR usia 25-55 tahun disesuaikan berdasarkan tingkat usia produktif,
5. Tidak ada batasan pekerjaan dan tingkat pendidikan dan;

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Klien dengan kondisi khusus seperti kehamilan;
2. Klien dalam kondisi kegawatan yang tidak memungkinkan untuk mengikuti penelitian berupa penurunan kesadaran dan gagal nafas;
3. Klien tidak kooperatif
4. Klien dengan Komplikasi, HIV, Diabetes Militus.

4.2.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi yang tersedia dengan tujuan mengambil sampel sehingga dapat diperoleh sampel yang sesuai dengan keseluruhan subyek penelitian (Nursalam, 2016). Teknik *sampling* dalam penelitian ini menggunakan teknik *consecutive sampling*. Jenis

teknik *sampling* ini merupakan teknik penetapan sampel jenis *non probability* terbaik yaitu setiap klien yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah klien yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismail, 1995 dalam Nursalam, 2016). Penelitian ini mengambil sampel klien TB-MDR yang masih aktif menjalani pengobatan.

4.3 Identifikasi Variabel

4.3.1 Variabel independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga yang meliputi dukungan informasional, instrumental, serta emosional dan harga diri.

4.3.2 Variabel dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah tingkat *Self Efficacy* TB-MDR dalam menjalani pengobatan

4.4 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional Hubungan dukungan keluarga dengan *self efficacy* penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik, Maret – Juni 2018.

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Independen Dukungan keluarga	Sistem pendorong atau upaya keluarga dalam memberikan bantuan pada anggota keluarga sehingga klien akan berpikir bahwa orang lain akan selalu siap memberikan pertolongan jika diperlukan klien sesuai tiga aspek dukungan keluarga yang dirasakan oleh klien	Kuesioner dukungan keluarga ini menggunakan pengukuran 3 domain dukungan keluarga yaitu meliputi: 1. Dukungan informasi 2. Instrumen ta dan 3. Emosional dan harga diri.	Kuesioner dukungan keluarga	Ordinal	Kuesioner dukungan keluarga terdiri dari 12 item pertanyaan dengan 3 domain. Setiap domain terdiri dari 4 pertanyaan dengan total nilai tertinggi (3x12) yaitu 36 dan nilai terendah adalah 0. Kategori skor sebagai berikut: Selalu (3); Sering (2); Kadang-kadang (1); dan Tidak pernah (0) Secara deskriptif maka data tersebut dapat dikategorikan menjadi: a. 13-36:

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
					dukungan keluarga positif diberi nilai 2 b. <13: dukungan keluarga negatif diberi nilai 1 (Nursalam, 2005; Azwar, 2008)
Dependen Self Efficacy pasien TB-MDR	Keyakinan pada pasien bisa mencapai hasil yang baik dan tuntas dalam pengobatan TB-MDR.	1. Pengalaman langsung 2. Pengalaman tidak langsung 3. Persuasi verbal 4. Kondisi emosional	Kuesioner <i>Self Efficacy</i> Penderita TB-MDR	Ordinal	1 = sangat tidak setuju 2 = tidak setuju 3 = ragu-ragu 4 = setuju 5 = sangat setuju skor 10 s.d 50 Kemudian ditabulasi dan dihitung dengan criteria : 1.Tinggi => 75% 2.Sedang = 60%-75% 3.Rendah< 60% (Arikunto,2014)

4.5 Pengumpulan dan Pengolahan Data

4.5.1 Instrumen

Peneliti akan mengumpulkan data formal kepada subyek untuk menjawab pertanyaan secara tertulis. Variasi jenis instrumen atau alat penelitian yang digunakan untuk mengukur variabel dukungan keluarga dan *Self Efficacy* pada penderita TB-MDR dalam penelitian ini adalah kuesioner.

Kuesioner penelitian ini terdiri dari pertanyaan yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden, meliputi:

1. Data demografi

Kuesioner ini terkait dengan identitas responden berupa data demografi yang terdiri dari nomor responden, tanggal pengisian, nama responden, jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, dan data struktur keluarga.

2. Kuesioner dukungan keluarga

Instrumen dalam penelitian ini menggunakan kuesioner respons sosial yang diadopsi dan dimodifikasi dari kuesioner Nursalam pada tahun 2005. Kuesioner ini menggunakan pertanyaan tipe *multiple choice* yaitu memilih jawaban dengan 4 kriteria yaitu mulai dari opsi selalu sampai dengan tidak pernah (Nursalam, 2016).

Kuesioner dukungan keluarga ini memiliki 12 item pertanyaan yang mencakup 3 domain dukungan keluarga. Domain tersebut meliputi domain dukungan informasional, dukungan instrumental, serta dukungan emosional dan harga diri. Setiap domain dukungan keluarga terdiri dari 4 item pertanyaan. domain informasional 4 item (pertanyaan nomor 1,2,3,4); domain instrumental 4 item

(pertanyaan nomor 5,6,7,8); serta domain emosional dan harga diri terdiri dari 4 item (pertanyaan 9,10,11,12).

Skoring dalam kuesioner ini menggunakan empat skala bernilai 0-3. Nilai 0 (tidak pernah), 1 (kadang-kadang), 2 (sering) dan 3 (selalu). Hasil pengukuran terhadap dukungan keluarga dikategorikan menjadi 2 (dua) kategori yaitu, positif dan negatif.

Variabel dukungan keluarga dapat dianalisis dari semua nilai pengukuran dimensi dari dukungan keluarga dengan ketetapan kategori menggunakan teori Azwar (2008) dengan membagi menjadi 2 kategori yaitu:

1. Skor 13-36 : dukungan keluarga positif
2. Skor <13 : dukungan keluarga negatif

3. Kuesioner *self efficacy*

Kuesioner tentang *self efficacy* dikembangkan oleh Sukartini (2015) didalam disertasi terdiri dari 10 item pertanyaan menggunakan skala likert 1-5, yang ini memuat pertanyaan-pertanyaan tentang keyakinan diri pasien dalam menjalankan pengobatan OAT yang meliputi keyakinan mendapatkan sumber informasi, keyakinan mendapatkan dukungan sosial serta keyakinan mengatasi gangguan fisik dan emosi, seluruh berisi pernyataan positif, skor yang diperoleh adalah rentangan nilai 10-50. Uji validitas instrument *Self Efficacy* didapatkan nilai 0,496-0,880 dan uji reliabilitas 0,872 yang diuji cobakan kepada 30 responden.

4.5.2 Uji statistik

1. Uji validitas

Validitas merupakan suatu indeks yang menunjukkan alat ukur tersebut benar-benar valid dalam melakukan pengukuran apa yang diukur (Saryono, 2008). Uji validitas bertujuan untuk mengetahui sejauh mana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan pengukuran serta untuk mengetahui apakah ada pertanyaan dalam kuesioner yang harus di buang atau diganti karena dianggap tidak relevan. Uji validitas pada kuesioner penelitian sebelumnya ini dilakukan pada tanggal 26 Maret 2016 diujikan pada 15 orang. Uji validitas ini menggunakan SPSS dengan besar r tabel ditentukan sesuai jumlah responden yang diuji dengan tingkat signifikansi 5% (0,05) yaitu 0,4821. Item instrumen dianggap valid atau relevan jika r hitung $>$ r tabel yang telah ditentukan.

Hasil uji validitas penelitian sebelumnya pada kuesioner dukungan keluarga ditemukan 2 pertanyaan tidak valid. Pertanyaan yang tidak valid selanjutnya akan diedit dan dimodifikasi kata-katanya sehingga pertanyaan tersebut benar-benar valid. Hasil uji validitas penelitian sebelumnya pada kuesioner *Self Efficacy* didapatkan nilai 0,496-0,880 dan uji reliabilitas 0,872 yang diuji cobakan kepada 30 responden.

2. Uji reliabilitas

Reliabilitas merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya dan dapat diandalkan (Saryono, 2008). Alat pengukur dianggap reliabel jika digunakan dua kali atau lebih untuk mengukur gejala yang sama dan hasilnya relatif konsisten. Uji reliabilitas dilakukan dengan metode *Cronbach's alpha*

0 sampai 1, jika skala ini dikelompokkan dalam lima kelas dengan rank yang sama, maka ukuran kemantapan *alpha* dapat diinterpretasikan sebagai berikut (Hidayat, 2010):

- 1) Nilai *Cronbach's alpha* 0,00 s.d 0,20 berarti kurang reliabel
- 2) Nilai *Cronbach's alpha* 0,21 s.d 0,40 berarti agak reliabel
- 3) Nilai *Cronbach's alpha* 0,41 s.d 0,60 berarti cukup reliabel
- 4) Nilai *Cronbach's alpha* 0,61 s.d 0,80 berarti reliabel
- 5) Nilai *Cronbach's alpha* 0,81 s.d 1,0 berarti sangat reliabel

Uji reliabilitas pada kuesioner ini dilakukan setelah melakukan uji validitas. Hasil uji reliabilitas pada kuesioner pertama yaitu tentang dukungan keluarga menunjukkan bahwa *Cronbach's alpha* sebesar 0,950, berarti pertanyaan pada kuesioner dinyatakan sangat reliabel. Hasil uji reliabilitas kedua pada kuesioner *Self Efficacy* juga menunjukkan bahwa *Cronbach's alpha* sebesar 0,872 sehingga pertanyaan pada kuesioner tersebut dinyatakan sangat reliabel.

Semua pertanyaan pada dua jenis kuesioner di atas dinyatakan valid dan reliabel sehingga kuesioner tersebut dapat dipakai dalam penelitian ini.

4.5.3 Lokasi dan waktu

Penelitian ini dilaksanakan di poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik. Penelitian ini dilaksanakan pada 28 Maret – 28 Juni 2018.

4.5.4 Prosedur pengambilan data

Pengumpulan data merupakan suatu proses pendekatan pada subyek dan proses pengumpulan karakteristik dari subyek yang diperlukan dalam penelitian.

Langkah-langkah dalam pengumpulan data bergantung pada rancangan penelitian dan teknik instrumen yang diinginkan (Burns dan Grooe, 1999 dalam Nursalam 2016).

Prosedur dan pengumpulan data pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Tahap persiapan

- 1) Peneliti mengajukan permohonan ijin penelitian kepada Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga untuk persetujuan pembimbing skripsi.
- 2) Setelah mendapatkan ijin dari Dekan, peneliti mengajukan permohonan ijin pengambilan data awal ke bagian Akademik Fakultas Keperawatan, Bakesbangpol, Dinas Kesehatan Kota Gresik serta Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik.
- 3) Selanjutnya, peneliti melakukan studi pendahuluan berupa wawancara terstruktur dengan pemegang program TB-MDR di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik untuk mendata populasi penelitian.
- 4) Setelah diketahui populasi, peneliti selanjutnya meminta bantuan berupa data klien yang menjadi calon responden penelitian kepada pemegang program TB-MDR di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik. Setelah itu, peneliti akan mendata ulang klien berdasarkan perhitungan sampel dan disesuaikan dengan kriteria inklusi penelitian yang telah ditentukan untuk dijadikan sebagai calon responden penelitian.
- 5) Sebelum melakukan penelitian, peneliti telah melakukan ujian proposal dan uji etik. Penelitian ini sebelumnya sudah melewati tahap uji etik sehingga sudah dinyatakan laik etik dan penelitian.

