

SKRIPSI

**PERILAKU KEPATUHAN DALAM BEROBAT PADA KLIEN TB PARU
BERBASIS TEORI *HEALTH BELIEF MODEL***

PENELITIAN CROSS SECTIONAL



**Oleh:
LA RAKHMAT WABULA
13111192**

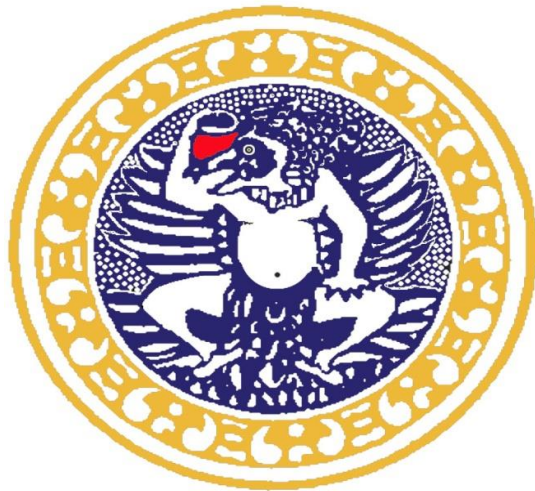
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2013**

SKRIPSI

**PERILAKU KEPATUHAN DALAM BEROBAT PADA KLIEN TB PARU
BERBASIS TEORI *HEALTH BELIEF MODEL***

PENELITIAN CROSS SECTIONAL

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



Oleh:
LA RAKHMAT WABULA
131111192

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2013**

ii

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, 30 Januari 2013
Yang Menyatakan

La Rakhmat Wabula
NIM. 131111192

SKRIPSI

**PERILAKU KEPATUHAN DALAM BEROBAT PADA KLIEN TB PARU
BERBASIS TEORI *HEALTH BELIEF MODEL***

Oleh:

La Rakhmat Wabula
NIM. 131111192

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

Rabu, 23 Januari 2012

Oleh

Pembimbing Ketua

Ninuk DK, SKep.,Ns.,MANP
NIP. 197703162005012001

Pembimbing

Makhfudli, S.Kep., Ns., M.Ked.Trop
NIK. 139040679

Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan I

Mira Triharini, S,Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

SKRIPSI

**PERILAKU KEPATUHAN DALAM BEROBAT PADA KLIEN TB PARU
BERBASIS TEORI *HEALTH BELIEF MODEL***

Oleh:

La Rakhmat Wabula
NIM. 131111192

Telah diuji

Pada tanggal, 30 Januari 2013

PANITIA PENGUJI

- Ketua : Laily Hidayati, S.Kep., Ns., M.Kep (.....)
NIK. 139080822
- Anggota : 1. Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep., Ns., MANP (.....)
NIP. 197703162005012001
2. Makhfudli, S.Kep., Ns., M.Ked.Trop (.....)
NIK. 139040679

Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya kami dapat menyelesaikan proposal dengan judul **“PERILAKU KEPATUHAN DALAM BEROBAT PADA KLIEN TB PARU BERBASIS TEORI *HEALTH BELIEF MODEL*”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

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

1. Ibu Purwaningsih, S.Kp., M.Kes selaku dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu keperawatan.
2. Ibu Mira Triharani, S.Kp., M.Kep selaku wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. Ibu Laily Hidayati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Dewan Penguji Skripsi yang telah memberi bimbingan, saran, petunjuk dalam penyusunan skripsi ini.
4. Bapak Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku Ketua Dewan Penguji Proposal yang telah memberi bimbingan, saran, petunjuk dalam penyusunan skripsi ini.
5. Ibu Ninuk DK, S.Kep., Ns., MANP selaku Pembimbing ketua yang telah memberi bimbingan, saran dan petunjuk dalam penyusunan skripsi ini.