- 6) Selanjutnya peneliti mempersiapkan instrumen penelitian berupa kuesioner yang terdiri dari kuesioner demografi, kuesioner dukungan keluarga, dan kuesioner *Self Efficacy*. Kuesioner tersebut telah melalui tahap uji validitas dan uji reliabilitas sehingga layak untuk dipakai dalam penelitian.
- 7) Sebelum melakukan penelitian, peneliti juga telah melakukan permohonan ijin penelitian ke bagian Akademik Fakultas Keperawatan, Kepala Bappeda untuk mendapatkan surat tembusan yang akan ditujukan kepada Kepala Direktur RSUD Ibnu Sina Gresik.
- 8) Peneliti selanjutnya berkolaborasi dengan pemegang program TB paru di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik untuk mendapatkan data klien TB paru berupa alamat dan nomor telepon.
- 9) Setelah mendapatkan data klien TB paru, peneliti melakukan kontrak dengan calon responden penelitian.
- 10) Selanjutnya peneliti membentuk tim untuk membantu dalam melakukan penelitian.

2. Tahap pelaksanaan

- 1) Peneliti memperkenalkan diri, melakukan *informed consent* sebagai persetujuan menjadi responden penelitian, menjelaskan manfaat dan tujuan penelitian. Penderita TB-MDR yang setuju menjadi responden kemudian menandatangani lembar persetujuan menjadi responden.
- 2) Pengambilan data penelitian ini dilakukan dengan cara melakukan pengukuran faktor utama dukungan keluarga dan *Self efficacy* dalam menjalani pengobatan dengan cara memberikan kuesioner tentang dukungan keluarga

dan *Self Efficacy* penderita TB-MDR dalam menjalani pengobatan. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dengan memberikan kuesioer langsung kepada responden dan ditunggu serta mengambilnya kembali setelah selesai dijawab.

- 3) Setelah kuesioner penelitian diisi oleh responden, peneliti memberikan insentif berupa *souvenir* sebagai tanda terima kasih dan apresiasi dari peneliti.
- 4) Setelah dilakukan pengumpulan data dari data kuesioner dalam batas waktu yang telah ditentukan, peneliti melakukan analisis data dan menarik kesimpulan dari penelitian yang telah dilakukannya.

4.5.5 Cara analisis data

Arikunto (2009), secara garis besar analisis data meliputi langkah persiapan dan tabulasi data. Proses yang dilakukan setelah pengumpulan data adalah pengolahan dan analisis data dengan tahapan sebagai berikut *coding, editing, entry,* dan *tabulating*.

1. *Coding*, dilakukan dengan memberikan kode terhadap jawaban yang ada pada kuesioner bertujuan untuk mempermudah dalam analisis data dan dapat mempercepat proses memasukan data.
2. *Editing*, yaitu pemeriksaan kelengkapan isi kuesioner untuk memastikan semua pertanyaan telah dijawab oleh responden. *Editing* dilakukan di lapangan sebelum proses pemasukan data agar data yang salah atau meragukan masih dapat ditelursuri kepada responden yang bersangkutan.
3. *Entry*, merupakan proses memasukan data yakni berupa jawaban dari masing-masing responden dalam bentuk kode ke dalam program atau *software* komputer

(Notoadmojo, 2010). Setelah dilakukan *editing* data tersebut dimasukan ke dalam program yang digunakan untuk mengolah data pada komputer, data yang sudah dimasukan kemudian di cek kebenarannya.

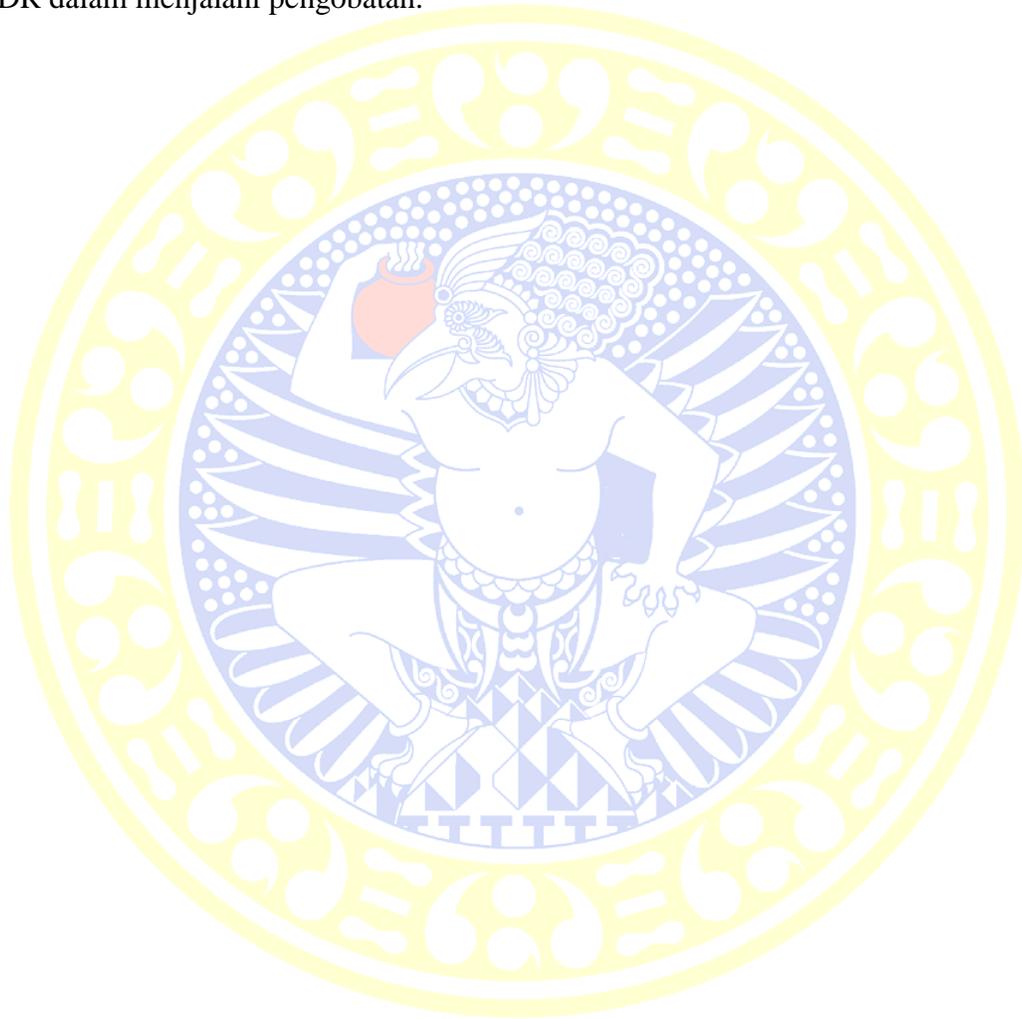
4. *Tabulating*, merupakan penyusunan data atau pengelompokan data dengan tujuan agar lebih mudah dalam penjumlahan, serta disusun dan ditata agar dapat disajikan dan dilakukan analisis.

4.5.6. Analisis data

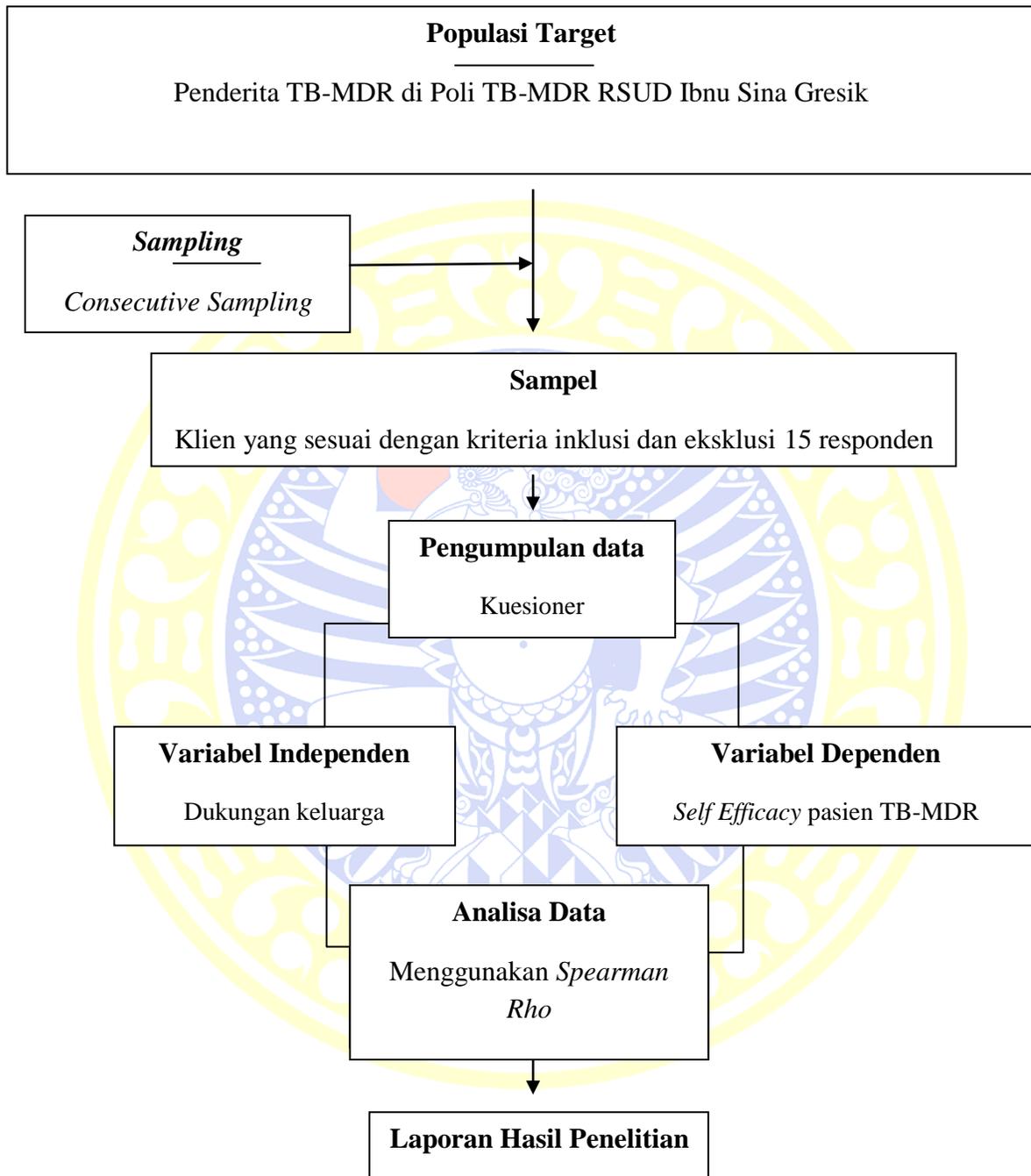
Pengolahan data dalam penelitian ini menggunakan *software* statistik. Penelitian ini menggunakan analisis univariat dan analisis bivariat. Analisis univariat hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan prosentase setiap variabel (Notoatmodjo, 2012). Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yaitu variabel independen (dukungan keluarga pada penderita TB paru) dengan variabel dependen (*Self Efficacy* pada penderita TB Paru) (Notoatmodjo, 2012).

Pengukuran ini bertujuan untuk mengetahui prosentase distribusi antar variabel serta mengetahui hubungan antara variabel dengan skala ordinal dan ordinal atau (kategorik dengan kategorik) maka digunakan uji *Spearman Rho* dengan derajat kemaknaan (α) = 5% dengan tingkat kepercayaan 95% digunakan untuk menguji perbedaan proporsi atau prosentase antara beberapa kelompok data dan untuk mengetahui hubungan antara variabel kategorik dengan kategorik (Hastono 2007). Apabila $p\text{-value} \leq 0.05$ maka dapat dikatakan ada hubungan yang bermakna antara dua variabel, sehingga H_0 ditolak, sedangkan apabila $p\text{-value} > \alpha$ yaitu 0,05 maka berarti tidak ada hubungan yang bermakna dan H_0 diterima.

Hasil $\alpha > (0,05)$, menandakan bahwa H_0 ditolak. Sebaliknya, bila H_0 diterima berarti $\alpha < (0,05)$ maka ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan *Self Efficacy* TB-MDR dalam menjalani pengobatan. H_0 ditolak berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan *Self Efficacy* TB-MDR dalam menjalani pengobatan.



4.6 Kerangka Operasional



Gambar 4.2 Kerangka Operasional Hubungan dukungan keluarga dengan self efficacy penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik, Maret – Juni 2018.

4.7 Etika Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik dari tim reviewer etik melalui sertifikat etik dengan nomor 914-KEPK, sehingga etika penelitian harus dijunjung tinggi kepada responden dengan cara sebagai berikut:

4.7.1 Kebermanfaatan (*Beneficence*)

1. Bebas dari penderitaan

Penelitian ini dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan bagi responden karena tidak menggunakan tindakan invasif. Subyek hanya terlibat sebagai peserta yang akan menjawab beberapa pertanyaan perihal dukungan keluarga dan *Self Efficacy* dalam pengobatan.

2. Bebas dari eksploitasi

Partisipasi subyek dalam penelitian ini harus terhindar dari keadaan yang tidak menguntungkan. Peneliti meyakinkan subyek bahwa partisipasinya dalam penelitian ini tidak akan digunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan subyek penelitian dalam bentuk apa pun.

3. Risiko (*Benefits ratio*)

Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh keterlibatan subyek dalam penelitian ini, oleh karena dalam penelitian ini tidak dilakukan intervensi apapun melainkan hanya wawancara biasa menjawab beberapa pertanyaan dari dua kuesioner.

4. Lembar persetujuan (*Informed consent*)

Peneliti menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian serta tidak memaksa dan menghormati hak-hak responden. Setelah responden mengerti tujuan dan manfaat

penelitian, subyek berhak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden, jika ikut berpartisipasi maka subyek menandatangani lembar persetujuan menjadi responden. Hal ini digunakan untuk menghindari suatu hal yang tidak diinginkan.

4.7.2 Tidak merugikan atau mencederai subyek (*Non-maleficence*)

1. Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan (*right to full disclosure*)
2. Ada insentif untuk subyek
Oleh karena keikutsertaan subyek (responden) sangat membantu dalam penelitian ini, maka ada insentif berupa *souvenir* (handuk) agar digunakan untuk menjaga kebersihan diri.

4.7.3 Keadilan (*Justice*)

1. Tanpa nama (*Anonimity*)
Subyek berhak meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan. Berdasarkan surat pengantar penelitian dijelaskan bahwa nama responden dan subyek penelitian tidak harus dicantumkan. Peneliti akan memberikan kode pada masing-masing lembar jawaban yang telah diisi oleh responden pada kuesioner.
2. Kerahasiaan (*Confidentiality*)
Kerahasiaan yang diberikan kepada responden oleh peneliti akan dijamin. Peneliti akan melakukan tindakan pencegahan yang akan digunakan untuk menjaga kerahasiaan data penelitian sebagai berikut:
 - 1) Dokumen atau berkas penelitian akan disimpan pada lokasi yang aman.

- 2) Data di komputer hanya diperuntukkan bagi petugas yang terlibat dalam penelitian dan dapat diakses dengan menggunakan *password* secara pribadi.
- 3) Sebelum mengakses setiap informasi yang berkaitan dengan penelitian, petugas harus menandatangani formulir pernyataan persetujuan untuk melindungi keamanan dan kerahasiaan informasi kesehatan subyek.
- 4) Sebelum membuka berkas penelitian, petugas harus menandatangani persetujuan untuk menjaga kerahasiaan dokumen.

4.8. Keterbatasan Penelitian

Dalam aspek keterbatasan ini dijelaskan mengenai hambatan atau keterbatasan penelitian, antara lain :

1. Responden yang masih awal pengobatan tidak kooperatif ketika di lakukan wawancara, sehingga peneliti menunggu responden untuk bisa di ajak wawancara untuk penelitian ini.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Poliklinik *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) RSUD Ibnu Sina Gresik yang berada di Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo. Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik adalah rumah sakit umum milik Pemerintah Daerah Kabupaten Gresik. Rumah sakit yang berada di Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo ini didirikan pertama kali pada tanggal 16 Agustus 1975, dan diresmikan oleh Gubernur Jawa Timur Moch. Noer, dengan nama Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Gresik. Oleh karena berada di kawasan Bunder, maka RSUD Kabupaten Gresik lebih dikenal dengan nama Rumah Sakit Bunder. Pada tanggal 13 Februari 2015 berdasarkan Keputusan Dirjen Bina Upaya Kesehatan Nomor: HK.02.03/I/0363/2015 ditetapkan sebagai rumah sakit rujukan provinsi dan rumah sakit rujukan regional. Pada tanggal 11 Mei 2005 melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 719/Menkes/SK/V/2005 RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik ditetapkan sebagai Rumah Sakit Umum Kelas B.

Pengambilan data di lakukan di Poliklinik *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) RSUD Ibnu Sina Gresik pada bulan Juni 2018. Poliklinik TB-MDR merupakan poliklinik rawat jalan yang memberikan pelayanan dan merupakan rujukan regional. Pengambilan data ini dilakukan dengan cara pengisian kuesioner oleh responden.

Poliklinik *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) RSUD Ibnu Sina Gresik melakukan pelayanan setiap hari senin - sabtu jam 07.00 – 14.00 WIB. Fasilitas yang ada di Poliklinik *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) terdiri dari ruang pemeriksaan pasien, ruang tindakan, ruang perawat dan dokter, musholla, tempat tunggu pasien, kamar mandi.

Klasifikasi tenaga yang ada di Poliklinik *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) RSUD Ibnu Sina Gresik adalah kepala ruangan, dokter, perawat, asisten apoteker, petugas administrasi dan *cleaning service*.

5.1.2 Karakteristik Responden

Penelitian ini melibatkan 15 responden yang diberi kuesioner berisi indikator yang menjelaskan mengenai dukungan keluarga dan *Self Efficacy* penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik. Berikut ini merupakan paparan karakteristik responden yang masuk dalam sampel penelitian.

Tabel 5.1 Karakteristik responden Penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik, Maret – Juni 2018

No.	Karakteristik Responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Alamat		
	Gresik	15	100,0
	Total	15	100,0
2.	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	8	53,3
	Perempuan	7	46,7
	Total	15	100,0

No.	Karakteristik Responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
3.	Umur		
	< 25 tahun	1	6,7
	25 - 35 tahun	5	33,3
	> 35 tahun	9	60,0
	Total	15	100,0
4.	Pendidikan		
	SD	2	13,3
	SLTP	10	66,7
	SLTA	3	20,0
	Total	15	100,0
5.	Pekerjaan		
	Tidak Bekerja	14	93,3
	Wiraswasta	1	6,7
	Total	15	100,0
6.	Status Pernikahan		
	Belum	2	13,3
	Nikah	13	86,7
	Total	15	100,0

Berdasarkan tabel 5.1 di atas mengenai karakteristik responden menunjukkan bahwa semua responden penderita Tuberkulosis Resisten Obat (TB-MDR) yang berobat di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik merupakan warga yang berdomisili di Gresik. Sebanyak 8 orang (53,3%) penderita Tuberkulosis Resisten Obat (TB-MDR) tersebut berjenis kelamin laki-laki, sedangkan 7 orang (46,7%) lainnya berjenis kelamin perempuan. Mayoritas penderita Tuberkulosis Resisten Obat (TB-MDR), yaitu sebanyak 9 orang (60%) berusia lebih dari 35 tahun, sedangkan sebanyak 6 (33,3%) berusia 25 sampai 35 tahun. Berdasarkan data di atas tingkat pendidikan SLTP lebih banyak dimiliki oleh responden yaitu sebanyak 10 orang (66,7%). Sebagian besar responden memiliki status perkawinan sudah menikah

sebanyak 13 orang (86,7%). Terdapat 14 orang (93,3%) responden penderita TB-MDR tidak bekerja.

5.1.3 Dukungan keluarga, *self efficacy* dan hubungan antara dukungan keluarga dengan *self efficacy*

Subbab ini menyajikan tabel distribusi frekuensi mengenai dukungan keluarga, *self efficacy* dan dukungan keluarga dengan *self efficacy* penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik.

1. Dukungan Keluarga

Variabel ini menjelaskan mengenai dukungan keluarga terhadap responden penderita Tuberkulosis Resisten Obat (TB-MDR) yang dinilai menggunakan 12 item pernyataan melalui kuesioner. Hasil penelitian yang diperoleh disajikan pada Tabel 5.2 berikut:

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Kategori Dukungan Keluarga Terhadap Penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik, Maret – Juni 2018

Kategori Dukungan Keluarga	Frekuensi (<i>f</i>)	Persentase (%)
Positif	15	100,0
Negatif	0	0,0
Total	15	100.0

Berdasarkan tabel 5.2, diketahui bahwa semua responden memiliki dukungan keluarga yang positif yang ditunjukkan dengan persentase 100% pada kategori dukungan keluarga positif terhadap penderita Tuberkulosis Resisten Obat (TB-MDR) di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik.

No.	Domain	Pertanyaan	Skor Total	Rata-Rata Skor
1.	Informasional	1	37	2,47
		2	37	2,47
		3	39	2,60
		4	39	2,60
Total			152	2,53
2.	Instrumental	5	42	2,80
		6	36	2,40
		7	36	2,40
		8	34	2,27
Total			148	2,47
3.	Emosional dan Harga Diri	9	41	2,73
		10	41	2,73
		11	37	2,47
		12	34	2,27
Total			153	2,55

Dukungan keluarga yang diberikan pada penderita Tuberkulosis Resisten Obat (TB-MDR) di RSUD Ibnu Sina Gresik yang diukur dengan 12 item pertanyaan jika dihubungkan dengan domain pada definisi operasional, maka diperoleh hasil bahwa domain dukungan emosional dan harga diri menjadi penyumbang skor tertinggi dengan rata-rata skor mendekati 3, yaitu 2,55.