6. Bapak Makhfudli, S.Kep., Ns., M.Ked.Trop selaku Pembimbing yang juga telah memberikan bimbingan, dukungan, saran dan petunjuk dalam penyusunan skripsi ini.
7. Bapak Sriyono, M.Kep., Ns., Sp.Kep. M.B selaku pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan, dukungan, saran dan petunjuk dalam penyusunan skripsi ini.
8. Staf pendidikan, staf perpustakaan, dan staf tata usaha Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah menyediakan fasilitas dan bantuan serta informasi dalam menyelesaikan skripsi ini.
9. drg. F. Henry Christyanto, M.Kes selaku Kepala UPT Rumah Sakit Paru Surabaya yang telah mengizinkan penulis dalam melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Paru Surabaya.
10. Dr. Sri Wahyuni Rochmawati dan staf yang berada di Ruang Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya yang telah membantu dan memfasilitasi selama penulis melaksanakan penelitian.
11. Zulfikar Peluw, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Maluku yang telah memberikan bimbingan, dukungan, saran dan petunjuk dalam penyusunan skripsi ini.
12. Bagi responden yang telah bersedia untuk menjadi bagian dan meluangkan waktunya untuk membantu menyelesaikan skripsi ini.
13. Bapak (AKBP La Daesa) dan mama ku yang tersayang almarhumah (Masnik'ah Binti Mat Saleh) yang telah membesarkan dan susah payah mendidik dan menyekolahkan penulis sampai dengan saat ini, serta memberikan bantuan moril, materil, dan spiritual kepada penulis. Penulis

berjanji akan selalu berbakti dan berusaha agar kalian tetap bangga terhadap anakmu ini.

14. Kakak-kakakku tersayang La Muhammad Wabula, SH, La Abdullah Wabula, SH, dan Baharudin B, SH yang selalu mendo'akan dan memberikan motivasi bagi penulis dalam menyelesaikan studi serta dalam pembuatan skripsi.
15. Sahabatku Mbak Elly, Bunda Atiek, Bunda Ertina, Mbak Devi, Riasi , Mas Dieny dan rekan-rekan Apartement Mulyorejo terima kasih atas dukungan serta bantuan yang kalian berikan dalam penyusunan skripsi ini
16. Teman-teman seangkatan Program B14 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang selalu mendo'akan dan memberikan motivasi bagi penulis dalam menyelesaikan karya tulis ini.
17. Semua pihak yang telah membantu yang tidak bisa disebutkan namanya satu persatu baik yang langsung maupun tidak langsung, penulis ucapkan banyak terima kasih.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis sadari bahwa skripsil ini jauh dari sempurna, tetapi penulis berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, Januari 2013

Penulis,

ABSTRACT

COMPLIANCE BEHAVIOR IN MEDICAL TREATMENT ON LUNGS TB CLIENT-BASED THEORY OF HEALTH BELIEF MODEL

Cross Sectional Study at Pulmonary out Patient Unit – I,
Pulmonary Hospital Surabaya

By: La Rakhmat Wabula

Lungs TB is an infectious disease that is directly caused by mycobacterium tuberculosis. Client compliance is important in building awareness of Lung TB clients to comply the treatment regiments. One method that can be used to boost compliance clients Lungs TB in taking anti tuberculosis is the of behavioral modification by using Health Belief Model (HBM).

The purpose of this research was to analyze the factors that influence compliance behavior to treat Lungs TB client based on the theory of model theory HBM.

This research employed descriptive-analytic designed with cross sectional approach. As many as 28 respondents were recruited as subject in this research by using nonprobability sampling, namely purposive sampling. The data then processed using test chi-square and linear of multiple regression. Statistical significance was assigned at $p \leq 0,05$.

The results show that age, gender, and socioeconomic status of respondents have no relation with perception of seriousness and perceived threat wit p value of $p = 0,106$, $p = 0,508$, and $p = 0,329$ respectively. On the other hand, respondents knowledge had a significant influence on perception of seriousness and perceived threat ($p = 0,021$). Further more the perceived benefits and perceived barriers influenced the medication adherence of TB clients ($p = 0,011$). But perception of seriousness and perceived threat had no influence on medication adherence of TB client ($p = 0,233$).

In conclusion, knowledge has a significant relation perceived threat and seriousness; perceived benefit and barrier have a significant influence on clients compliance in TB medication adherence.

Keywords: *compliance behavior, lungs TB, health belief model, TB medication, medication adherence*

DAFTAR ISI

| | |
|--|-----------|
| Halaman Judul dan Prasyarat Gelar..... | i |
| Lembaran Pernyataan..... | iii |
| Lembaran Persetujuan | iv |
| Lembaran Penetapan Panitia Penguji..... | iv |
| Ucapan Terima Kasih..... | vi |
| <i>Abstract</i> | ix |
| Daftar Isi..... | x |
| Daftar Gambar..... | xii |
| Daftar Tabel..... | xiii |
| Daftar Lampiran..... | xvi |
| Daftar Lambang, Singkatan, dan Istilah..... | xvii |
| | |
| BAB 1 PENDAHULUAN..... | 1 |
| 1.1 Latar Belakang..... | 1 |
| 1.2 Identifikasi Masalah..... | 4 |
| 1.3 Rumusan Masalah..... | 4 |
| 1.4 Tujuan Penelitian..... | 4 |
| 1.4.1 Tujuan umum..... | 4 |
| 1.4.2 Tujuan khusus..... | 5 |
| 1.5 Manfaat Penelitian..... | 5 |
| 1.5.1 Teoritis..... | 5 |
| 1.5.2 Praktis..... | 6 |
| 1.6 Keaslian Penelitian..... | 6 |
| | |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA..... | 12 |
| 2.1 Konsep TB Paru..... | 12 |
| 2.1.1 Definisi TB Paru..... | 12 |
| 2.1.2 Klasifikasi dan tipe klien TB Paru..... | 13 |
| 2.1.3 Manifestasi klinik..... | 16 |
| 2.1.4 Diagnosis/pemeriksaan penunjang..... | 17 |
| 2.1.5 Penatalaksanaan..... | 19 |
| 2.1.6 Terapi pembedahan..... | 26 |
| 2.2 Konsep Kepatuhan..... | 28 |
| 2.2.1 Definisi kepatuhan..... | 28 |
| 2.2.2 Perubahan sikap dan perilaku (teori kelman)... | 28 |
| 2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan.. | 30 |
| 2.2.4 Strategi untuk meningkatkan kepatuhan..... | 33 |
| 2.2.5 Pengukuran kepatuhan..... | 34 |
| 2.2.6 Kepatuhan dalam berobat..... | 35 |
| 2.3 Konsep Teori <i>Health Belief Model</i> (HBM)..... | 40 |
| 2.3.1 Sejarah..... | 40 |
| 2.3.2 Definisi..... | 41 |
| 2.3.3 Kerangka Teori <i>Health Belief Model</i> (HBM)... | 41 |

| | |
|--|-----|
| BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS..... | 57 |
| 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian..... | 57 |
| 3.2 Hipotesis..... | 58 |
| BAB 4 METODE PENELITIAN..... | 59 |
| 4.1 Rancangan Penelitian..... | 59 |
| 4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel (<i>sample size</i>) dan Teknik Pengambilan Sampel..... | 60 |
| 4.2.1 Populasi..... | 60 |
| 4.2.2 Sampel..... | 60 |
| 4.2.3 Besar sampel (<i>sample size</i>)..... | 60 |
| 4.2.4 Teknik pengambilan sampel | 61 |
| 4.3 Variabel Penelitian | 61 |
| 4.3.1 Variabel independen | 62 |
| 4.3.2 Variabel dependen | 62 |
| 4.3.3 Definisi operasional | 63 |
| 4.4 Instrumen Penelitian | 70 |
| 4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian..... | 75 |
| 4.6 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data..... | 75 |
| 4.7 Kerangka Operasional..... | 77 |
| 4.8 Cara Analisis Data..... | 78 |
| 4.9 Masalah Etik (<i>Ethical Clearance</i>)..... | 79 |
| 4.9.1 Lembar persetujuan menjadi responden (<i>informed consent</i>)..... | 79 |
| 4.9.2 Tanpa nama (<i>anonymity</i>)..... | 79 |
| 4.9.3 Kerahasiaan (<i>confidentiality</i>)..... | 80 |
| 4.10 Keterbatasan..... | 80 |
| BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN..... | 81 |
| 5.1 Hasil..... | 81 |
| 5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian..... | 82 |
| 5.1.2 Karakteristik demografi responden..... | 84 |
| 5.1.3 Variabel yang diukur..... | 85 |
| 5.2 Pembahasan..... | 97 |
| BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN..... | 107 |
| 6.1 Simpulan..... | 107 |
| 6.2 Saran..... | 108 |
| Daftar Pustaka..... | 109 |
| Lampiran..... | 111 |