Ditinjau dari ketiga domain pada dukungan keluarga menunjukkan hasil bahwa tiap domain memiliki total skor yang berbeda. Domain informasional memiliki total skor sebesar 152, dan domain instrumental sebesar 148, sedangkan domain emosional dan harga diri sebesar 153, sehingga pada penelitian ini menunjukkan bahwa domain emosional dan harga diri memiliki peran yang besar dalam dukungan keluarga. Domain dukungan emosional dan harga diri oleh keluarga untuk penderita ini sangat penting karena menyangkut faktor psikologis dan mental yang dapat meningkatkan

motivasi penderita untuk sembuh. Hal ini dikarenakan dalam domain ini mencakup ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap penderita yang diberikan keluarga selaku pihak yang paling dipercayai oleh penderita. Meskipun demikian, domain lain juga sangat diperlukan sebagai dukungan, baik secara informasional maupun instrumental karena motivasi saja tidak akan cukup bagi penderita untuk sembuh dari tuberkulosis resisten obat.

2. *Self Efficacy*

Variabel ini menjelaskan mengenai *self efficacy* responden penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) yang dinilai menggunakan 10 item pernyataan melalui kuesioner. Hasil penelitian yang diperoleh disajikan pada Tabel 5.3 berikut:

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Kategori *Self Efficacy* Penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di Poli TB-MDR Rsud Ibnu Sina Gresik

Kategori <i>Self Efficacy</i>	Frekuensi (<i>f</i>)	Persentase (%)
Rendah	0	0,0
Sedang	0	0,0
Tinggi	15	100,0
Total	15	100,0

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa *self efficacy* yang dimiliki responden semua berada pada kategori tinggi yang ditunjukkan dengan persentase sebesar 100%, namun tidak terdapat responden dengan *self efficacy* berkategori rendah dan sedang.

No.	Domain	Pertanyaan	Skor Total	Rata-Rata Skor
1.	Keyakinan mendapatkan sumber informasi	1	69	4,60
		4	72	4,80
		Total	141	4,70
2.	Keyakinan mendapatkan dukungan sosial	2	67	4,47
		3	73	4,87
		Total	140	4,67
3.	Keyakinan mengatasi gangguan fisik dan emosi	5	72	4,80
		6	67	4,47
		7	62	4,13
		8	68	4,53
		9	66	4,40
		10	67	4,47
		Total	402	4,47

Self efficacy penderita Tuberkulosis Resisten Obat (TB-MDR) di RSUD Ibnu Sina Gresik yang diukur dengan 10 item pertanyaan jika dihubungkan dengan klasifikasi keyakinan pada definisi operasional, maka diperoleh hasil bahwa keyakinan mendapat sumber informasi pada variabel *self efficacy* menjadi penyumbang skor tertinggi dengan rata-rata skor mendekati 5, yaitu sebesar 4,70.

3. Hubungan Dukungan Keluarga dan *Self Efficacy* Penderita Tuberkulosis Resisten Obat

Pada bagian ini akan disajikan data dalam bentuk tabel yang menjelaskan mengenai pola hubungan antar variabel penelitian yaitu dukungan keluarga dan *self efficacy* yang dinilai menggunakan uji statistik bivariat dengan *Spearman Rho*.

Berikut adalah tabel hubungan antara variabel tersebut:

Tabel 5.4 Hubungan Dukungan Keluarga dan *Self Efficacy* Penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR)

Dukungan Keluarga	<i>Self Efficacy</i>						Total	<i>P-Value</i>	<i>Coefficient correlation</i>
	Rendah		Sedang		Tinggi				
Positif	0	0%	0	0%	15	100%	15	100%	0,120 -0,419
Negatif	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
Total	0	0%	0	0%	15	100%	15	100%	

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa tingkat *self efficacy* dengan dukungan keluarga positif sangat tinggi, yaitu sebanyak 15 responden dengan persentase 100%. Responden berkategori *self efficacy* tinggi dengan dukungan keluarga yang positif sebanyak 15 responden dengan persentase 100%. Sedangkan *self efficacy* berkategori rendah dengan keluarga yang mendukung secara positif sebesar 0%. Berdasarkan hasil tersebut, diketahui bahwa nilai *p-value* atau *Sig. (2-tailed)* pada *Spearman Rho Test* sebesar 0,120 yang lebih dari taraf signifikan $\alpha = 0,05$. Hal ini menyebabkan penerimaan hipotesis nol (H_0) yang menyatakan bahwa tidak terdapat korelasi atau hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dan *self efficacy*. Sedangkan koefisien korelasi (*correlation coefficient*) *Spearman Rho* dukungan keluarga dan *self efficacy* sebesar -0,419.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Dukungan Keluarga

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa semua responden penderita tuberkulosis resisten obat (TB-MDR) mendapatkan dukungan yang positif dari keluarga. Dukungan

keluarga merupakan faktor penting bagi penderita TB-MDR karena termasuk dalam sistem pendorong yang dapat menyebabkan ketenangan pikiran bagi penderita bahwa memiliki orang yang mendukung dan akan selalu siap memberikan pertolongan jika diperlukan (Friedman, 2010). Hal ini terjadi karena dalam keluarga terdapat kedekatan emosional akibat adanya ikatan hubungan darah, perkawinan, maupun adopsi (Duval dan Logan dalam Efendi dan Makhfudi, 2009).

Individu yang memperoleh dukungan keluarga tinggi akan menjadi lebih optimis dalam menghadapi masalah kesehatan serta kehidupannya akan lebih terampil dalam memenuhi kebutuhan psikologi (Suhita, 2005 dalam setiadi,2008). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian ini bahwa semua anggota keluarga penderita TB-MDR telah memberikan dukungan yang positif bagi penderita baik secara moral maupun materil. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Irnawati dkk (2016) bahwa dukungan keluarga yang diperoleh klien tuberkulosis adalah baik atau positif.

Dukungan keluarga yang paling baik dalam penelitian ini terletak pada domain dukungan emosional dan harga diri, sedangkan domain dukungan keluarga yang paling rendah terletak pada domain dukungan instrumental. Domain dukungan emosional dan harga diri berperan penting karena menyangkut faktor psikologis dan mental yang dapat meningkatkan motivasi penderita untuk sembuh. Hal ini dikarenakan dalam domain ini mencakup ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap penderita yang diberikan keluarga selaku pihak yang paling dipercayai oleh penderita. Domain keluarga lainnya juga sangat penting untuk meningkatkan derajat kesehatan klien, seperti domain instrumental. Domain ini mencakup waktu dan

fasilitas kesehatan terkait pengobatan (biaya dan transportasi), peran aktif keluarga, dan pembiayaan kesehatan sangat mendukung terjaminnya kesehatan klien.

Peneliti berpendapat Keluarga merupakan orang terdekat dan paling mengerti penderita. Ketika terdapat salah satu anggota keluarga yang sakit, maka anggota keluarga lain tentu akan memberikan dukungan yang positif bagi penderita untuk sembuh. Peneliti meyakini bahwa empati yang dimiliki keluarga terhadap sesama anggota sangat tinggi dibanding orang lain. Hal ini menyebabkan empati tersebut mendorong keluarga untuk memberikan dukungan penuh bagi penderita apalagi penyakit tuberkulosis resisten obat mengharuskan penderita mengkonsumsi obat dalam kurun waktu yang lama.

5.2.2 Self Efficacy

Tabel 5.3 menunjukkan *self efficacy* 15 responden penderita tuberkulosis resisten obat (TB-MDR) di RSUD Ibnu Sina Gresik dengan hasil bahwa semua (100%) penderita berada pada kategori *self efficacy* tinggi. *Self Efficacy* merupakan proses kognitif terkait kenyamanan individu dalam mengukur kemampuannya dalam melakukan suatu hal sehingga mempengaruhi motivasi, proses berpikir, kondisi emosional, serta lingkungan sosial yang menunjukkan suatu kebiasaan yang spesifik. *Self Efficacy* yang dimaksud dalam penelitian ini adalah motivasi dan usaha penderita dalam menghadapi tuberkulosis resisten obat.

Bandura (1986) mengungkapkan bahwa semua orang dapat memiliki *self efficacy* yang tinggi jika tidak terdapat suatu halangan yang berarti untuk diatasi, sehingga tugas tersebut sangat mudah dilakukan. Hal ini dapat terjadi karena adanya faktor pendukung yang dapat meningkatkan motivasi. Orang yang memiliki

keyakinan yang kuat akan bertekun pada usahanya meskipun suatu hal terlihat sulit untuk dihadapi, misalnya penyakit tuberkulosis resisten obat. Sehingga pada penelitian ini terdapat banyak responden penderita tuberkulosis resisten obat yang memiliki *self efficacy* tinggi.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa skor terendah (62 dari skor maksimal 75) berada pada item pernyataan nomor 7, yaitu penderita yakin dapat mengatasi ketidaknyamanan fisik atau rasa sakit yang saya alami selama sakit. Hal ini dapat terjadi karena penderita mungkin mampu secara mental untuk memotivasi diri dari menahan rasa sakit, namun faktanya fisik penderita tidak mampu. Hal ini menyebabkan jawaban yang diberikan responden pada item pernyataan ini lebih rendah dari item pernyataan lain.

Item pernyataan yang memiliki skor paling tinggi (73 dari skor maksimal 75) terdapat pada nomor 3, yaitu penderita yakin keluarga mau mendengarkan keluhan dan memberi dukungan emosional kepada penderita. Hal ini terjadi karena penderita menganggap bahwa keluarga merupakan orang terdekat yang mampu memberi dukungan emosional bagi penderita. Sebagaimana dijelaskan Duval dan Logan dalam Efendi dan Makhfudi (2009) bahwa dalam keluarga terdapat kedekatan emosional akibat adanya ikatan hubungan darah, perkawinan, maupun adopsi. Sehingga, keyakinan responden penderita tuberkulosis resisten obat terhadap peran keluarga dapat menjadi tinggi.

Peneliti berpendapat bahwa *self efficacy* penderita tuberkulosis resisten obat merupakan keyakinan penderita akan kemampuannya untuk menjalani pengobatan tuberkulosis dalam jangka waktu yang ditentukan. Kemampuan tersebut berasal dari

motivasi dan kondisi emosional penderita. Pengalaman baik langsung maupun tidak langsung dalam menjalani pengobatan tuberkulosis dapat menjadi pendorong tingginya *self efficacy* penderita. Pengalaman tersebut mengajarkan penderita langkah tepat yang mampu memotivasi diri sehingga dapat menjadikan kebiasaan penderita untuk menjadi semakin mudah menjalani pengobatan tersebut. Peneliti meyakini bahwa motivasi dan pengalaman merupakan faktor penting yang menjadi pendorong tingginya *self efficacy* penderita tuberkulosis resisten obat di RSUD Ibnu Sina Gresik.