DAFTAR GAMBAR

| | | | |
|--------|-----|--|----|
| Gambar | 2.1 | Hasil Foto Thoraks Klien TB Paru | 18 |
| Gambar | 2.2 | Stretcher, V., Rosenstock I.M. (1997). The Health Belief Model. In Glanz K., Lewis F.M., & Rinner B.K., (Eds) <i>Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice</i> . San Fransisco: Jossey-Bass. Reprinted with permission. In Jones & Bartlett (n.d.)..... | 56 |
| Gambar | 3.1 | Kerangka Konseptual Perilaku Kepatuhan Klien TB Paru dalam Berobat Berbasis Teori <i>Health Belief Model</i> di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012..... | 57 |
| Gambar | 4.1 | Kerangka Operasional Perilaku Kepatuhan dalam Berobat pada Klien TB Paru Berbasis Teori <i>Health Belief Model</i> di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012..... | 77 |

DAFTAR TABEL

| | | | |
|-------|------|--|----|
| Tabel | 1.1 | Prevalensi ketidakpatuhan Klien TB Paru dalam berobat di Rumah Sakit Paru Surabaya Tahun 2009-Juni 2012.... | 1 |
| Tabel | 1.2 | Keaslian Penelitian..... | 7 |
| Tabel | 2.1 | Diet TKTP Lunak Pada Penderita Dengan TB Paru..... | 19 |
| Tabel | 2.2 | Jenis, Sifat, dan Dosis OAT..... | 21 |
| Tabel | 2.3 | Dosis paduan OAT KDT Kategori I: 2(HRZE)/4(HR)3..... | 23 |
| Tabel | 2.4 | Dosis paduan OAT Kombipak Kategori I: 2HRZE/4H3R3..... | 23 |
| Tabel | 2.5 | Dosis paduan OAT Kombipak Kategori II: 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HR)3E3..... | 23 |
| Tabel | 2.6 | Dosis paduan OAT Kombipak Kategori II: 2HRZES/HRZE/5H3R3E3..... | 24 |
| Tabel | 2.7 | Dosis KDT Sisipan: (HRZE)..... | 24 |
| Tabel | 2.8 | Dosis OAT Kombipak Sisipan: HRZE..... | 25 |
| Tabel | 2.9 | Panduan Penggunaan OAT..... | 25 |
| Tabel | 2.10 | Efek Samping Ringan OAT..... | 26 |
| Tabel | 2.11 | Efek Samping Berat OAT..... | 27 |
| Tabel | 4.1 | Variabel Independen dan Dependen Perilaku Kepatuhan dalam Berobat pada Klien TB Paru Berbasis Teori <i>Health Belief Model</i> di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012..... | 62 |
| Tabel | 4.2 | Definisi Operasional Perilaku Kepatuhan dalam Berobat pada Klien TB Paru Berbasis Teori <i>Health Belief Model</i> di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012..... | 64 |

| | | | |
|-------|-----|---|----|
| Tabel | 4.3 | Rekapitulasi Uji Validitas Item Instrumen Penelitian Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru Berbasis Teori <i>Health Belief Model</i> di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember | 73 |
| Tabel | 4.4 | Rekapitulasi Uji Reliabilitas Item Instrumen Penelitian Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru Berbasis Teori <i>Health Belief Model</i> di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012..... | 75 |
| Tabel | 5.1 | Karakteristik Responden TB Paru Berdasarkan Usia di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012..... | 84 |
| Tabel | 5.2 | Karakteristik Responden TB Paru Berdasarkan Jenis Kelamin di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012..... | 84 |
| Tabel | 5.3 | Karakteristik Responden TB Paru Berdasarkan Sosio-ekonomi di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012..... | 85 |
| Tabel | 5.4 | Hubungan Usia dengan Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan pada klien TB Paru di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012..... | 86 |
| Tabel | 5.5 | Hubungan Jenis kelamin dengan Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan pada klien TB Paru di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012..... | 87 |
| Tabel | 5.6 | Hubungan Sosio-ekonomi dengan Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan pada klien TB Paru di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012..... | 88 |
| Tabel | 5.7 | Uji Normalitas Data dengan <i>Kolmogorov-Smirnov Test</i> di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012..... | 88 |
| Tabel | 5.8 | Descriptive Statistics Pengaruh Faktor Pengetahuan terhadap Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan pada klien TB Paru di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012..... | 89 |

| | | | |
|-------|------|---|----|
| Tabel | 5.9 | ANOVA ^b Pengaruh Faktor Pengetahuan terhadap Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan pada klien TB Paru di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012..... | 90 |
| Tabel | 5.10 | Descriptive Statistics Pengaruh Persepsi Manfaat yang Dirasakan dan Kerugian/Hambatan yang Dirasakan terhadap Perilaku Kepatuhan Berobat pada klien TB Paru di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012..... | 92 |
| Tabel | 5.11 | ANOVA ^b Pengaruh Persepsi Manfaat yang Dirasakan dan Kerugian/Hambatan yang Dirasakan terhadap Perilaku Kepatuhan Berobat pada klien TB Paru di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012..... | 93 |
| Tabel | 5.12 | Descriptive Statistics Pengaruh Persepsi Keseriusan dan Ancaman Yang Dirasakan terhadap Perilaku Kepatuhan Berobat pada klien TB Paru di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012..... | 95 |
| Tabel | 5.13 | ANOVA ^b Pengaruh Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan terhadap Perilaku Kepatuhan Berobat pada klien TB Paru di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012..... | 96 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | | |
|-------------|--|-----|
| Lampiran 1 | Rencana Jadwal Kegiatan Penelitian..... | 111 |
| Lampiran 2 | Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian..... | 112 |
| Lampiran 3 | Permohonan Bantuan Fasilitas Untuk Pengambilan Data Pendahuluan..... | 113 |
| Lampiran 4 | Surat Keterangan Penelitian..... | 114 |
| Lampiran 5 | Permintaan Menjadi Responden..... | 115 |
| Lampiran 6 | Lembar Persetujuan Menjadi Responden..... | 116 |
| Lampiran 7 | Kuesioner Penelitian..... | 117 |
| Lampiran 8 | Rekapitulasi Uji Validitas Item Instrumen Penelitian Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru Berbasis Teori <i>Health Belief Model</i> di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012..... | 126 |
| Lampiran 9 | Tabulasi Data Umum Hasil Penelitian..... | 128 |
| Lampiran 10 | Tabulasi Data Khusus Hasil Penelitian..... | 125 |
| Lampiran 11 | Hasil Pengolahan Data Statistik..... | 131 |

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

| | | |
|-----------------|---|--|
| % | = | Persen |
| °C | = | Derajat Celcius |
| Badan POM RI | = | Badan Pengawas Obat dan Makanan Republik Indoensia |
| BCG | = | <i>Bacillus Calmette et Guerin</i> |
| BTA | = | Basil Tahan Asam |
| CDR | = | <i>Case Detection Rate</i> |
| Dirjen PPM & PL | = | Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan |
| DOTS | = | <i>Strategi Directly Observed Treatment Short-Course</i> |
| E | = | <i>Ethambutol Hydrochloride</i> |
| H | = | <i>Isoniazid</i> |
| HIV | = | <i>Human Immunodeficiency Virus</i> |
| IgG | = | <i>Imunoglobulin G</i> |
| KDT | = | Kombinasi Dosis Tetap |
| Kemendes RI | = | Kementerian Kesehatan Republik Indonesia |
| LED | = | Laju Endap Darah |
| MDR | = | <i>Multi Drug Resistance</i> (kekebalan ganda terhadap obat) |
| OAT | = | Obat Anti Tuberkulosis |
| PAP | = | <i>Peroksidase Anti Peroksidase</i> |
| PMO | = | Pengawas Menelan Obat |
| PPOK | = | Penyakit Paru Obstruksi Kronik |
| R | = | Rifampisin/ <i>Rimfampicin</i> |
| S | = | <i>Streptomycin</i> |
| TB Paru | = | Tuberkulosis Paru |
| TKTP Lunak | = | Tinggi Karbohidrat Tinggi Protein pemnberiannya dalam bentuk lunak |
| WHO | = | <i>World Health Organization</i> |
| Z | = | <i>Pyrazinamide</i> |

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kemendes RI (2011) mengemukakan bahwa TB Paru adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Sebagian besar kuman TB Paru menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. TB Paru membutuhkan pengobatan jangka panjang untuk mencapai kesembuhan. Tipe pengobatan jangka panjang menyebabkan klien tidak patuh dalam menjalani pengobatan.