5.2.3 Hubungan Dukungan Keluarga dan *Self Efficacy*

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis dukungan keluarga dan *self efficacy* penderita Tuberkulosis Resistensi Obat (TB-MDR) di poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik. Analisis tersebut dilakukan dengan melibatkan 15 responden, yaitu penderita tuberkulosis resisten obat yang dinilai menggunakan kuesioner. Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh dengan *Spearman Rho Test* seperti ditunjukkan pada tabel 5.4, dukungan keluarga dan *self efficacy* penderita tuberkulosis resisten tidak terdapat hubungan yang signifikan. Hal ini terlihat dari nilai *p-value* (*Sig. 2-tailed*) yang lebih dari α .

Rock dan Dooley dalam Kuntjoro (2002) menyatakan bahwa keluarga memainkan suatu peranan penting yang bersifat mendukung selama penyembuhan dan pemulihan anggota keluarga, sehingga dapat mencapai derajat kesehatan secara optimal. Namun, teori ini tidak sesuai dengan hasil penelitian karena kedua variabel yang tidak memiliki hubungan yang signifikan berdasarkan hasil uji *Spearman Rho*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa keluarga penderita memberikan

dukungan yang positif terhadap penderita dan *self efficacy* penderita juga berada pada kategori tinggi.

Ramdhani (2009) menjelaskan bahwa terdapat 2 faktor utama yang dapat mempengaruhi intensi yang berhubungan dengan *beliefs* pembentuk *self efficacy* seseorang. Faktor tersebut adalah faktor sosial dan faktor personal. Dukungan keluarga pada penderita tuberkulosis termasuk dalam faktor sosial. Jika dukungan keluarga positif, namun *self efficacy* masih dalam kategori rendah atau sedang, maka dapat dikatakan bahwa faktor personal penderita kurang mendukung. Sebagaimana Bandura (1997) menegaskan salah satu faktor yang mempengaruhi *self efficacy*, yaitu sifat dari tugas yang dapat mempengaruhi kemampuan diri seseorang.

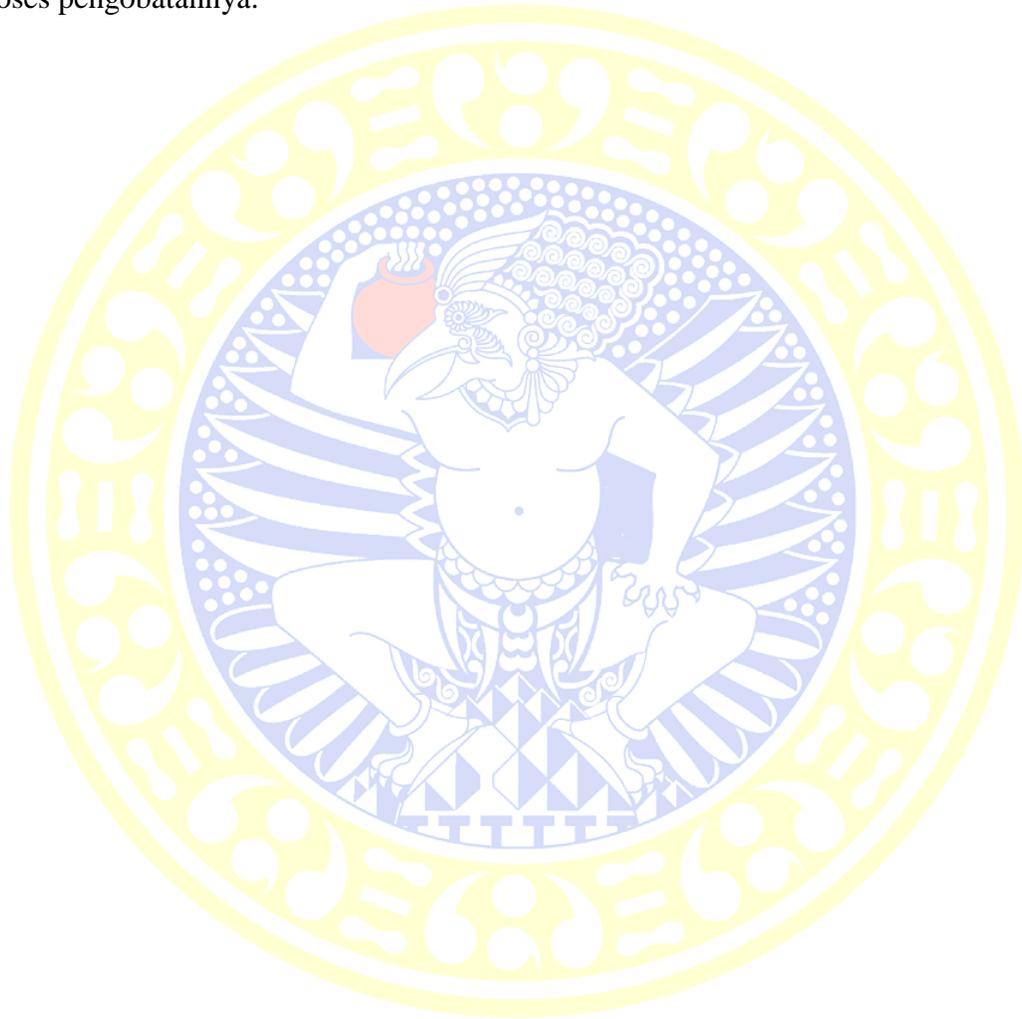
Faktor dalam membentuk *self efficacy* bukanlah semata dari dukungan keluarga, melainkan pengetahuan, sikap, tingginya harga diri, merasa mempunyai kemampuan yang cukup, mempunyai keyakinan untuk mengambil tindakan serta kepercayaan akan kemampuan untuk mengubah situasi (Notoatmodjo, 2010). Dengan demikian faktor-faktor tersebut yang dimungkinkan berperan lebih kuat dalam pembentukan *self efficacy* responden penelitian. Hal ini didukung dengan penelitian Kholifah (2014) dan Hidayati (2012) bahwa kedua penelitian menunjukkan *self efficacy* terbentuk dari *self management intervention* yang diterapkan pada kasus diabetes mellitus dan hipertensi. Intervensi tersebut tidak menitik beratkan pada faktor lingkungan atau dukungan keluarga melainkan manajemen diri untuk memunculkan *self efficacy*. Selain itu, penelitian Kulsum (2015) yang melibatkan 34 pasien Tuberkulosis menunjukkan bahwa adanya hubungan variabel jenis kelamin,

pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, dan peran petugas dalam membentuk ketidakteraturan berobat pasien Tuberkulosis. Pasien tuberkulosis yang tidak memiliki Pengawas Minum Obat (PMO) yang baik berisiko 5 kali lebih besar untuk tidak teratur dalam menjalankan pengobatan.

Hasil penelitian menunjukkan koefisien korelasi (*coefficient correlation*) pada uji *Spearman Rho* antara dukungan keluarga dan *self efficacy* sebesar -0,419. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan keluarga dan *self efficacy* berhubungan secara negatif meskipun bukan merupakan hubungan yang signifikan. Hubungan negatif (*negative correlation*) berarti terjadi hubungan berlawanan antara dukungan keluarga dan *self efficacy*, yaitu jika kategori *self efficacy* naik maka kategori dukungan keluarga turun dan sebaliknya. Koefisien korelasi merupakan suatu nilai yang menerangkan keeratan hubungan antara dua variabel yang dinyatakan dengan fungsi linier atau mendekati linier (Supranto, 2008). Sehingga, dapat dikatakan bahwa keeratan hubungan dukungan keluarga dan *self efficacy* pada penderita tuberkulosis resisten obat di RSUD Ibnu Sina Gresik secara linier adalah sebesar -0,419. Koefisien ini tergolong dalam hubungan yang rendah karena kurang dari 70% atau 0,7. Hal ini menyebabkan tidak signifikannya hubungan dukungan keluarga dan *self efficacy* pada uji korelasi dengan *Spearman Rho*.

Peneliti berpendapat bahwa dukungan keluarga merupakan salah satu faktor penting dalam mendorong *self efficacy* penderita tuberkulosis resisten obat dalam menjalani pengobatan. Menurut peneliti, selain faktor internal berupa motivasi dan pengalaman yang diperoleh penderita dalam menjalani pengobatan tuberkulosis

resisten obat, faktor eksternal berupa dukungan keluarga juga memainkan peran penting untuk meningkatkan *self efficacy* penderita. Dukungan keluarga sangat diperlukan sebagai faktor penguat tindakan (*reinforcing*) dan penyedia sumber dukungan (*enabling*) ketika penderita mengalami penurunan *self efficacy* dalam proses pengobatannya.



BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian “Hubungan dukungan keluarga dan *self efficacy* penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik” dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Semua responden penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik memiliki dukungan keluarga yang positif.
2. Semua responden penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik berada pada kategori *self efficacy* tinggi.
3. Dukungan keluarga tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan *self efficacy* penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR).

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Pengembangan keilmuan

Mengkaji dan mengembangkan lebih lanjut mengenai keterlibatan keluarga dalam pengobatan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) pasien *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR).

6.2.2 Bagi Keluarga

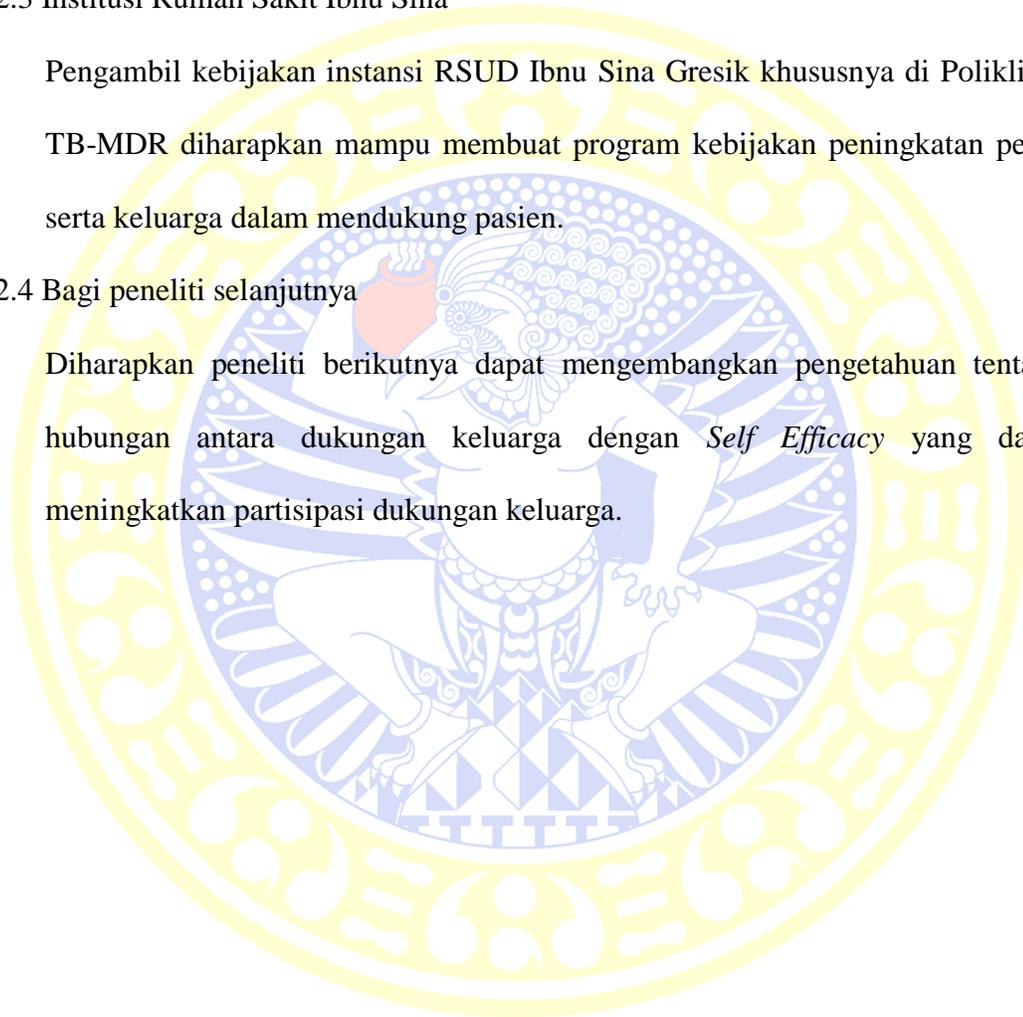
Mengoptimalkan peran dukungan keluarga sebagai sumber dukungan sosial. Hal ini bisa meningkatkan keberhasilan program pengobatan TB-MDR secara tuntas.