Berdasarkan laporan tiga penyakit terbanyak di Rumah Sakit Paru Surabaya tahun 2010-Juli 2012, terlihat bahwa TB Paru menempati urutan pertama dengan jumlah penderita 1140 orang (64%), diabetes mellitus urutan kedua dengan jumlah 440 orang (24,6%), dan PPOK berada pada urutan ketiga dengan jumlah 204 orang (11,4%).

Tabel 1.1 Prevalensi ketidakpatuhan Klien TB Paru dalam berobat di Rumah Sakit Paru Surabaya Tahun 2009-Juni 2012

| Tahun | Σ | Tidak Patuh Dalam Berobat | % |
|-------------------|----------|------------------------------|------|
| 2009 | 407 | 318 | 78,1 |
| 2010 | 334 | 259 | 77,5 |
| 2011 | 286 | 204 | 71,3 |
| Januari-Juni 2012 | 155 | 135 | 87,1 |

Sumber: *Data Primer, 2009-2012*

Dari gambaran data diatas terlihat bahwa jumlah klien TB Paru yang tidak patuh dalam berobat di Rumah Sakit Paru Surabaya dari tahun ke tahun mengalami peningkatan dan penurunan yang tidak stabil, khususnya terkait pada bulan Januari-Juni 2012 terlihat peningkatan yang tajam. Namun, faktor yang

mempengaruhi perilaku kepatuhan berobat klien TB Paru belum dapat dijelaskan/diketahui. (Rumah Sakit Paru Surabaya, 2010-Juli 2012).

Menurut WHO pada tahun 2009 sampai saat ini Indonesia merupakan negara dengan klien TB Paru terbanyak ke-5 di dunia setelah India, Cina, Afrika Selatan dan Nigeria. Diperkirakan jumlah klien TB Paru di Indonesia sekitar 5,8% dari total jumlah klien TB Paru didunia. Diperkirakan, setiap tahun ada 429.730 kasus baru dan kematian 62.246 orang. Insidensi kasus TB Paru BTA positif sekitar 102 per 100.000 penduduk. Pada tahun 2009, prevalensi HIV pada kelompok TB Paru di Indonesia sekitar 2,8%. Kekebalan ganda kuman TB Paru terhadap obat anti TB Paru (*Multi Drug Resistance* = MDR) diantara kasus TB Paru baru sebesar 2%, sementara MDR diantara kasus pengobatan ulang sebesar 20% (Kemenkes RI, 2011).

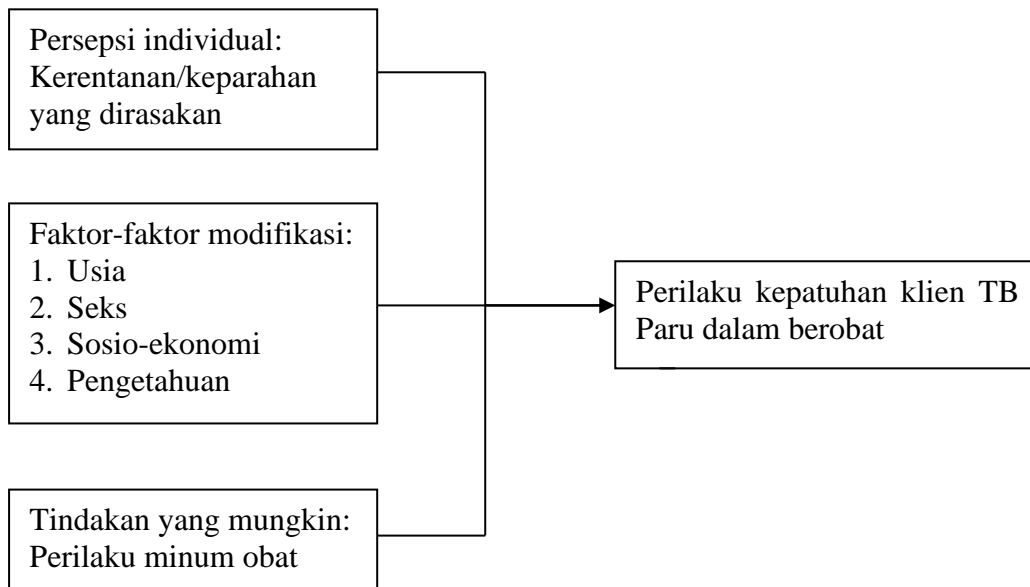
Dinkes Provinsi Jawa Timur (2011) melaporkan bahwa Provinsi Jawa Timur menempati urutan kedua di Indonesia dalam jumlah penderita TB Paru BTA positif kasus baru dibawah Provinsi Jawa Barat, sedangkan untuk semua tipe menduduki peringkat ketiga adalah Jawa Tengah. Pada tahun 2011 jumlah seluruh kasus TB Paru sebanyak 41.467 kasus dan 26.062 diantaranya adalah TB Paru BTA positif. Adapun angka penemuan kasus baru BTA positif CDR (*Case Detection Rate*) tahun 2011 di Jawa Timur sebesar 64,7%, masih dibawah target 70%. Untuk angka kesembuhan tahun 2011 sebesar 84,7% (target 89,7%). Angka tersebut didapatkan dari data penderita yang diobati pada tahun 2011 yang telah menyelesaikan pengobatannya. Problem TB Paru di Jawa Timur bertambah dengan ditemukan kasus TB Paru yang kebal Obat anti TB Paru (*Multiple Drug Resistant TB* atau MDR TB).

Badan POM RI (2006) menyatakan bahwa banyak faktor berhubungan dengan kepatuhan terhadap terapi TB Paru, meliputi: 1) Faktor struktural dan ekonomi; 2) Faktor klien (umur, jenis kelamin dan suku/ras); 3) Pengetahuan mengenai penyakit tuberkulosis dan keyakinan terhadap efek samping obatnya; 4) Kompleksitas regimen; 5) Dukungan dari petugas pelayanan kesehatan; dan 6) Cara pemberian pelayanan kesehatan.

Kepatuhan klien sangatlah penting dalam membangun kesadaran untuk melaksanakan pengobatan TB Paru sampai selesai. Oleh karena itu dalam penanggulangan TB Paru diperlukan suatu pendiskripsian bagi klien TB Paru dalam menyampaikan informasi tentang TB Paru dan pengobatannya. Dengan demikian diharapkan kepatuhan terhadap pengobatan TB Paru dapat terlaksana secara maksimal dan mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia (Kemenkes RI, 2011). Salah satu metode yang dapat digunakan untuk meningkatkan kepatuhan klien TB Paru dalam minum obat anti tuberkulosis adalah teori *Health Belief Model* (HBM), yaitu suatu model yang digunakan untuk memodifikasi perilaku kesehatan pada masyarakat (Becker, 1974; Susan B, 2002 dalam Purwanti, 2012). Menurut Rosenstock (1997), Sharifirad (2007) dalam Purwanti (2012), HBM memiliki enam konstruksi yaitu persepsi kerentanan, persepsi tingkat keparahan, manfaat yang dirasakan, hambatan, *self efficacy*, dan isyarat bertindak.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis ingin menganalisis perilaku kepatuhan klien TB Paru dalam minum obat anti tuberkulosis di Rumah Sakit Paru Surabaya dengan pendekatan teori *Health Belief Model*.

1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi Masalah berdasarkan Teori *Health Belief Model*

1.3 Rumusan Masalah

Apakah ada faktor yang mempengaruhi perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru berbasis Teori *Health Belief Model*?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Menganalisis berbagai faktor yang mempengaruhi perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru berbasis Teori *Health Belief Model*.