6.2.3 Institusi Rumah Sakit Ibnu Sina

Pengambil kebijakan instansi RSUD Ibnu Sina Gresik khususnya di Poliklinik TB-MDR diharapkan mampu membuat program kebijakan peningkatan peran serta keluarga dalam mendukung pasien.

6.2.4 Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan peneliti berikutnya dapat mengembangkan pengetahuan tentang hubungan antara dukungan keluarga dengan *Self Efficacy* yang dapat meningkatkan partisipasi dukungan keluarga.



DAFTAR PUSTAKA

- Andrianti, A. (2013). Faktor Risiko Kejadian Tuberkulosis Resisten Obat Ganda (TB ROG). *Tesis* Fakultas Kedokteran UNPAD.
- Arikunto, S. (2014). *Manajemen Penelitian*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Ajzen, I. (2010). *Attitudes, personality and Behavior Second*. Buckingham: Open University Press.
- Bandura, A. (1994). *Self Efficacy*. In V.S. Ramachaudran (Ed). *Ensiclopedia of human behavior (Vol 4, PP 71-81)*. New York : Academic Press
- Bandura, A.(1997). *Self-efficacy: Toward a Univying Theory of Bhavioral Change*. *Psychological Review*. vol 84. no.2. p. 191-215.
- Barroso, E., Mota, R., Santos, R. (2003). Risk Factors For Acquired Multidrug-Resistant Tuberculosis, *Jornal de Pneumologia*. Vol. 29. no. 2.
- Center for Disease Control and Prevention. (2013). Core Curriculum on Tuberculosis: What the Clinician Should Know, Centers for Disease Control and Prevention National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention Division of Tuberculosis Elimination.
https://www.cdc.gov/tb/education/corecurr/pdf/corecurr_all.pdf
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Pedoman Nasional Penanggulangan TBC. edisi 2*. Jakarta : Bakti Husada
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *TBC Masalah Kesehatan Dunia*, Jakarta : Bakti Husada
- Efendi & Makhfudli. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik Dalam Keperawatan*, Jakarta : Salemba Medika
- Fauzia,, L.(2013). Faktor – faktor yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Tuberkulosis Multidrug Resistan (TB-MDR) di RSUP Persahabatan Tahun 2013. *Tesis* Universitas Indonesia
- Friedman, MM, Bowden, VR, & Jones, EG. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga: Riset, teori, dan praktik*, alih bahasa, Akhir Yani S. Hamid dkk. edisi 5. Jakarta : EGC
- Hirpa, S., (2013) Determinants Of Multidrug-Resistant Tuberculosis In Patients Who Underwent First-Line Treatment In Addis Ababa: A Case Control Study, *BMC Public Health*, Vol. 13 No. 782.

- Hidayat, A. Aziz Alimul. (2010). *Metode Penelitian Kesehatan: Paradigma Kuantitatif*, Kelapa Pariwara, Surabaya
- Hudoyo, A. (2012). *Jurnal Tuberkulosis Indonesia, Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia*, Vol. 8, No. 2.
- Kementrian Kesehatan RI. (2013). *Petunjuk Teknis Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resistance Obat*, Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementrian Kesehatan RI. (2014). *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*, Jakarta: Kemenkes RI Direktorat Jenderal P2PL
- Keshavjee, S., dan Farmer. (2010). Time to Put Boots on the Ground : Making Universal Acces to MDR – TB Treatment a Reality : *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, Vol. 14, No. 10.
- Mardhiyyah, A., Carolia, N. (2016). MDR TB Pada Pasien DO dan Tatalaksana OAT Lini Kedua. *Majority*: vol 5 no.2.
- Masniari, L, Priyanti, Z. Tjandra, Y. (2007). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kesembuhan Pasien TB Paru, *J. Respir Indo*, Vol. 27 No. 3.
- Megawati. (2015). Karakteristik Pasien Tuberkulosis Paru dengan Multidrug-Resistent (TB-MDR) di RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode Januari 2012 – Juni 2015. *Skripsi*. Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
- Mekonnen, F., Tessema, B., Moges, F., Gelaw, A. (2015). Multidrug Resistant Tuberculosis: Prevalence And Risk Factors In Districts Of Metema And West
- Morisky, DE, Green, LW & Levine, DM. (1988). *Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported of Medication Adherence*. *Med Care*. 24:67-74
- Mubarrak, Wahit I. 2009. *Ilmu Keperawatan Komunitas*. Jakarta : Salemba Medika
- Muaz, F. (2014). Faktor – faktor yang Mempengaruhi Kejadian Tuberkulosis Paru Basil Tahan Asam Positif di Puskesmas Wilayah Kecamatan Serang Kota Serang Tahun 2014 *Skripsi*. UIN Syarif Hidayatullah. Jakarta
- Mulissa, G., Workneh, T., Hordofa, N., Saudi, M. (2015). *Multidrug-resistant Mycobacterium tuberculosis and associated risk factors in Oromia Region of Ethiopia*. *International Journal of Infectious Diseases*, Vol. 39 No. 57
- Munawwarah.. (2013). Gambaran Faktor Risiko Pengobatan Pasien TB-MDR RS Labuang Baji Kota Makassar. *Tesis*. Universitas Hasanuddin.

- Nursalam. 2016. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis, edisi. 4*. Jakarta : Salemba Medika
- Neville, K., Bromberg, R. (1994). The Third Epidemic – MDR. *Journal Of The American College Of Chest Physicians*.
- Notoatmodjo, S., (2010) *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta.
- Pant, R., (2009) Risk factor Assesment of Multidrug – Resisteance Tuberculosis. *Journal of Nepal Health Respiratory Council*, Vol. 7, No. 2.
- Perhimpunan Dokter Paru Indonesia *Pedoman Diagnosis & Penatalaksanaan Tuberkulosis di Indonesia*. diakses 18 Maret 2018. <http://www.klikdpdi.com/konsensus/TB/TB.html>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Pedoman Manajemen Terhadap Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat* Menteri Kesehatan. Jakarta
- Permatasari, Leya Indah et al. 2014. *Hubungan Dukungan Keluarga dan Self Efficacy dengan Perawatan Diri Lansia Hipertensi*. *Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesia*.
- Pramonodjati, F. (2010). *Pengaruh pemberian pembelajaran Tuberkulosis terhadap kepatuhan berobat dan tingkat kesembuhan penderita Tuberkulosis*, Surakarta : Tesis FK UNS
- Rachmawati, T & Turniani. (2006), *Pengaruh dukungan sosial dan pengetahuan tentang penyakit TB terhadap motivasi untuk sembuh klien TB paru yang berobat di puskesmas*. *Buletin penelitian sistem kesehatan*. 9(3). 134-141
- Riset Kesehatan Dasar. 2013. *Riset Kesehatan dasar*. Badan Litbangkes Depkes RI. Jakarta
- Salindria. (2011). Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian MDR – TB di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. *Skripsi*. Universtas airlangga
- Sarwani., D. (2012). Faktor Risiko Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*.
- Soepandi, P. (2015). *Diagnosis Dan Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya TB-MDR*, Jakarta: Departemen Pulmonologi & Ilmu kedokteran Respirasi FKUI-RS Persahabatan.
- Smeltzer, S. C. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* Brunner & Suddarth. Jakarta: EGC.
- Sukartini, (2015) *Pengembangan model peningkatan kepatuhan*. Jakarta : Disertasi Universitas Indonesia.

Tirtana. Tanggap, B. Musrican (2011). *Faktor faktor yang mempengaruhi keberhasilan pengobatan pada pasien Tuberkulosis paru dengan resistensi obat tuberculosis di wilayah Jawa Tengah*. Semarang : Tesis FK Undip

Ti, T., Lwin, T., Mawung, W., Htun, A. (2002). National Anti-tuberculosis Drug Resistance Survey 2002 in Myanmar. *Internasional Journal Tuberculosis Lung Disease*, Vol.10, No. 6.

World Health Organization. (2014). Multidrug-Resistant Tuberculosis (MDR TB).

www.who.int/tb/challenges/mdr/mdr_tb_factsheet.pdf



Lampiran 1

Surat Permohonan Fasilitas Pengambilan Data Awal

	KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI	
	UNIVERSITAS AIRLANGGA	
	FAKULTAS KEPERAWATAN	
	Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752 Website: http://ners.unair.ac.id Email: dekan_ners@fkip.unair.ac.id	

Nomor	: 45/UN3.1.13/PPd/2018	16 Maret 2018
Lampiran	: -	
Perihal	: Permohonan Fasilitas Survey Pengambilan Data Awal	

Kepada Yth.: Kepala Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah
Gresik

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya survey pengambilan data awal bagi mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk melakukan pengumpulan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian

Nama	: Mar'atul Hasanah
NIM	: 131411133035
Judul Skripsi	: Hubungan Dukungan Keluarga dan <i>Self Efficacy</i> Penderita Resistan Obat (TB-MDR) di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik

Pembimbing Ketua	: Dr. Makhfudli, S.Kep.,Ns., M.Ked.Trop
Pembimbing	: Dr. Andri Setiya Wahyudi, S.Kep.,Ns., M.Kep

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.



an. Dekan
Wakil Dekan I
Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
NIP. 196808291989031002

Tembusan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik

Lampiran 2

ETHICAL CLERANCE


KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ETHICAL APPROVAL”
 No : 914-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

**“HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN SELF EFFICACY
 PENDERITA TUBERKULOSIS RESISTEN OBAT (TB-MDR)”**

<u>Peneliti utama</u>	: Mar'atul Hasanah
<i>Principal Investigator</i>	
<u>Nama Institusi</u>	: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
<i>Name of the Institution</i>	
<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u>	: Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik
<i>Setting of research</i>	

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited.

Surabaya, 28 Mei 2018
 Ketua, (CHAIRMAN)



Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.
 NIP. 1963 0608 1991 03 1002

Lampiran 3

Surat permohonan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS AIRLANGGA
 FAKULTAS KEPERAWATAN
 Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752
 Website: <http://ners.unair.ac.id> | Email: dekan_ners@fkip.unair.ac.id

Nomor : 1781/UN3.1.13/PPd/2018 25 juli 2018
 Lampiran : 1 (satu) eksemplar
 Perihal : **Permohonan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian**

Kepada Yth.: Kepala Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Gresik

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi

Nama : Mar'atul Hasanah
 NIM : 131411133035
 Judul Skripsi : Hubungan Dukungan Keluarga dengan *Self Efficacy* penderita Tuberkulosis Resisten Obat (TB-MDR) di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
 Wakil Dekan I

 Dr. Kushanto, S.Kp., M.Kes.
 NIP. 196808291989031002

Tembusan:
 1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik
 2. Kepala Direktur RSUD Ibnu Sina Gresik

Lampiran 4

Surat Ijin Penelitian Bappeda Kabupaten Gresik



PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN, PENELITIAN DAN
PENGEMBANGAN DAERAH (BAPPEDA)

Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo No. 245 Telp. 3952825 – 30 psw. 209, 3952812
 Website : <http://bappeda.gresik.go.id> email : bappeda@gresikkab.go.id

GRESIK

Gresik, 29 Maret 2018

Nomor : 070/139/437.71/2018
 Sifat : Penting
 Lampiran : 1 (Satu) Berkas
 Perihal : Rekomendasi Ijin Penelitian
 Survey/ Research/KKN

Kepada
 Yth. Sdr. Dekan Fakultas Keperawatan
 Universitas Airlangga
 di –
 Surabaya

Dasar :

1. Peraturan Daerah Kabupaten Gresik Nomor 12 Tahun 2016 tentang Pembentukan Perangkat Daerah Kabupaten Gresik;
2. Peraturan Bupati Gresik Nomor 67 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik;
3. Surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga di Surabaya Nomor: 745/UN3.1.13/PPd/2018 tanggal 16 Maret 2018 Perihal Permohonan Fasilitas Survey Pengambilan Data Awal.

Maka dengan ini Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik menyatakan tidak keberatan atas dilakukannya kegiatan yang dilakukan oleh:

1. Nama : Mar'atul Hasanah
2. NIM/NIK/NIDN : 131411133035
3. Pekerjaan : Mahasiswa
4. Alamat : Dahanrejo Rt 02 Rw 01 Kec. Kebomas kab. Gresik
5. Keperluan dilakukannya survey/penelitian/KKN : Untuk Melaksanakan Penelitian dengan Judul "Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Self Efficacy Penderita Tuberkulosis Resisten Obat (TB-MDR) di Poli MD-TBR RSUD IBNU SINA Gresik"
6. Tempat melakukan survey/penelitian/KKN : Kab. Gresik
7. Waktu Pelaksanaan survey/penelitian/KKN : 28 Maret - 28 Juni 2018
8. Peserta/Pengikut : -

- 2 -

Dalam melakukan kegiatan survey / research / penelitian agar memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Sebelum dan setelah dilaksanakannya survey / research / penelitian diwajibkan melapor kepada Instansi terkait;
2. Tidak diperkenankan melaksanakan kegiatan lain diluar kegiatan survey / research / penelitian yang dilakukan;
3. Setelah melakukan survey / research / penelitian selambat - lambatnya 1 (satu) bulan agar menyerahkan 1 (satu) ex. / buku hasil survey / research / penelitian kepada Bupati Gresik melalui Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik.

Demikian rekomendasi ijin penelitian / survey / research ini dibuat, untuk dapat dipergunakan seperlunya.

**An.KEPALA BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN,
PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN DAERAH (BAPPEDA)
KABUPATEN GRESIK
Kabid. Penelitian dan Pengembangan**


JUNI BUDI ASTUTI. S.P
Pembina
NIP. NIP. 19640605 199302 2 002

Tembusan :

1. Yth. Sdr. Kepala Kantor Kesbangpol Kab. Gresik;
2. Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Gresik;
3. Yth. Sdr. Direktur RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik;
4. Arsip;

Lampiran 5

Surat Ijin Penelitian RSUD Ibnu Sina Gresik



PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH IBNU SINA
 Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo No. 243 B Telp.031-3951239 Fax (031) 3955217
 GRESIK 61161



Gresik, 07 Juni 2018

Nomor : 071/ 643 /437.76/2018
 Sifat : Biasa
 Perihal : Ijin Penelitian

Kepada
 Yth. Dekan
 Fakultas Keperawatan
 Universitas Airlangga Surabaya
 di
SURABAYA

Sehubungan tembusan surat dari Kepala Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah (Bappeda) Kabupaten Gresik Nomor : 070/249/437.71/2018 Tanggal 24 Mei 2018 perihal Permohonan Ijin melaksanakan penelitian atas:

Nama : Mar'atul Hasanah
 NIM : 131411133035
 Judul : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Self Efficacy Penderita Tuberkulosis Resisten Obat (TB-MDR) di Poli MD-TBR RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik

bersama ini kami sampaikan bahwa kami tidak berkeberatan atas penelitian dimaksud;

Adapun Kontribusi biaya yang dikenakan dalam penelitian dimaksud adalah sbb:

NO	JENIS BIAYA	SATUAN	KET
1	Penelitian S1 instansi Negeri	Rp. 250.000,- / judul	
2	Pengambilan data pada dokumen bidang / bagian / dokumen	Rp. 30.000,- / dokumen	Bila ada
3	Pengambilan data pada dokumen rekam medis	Rp. 2.000,- / dokumen	Bila ada

Demikian untuk menjadikan periksa dan atas perhatian serta kerjasamanya disampaikan terima kasih.

DIREKTUR
 RSUD IBNU SINA KAB. GRESIK

 dr. **ENDANG RUSPITOWATI, Sp THT- KL**
 Pembina Utama Muda
 NIP. 19601229 198901 2 001

Lampiran 6**LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN
BAGI RESPONDEN (WAWANCARA KUESIONER)**

Judul Penelitian : Hubungan Dukungan Keluarga dengan *Self Efficacy* Penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik.

Tujuan**Tujuan umum**

Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan *self efficacy* penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik.

Tujuan khusus

1. Menjelaskan Dukungan keluarga penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di poli TB-MDR RSUD Ibnu sina Gresik.
2. Menjelaskan *Self Efficacy* penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di poli TB-MDR RSUD Ibnu sina Gresik.
3. Menganalisis Dukungan keluarga dengan *Self Efficacy* penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik.

Perlakuan yang diterapkan pada subyek

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelasional dengan pendekatan *cross sectional*, sehingga tidak ada perlakuan apapun untuk subyek. Subyek hanya terlibat sebagai peserta yang akan menjawab beberapa pertanyaan perihal dukungan keluarga dan *Self Efficacy* dalam pengobatan.

Manfaat

Subyek (responden) yang terlibat dalam penelitian ini akan mendapatkan pengetahuan tentang pentingnya dukungan keluarga dalam menunjang keberhasilan pengobatan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) TB-MDR.

Bahaya potensial

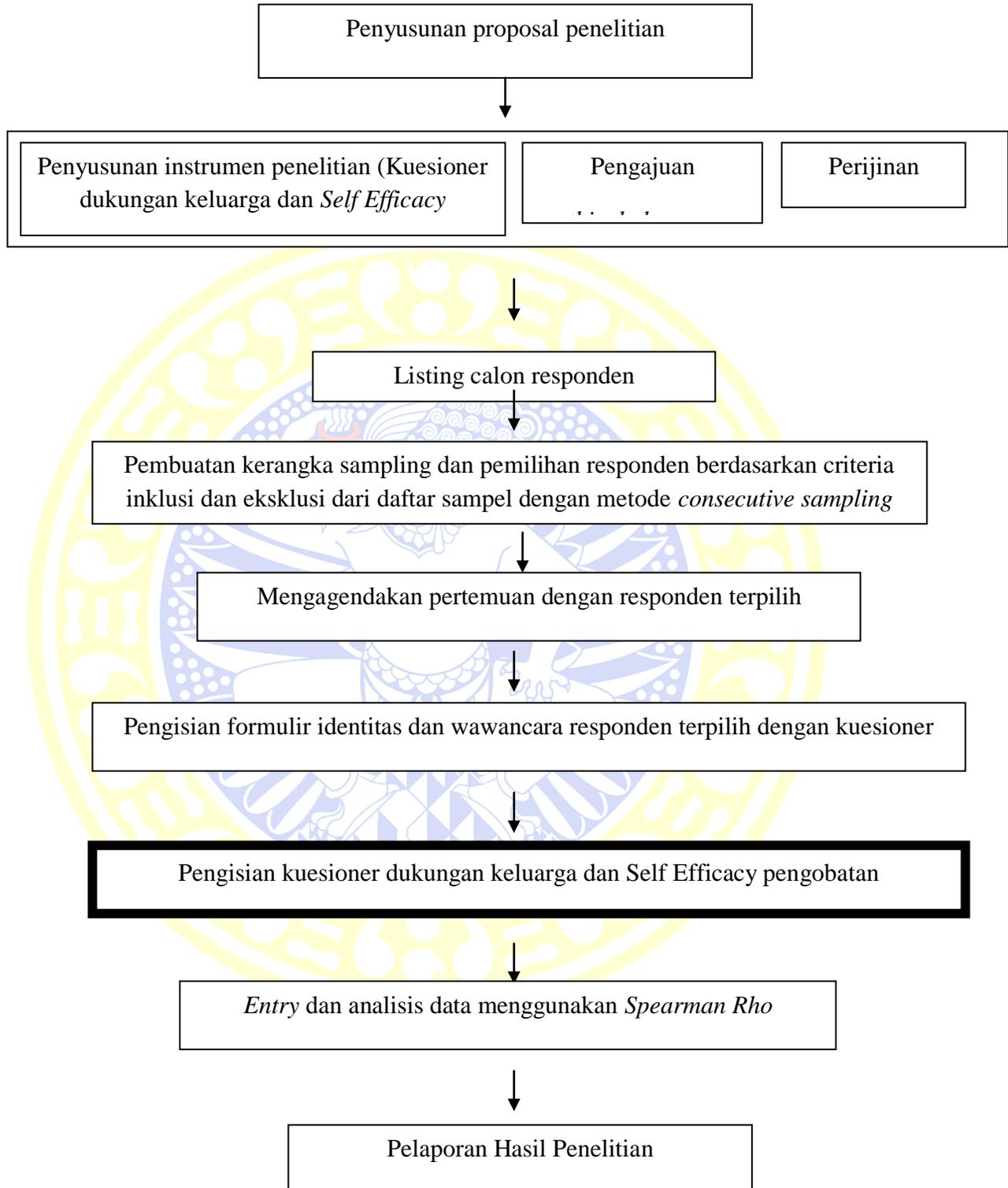
Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh keterlibatan subyek dalam penelitian ini, oleh karena dalam penelitian ini tidak dilakukan intervensi apapun melainkan hanya wawancara biasa menjawab pertanyaan dari kuesioner.

Hak untuk undur diri

Keikutsertaan subyek dalam penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk mengundurkan diri kapanpun, tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan responden.

Adanya insentif untuk subyek

Oleh karena keikutsertaan subyek (responden) sangat membantu dalam penelitian ini, maka ada insentif berupa *souvenir* yaitu handuk.

Prosedur Penelitian

Lampiran 7**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mar'atul Hasanah

NIM : 131411133035

Adalah mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang akan melakukan penelitian tentang “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Self Efficacy Penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik”.

Sehubungan dengan penelitian yang akan dilakukan, maka dengan ini saya mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara menjadi responden. Semua informasi dan identitas responden akan dirahasiakan dan hanya untuk kepentingan penelitian. Saya mohon kepada Bapak/Ibu/Saudara untuk menjawab pertanyaan pada kuesioner dengan sejujurnya. Apabila dalam penelitian ini Bapak/Ibu/Saudara merasa tidak nyaman dengan kegiatan yang akan dilakukan, maka Bapak/Ibu/Saudara dapat mengundurkan diri.

Hormat Saya

(Mar'atul Hasanah)

Lampiran 8

INFORMED CONSENT
(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :
 Umur :
 Jenis Kelamin :
 Pekerjaan :
 Alamat :

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai:

1. Penelitian yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Self Efficacy Penderita *Tuberculosis Multidrug Resistant* (TB-MDR) di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik”
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada subyek
3. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur Penelitian

Dan prosedur penelitian mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Peneliti,

Surabaya, 20 April 2018

Responden

(Mar’atul Hasanah)

(.....)

Saksi,

(.....)

*) Coret salah satu

Lampiran 9

KUESIONER PENELITIAN
HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN SELF EFFICACY
PENDERITA *TUBERCULOSIS MULTIDRUG RESISTANT* (TB-MDR) DI
POLI TB-MDR RSUD IBNU SINA GRESIK

No. Responden :

Tanggal pengisian :

Petunjuk pengisian jawaban

1. Pilihlah jawaban yang menurut Anda sesuai dengan memberikan tang cek atau centang (√) pada salah satu jawaban yang telah disediakan.
2. Silahkan bertanya pada peneliti apabila ada pertanyaan yang kurang jelas.

IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama responden :
2. Alamat responden :
3. Jenis kelamin
 - 1) Laki-laki :
 - 2) Perempuan :
4. Umur responden :
5. Pendidikan terakhir
 - 1) Tidak tamat sekolah atau tidak tamat SD :
 - 2) SD :
 - 3) SLTP :
 - 4) SLTA :
 - 5) Perguruan tinggi :
6. Pekerjaan responden
 - 1) Tidak bekerja :

- 2) Buruh :
 - 3) Pelajar/Mahasiswa :
 - 4) Wiraswasta :
 - 5) Pegawai negeri/TNI/POLRI :
 - 6) Lain-lain :
7. Status Pernikahan
- 1) Nikah :
 - 2) Belum :

DATA KELUARGA

- Nama :
- Jenis kelamin :
- Pendidikan :
- Pekerjaan :
- Umur :
- Status pernikahan :
- Hubungan dengan klien :

STATUS KELUARGA

Jumlah anggota keluarga :

	2		3		>3
--	---	--	---	--	----

Agama :

	Islam		Kristen		Hindu		Budha
--	-------	--	---------	--	-------	--	-------

Penghasilan :

	<1 jt		1-2 jt		>2 jt
--	-------	--	--------	--	-------

Tipe Keluarga :

	Tradisional		Non tradisional
--	-------------	--	-----------------

KUESIONER DUKUNGAN KELUARGA

1. Penilaian

Kepatuhan berobat penderita TB-MDR di Poli TB-MDR Gresik di pengaruhi oleh salah satu faktor perubahan perilaku yaitu, dukungan keluarga. Peneliti ingin mengetahui apakah keluarga memberikan dukungan kepada anggota keluarganya yang menderita TB-MDR dalam masa pengobatan.

2. Jawablah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan memberikan tanda *check* atau centang (✓) pada jawaban yang anda pilih.

Kuesioner Respon Sosial (Dukungan keluarga)

No	Jenis Dukungan	Selalu (3)	Sering (2)	Kadang-kadang (1)	Tidak pernah (0)	Skor
	Dukungan Informasional / pengetahuan					
1.	Keluarga memberitahu tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter yang merawat saya					
2.	Keluarga mengingatkan saya untuk control, minum obat, latihan dan makan secara teratur					
3.	Keluarga mengingatkan saya tentang perilaku-perilaku yang dapat memperburuk penyakit saya.					
4.	Keluarga menjelaskan kepada saya setiap saya bertanya tentang hal-hal yang tidak jelas mengenai penyakit saya.					
	Dukungan Instrumental/Fasilitas					
5.	Keluarga menyediakan waktu dan fasilitas					

No	Jenis Dukungan	Selalu (3)	Sering (2)	Kadang-kadang (1)	Tidak pernah (0)	Skor
	Untuk keperluan pengobatan saya.					
6.	Keluarga berperan aktif dalam setiap pengobatan dan perawatan saat saya sakit					
7.	Keluarga bersedia membiayai biaya perawatan dan pengobatan saya.					
8.	Keluarga berusaha untuk mencari sarana dan peralatan perawatan yang saya perlukan.					
	Dukungan Emosional dan Penghargaan					
9.	Keluarga mendampingi saya dalam perawatan.					
10.	Keluarga memberikan pujian dan perhatian kepada saya saat saya sakit					
11.	Keluarga tetap mencintai dan memperhatikan keadaan saya saat sedang sakit					
12.	Keluarga memahami dan memaklumi bahwa sakit yang saya alami ini sebagai suatu musibah					

KUESIONER SELF EFFICACY

Petunjuk Pengisian :

1. Jawablah pertanyaan dengan memberikan tanda centang (√) pada kolom yang tersedia
2. Kolom kode tidak perlu anda isi karena akan diisi oleh peneliti
3. Ketentuan :

SS : Sangat Setuju	TS : Tidak Setuju
S : Setuju	STS : Sangat Tidak Setuju
RR : Ragu-ragu	

No	Pertanyaan	SS (5)	S (4)	RR (3)	TS (2)	STS (1)
1.	Saya yakin kalau saya bisa mendapatkan informasi tentang sakit TB-MDR dari sumber-sumber di Masyarakat sekitar rumah.					
2.	Saya yakin keluarga dapat membantu saya melakukan pekerjaan saya ketika sedang sakit					
3.	Saya yakin keluarga mau mendengarkan keluhan saya dan memberi dukungan emosional kepada saya.					
4.	Saya yakin dapat meminta informasi dari dokter dan perawat tentang penyakit yang mengkhawatirkan saya.					

No	Pertanyaan	SS (5)	S (4)	RR (3)	TS (2)	STS (1)
5.	Saya yakin bahwa saya dapat mengetahui gejala sakit saya dan kapan saya harus kembali ke dokter untuk mendapat bantuan.					
6.	Saya yakin dapat mengurangi gangguan emosi yang disebabkan oleh kondisi kesehatan saya sehingga tidak mempengaruhi kehidupan sehari-hari.					
7.	Saya yakin dapat mengatasi ketidaknyamanan fisik atau rasa sakit yang saya alami selama sakit.					
8.	Saya yakin dapat mengontrol batuk dan sesak napas (jika ada) ketika melakukan kegiatan sehari-hari					
9.	Saya yakin dapat menyimpan perasaan sedih atau bahagia yang saya alami karena sakit					
10.	Saya yakin dapat melakukan sesuatu untuk membuat diri saya merasa lebih baik ketika saya merasa sakit, sedih, atau tak bahagia.					

Lampiran 12.

Tabulasi Variabel Dukungan Keluarga

No.	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	TOTAL	KATEGORI
1	3	3	2	2	3	2	2	2	3	3	2	2	29	Positif
2	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	31	Positif
3	2	2	3	2	3	2	2	2	3	3	2	2	28	Positif
4	2	2	2	3	3	2	2	2	3	3	2	2	28	Positif
5	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	30	Positif
6	2	2	3	2	3	2	2	2	3	3	2	2	28	Positif
7	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	31	Positif
8	3	3	3	2	3	3	3	0	3	3	3	1	30	Positif
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	36	Positif
10	2	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	31	Positif
11	2	2	3	3	2	2	2	3	3	2	3	2	29	Positif
12	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	30	Positif
13	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	30	Positif
14	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	31	Positif
15	3	3	2	2	3	2	2	2	3	3	3	3	31	Positif
Total	37	37	39	39	42	36	36	34	41	41	37	34		

Lampiran 13.

Tabulasi Variabel *Self Efficacy*

No.	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	TOTAL	KATEGORI
1	5	5	5	4	5	4	4	5	4	4	45	Tinggi
2	5	2	5	5	3	4	4	4	4	4	40	Tinggi
3	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	49	Tinggi
4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	47	Tinggi
5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	48	Tinggi
6	2	4	5	5	5	5	4	5	5	5	45	Tinggi
7	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	46	Tinggi
8	5	4	4	4	5	4	3	4	4	4	41	Tinggi
9	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	Tinggi
10	4	4	5	5	5	4	4	5	4	4	44	Tinggi
11	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	48	Tinggi
12	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	48	Tinggi
13	4	5	5	5	5	5	3	5	5	5	47	Tinggi
14	5	5	5	5	5	3	5	5	4	5	47	Tinggi
15	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	48	Tinggi
Total	69	67	73	72	72	67	62	68	66	67		

Lampiran 14.

Distribusi Karakteristik Responden dengan *Software* IBM SPSS Statistics 24

Frequency Table

		Alamat_Responden			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Gresik	15	100.0	100.0	100.0

		JenisKelamin_Responden			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	L	8	53.3	53.3	53.3
	P	7	46.7	46.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

		Umur_Responden			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 25 tahun	1	6.7	6.7	6.7
	25 - 35 tahun	5	33.3	33.3	40.0
	> 35 tahun	9	60.0	60.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

		Pendidikan_Responden			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	2	13.3	13.3	13.3
	SLTP	10	66.7	66.7	80.0
	SLTA	3	20.0	20.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Pekerjaan_Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Bekerja	14	93.3	93.3	93.3
	Wiraswasta	1	6.7	6.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

StatusPernikahan_Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Belum	2	13.3	13.3	13.3
	Nikah	13	86.7	86.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Frequency Table

DukunganKeluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Positif	15	100.0	100.0	100.0

Self_Efficacy

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	15	100.0	100.0	100.0

Lampiran 15. Uji Spearman Rho Dukungan Keluarga dan Self Efficacy dengan IBM SPSS Statistics 24

Nonparametric Correlations

Correlations

			Dukungan _Keluarga	Self_Efficacy
Spearman's rho	Dukungan_Kelua rga	Correlation Coefficient	1.000	-.419
		Sig. (2-tailed)	.	.120
		N	15	15
	Self_Efficacy	Correlation Coefficient	-.419	1.000
		Sig. (2-tailed)	.120	.
		N	15	15