1.4.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi hubungan faktor usia dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan.
2. Mengidentifikasi hubungan faktor jenis kelamin dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan.
3. Mengidentifikasi hubungan faktor sosio-ekonomi dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan.
4. Menganalisis pengaruh faktor pengetahuan terhadap persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan.
5. Menganalisis pengaruh persepsi manfaat dan kerugian/hambatan yang dirasakan terhadap perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru.
6. Menganalisis pengaruh persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan terhadap perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Teoritis

Hasil penulisan ini diharapkan dapat memberikan sumbangan bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan ilmu kesehatan serta teori-teori kesehatan, khususnya tentang hubungan perilaku kepatuhan klien TB Paru dalam minum obat anti tuberkulosis di Rumah Sakit Paru Surabaya dengan pendekatan teori *Health Belief Model*.

1.5.2 Praktis

1. Institusi Rumah Sakit

Untuk mengembangkan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam membantu petugas Rumah Sakit dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan ilmu dan keterampilan yang terus diperbaharui di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya.

2. Institusi Pendidikan

Hasil penulisan ini dapat menjadi bahan kepustakaan dalam mengembangkan ilmu pengetahuan keperawatan, sehingga pendidikan akan menghasilkan tenaga keperawatan yang terampil dan profesional.

3. Penderita dan Keluarga

Sebagai bahan rujukan atau pedoman bagi penderita dan keluarga dalam menangani penyakit penderita secara mandiri setelah kepulangannya dari RS.

1.6 Keaslian penelitian

Penelitian tentang TB Paru telah beberapa kali dilakukan dan masing-masing mempunyai spesifikasi dan perbedaan. Adapun beberapa penelitian tentang TB Paru yang pernah dilakukan.

Tabel 1.2 Keaslian Penelitian

| No. | Judul Penelitian | Metode | | | | | |
|-----|---|--|--|---|--|--|--|
| | | Desain | Sampel | Variabel | Instrumen | Analisa | Hasil |
| 1. | Hubungan pengetahuan pasien tuberculosis paru dengan kepatuhan pelaksanaan program DOTS di Puskesmas Pegirian Surabaya (Tity, 2010). | Penelitian deskriptif | Total <i>sampling</i> dengan jumlah 27 responden | Independen: Pengetahuan Dependen: Kepatuhan dalam melaksanakan program DOTS | Kuisisioner | Uji statistik <i>correlation spearman rho</i> | Ada hubungan pengetahuan pasien tuberculosis paru dengan kepatuhan pelaksanaan program DOTS di Puskesmas Pegirian Surabaya |
| 2. | Hubungan sikap pasien tentang Tuberkulosis Paru dengan tingkat kepatuhan dalam pelaksanaan DOTS di Puskesmas Japah Kabupaten Blora (Luar, 2007). | Penelitian deskriptif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> | Total <i>sampling</i> dengan jumlah 33 responden | Independen: Sikap Dependen: Kepatuhan pelaksanaan DOTS | Kuisisioner dan angket | <i>Chi-square</i> | Ada hubungan sikap pasien tentang Tuberkulosis Paru dengan tingkat kepatuhan dalam pelaksanaan DOTS di Puskesmas Japah Kabupaten Blora |
| 3. | Faktor yang mempengaruhi konversi BTA pada pasien tuberculosis paru dengan strategi DOTS kategori 1 di Puskesmas Pegirian Kecamatan Semampir Kota Surabaya (Makhfudli, 2010). | <i>Retrospective study (case control)</i> | <i>Unmatched case control</i> dengan perbandingan 1:1 (kasus:kontrol) dengan jumlah minimal 33 responden | Independen: 1. Karakteristik penderita: umur, jenis kelamin, pekerjaan, dan tingkat pendidikan 2. Faktor risiko: pengetahuan, kepatuhan dalam berobat, penyakit penyerta, status gizi, dan peran pengawas | Kuisisioner, timbang badan, dan meteran Metode <i>backward stepwise</i> | Secara deskriptif dan secara analitik dengan menggunakan uji statistik regresi logistic dengan | 1. Terdapat hubungan yang bermakna antara faktor pengetahuan pasien tentang penyakit tuberculosis paru dengan konversi BTA pada pasien tuberculosis paru strategi DOTS kategori 1 di Puskesmas Pegirian Kecamatan Semampir Kota Surabaya |

| No. | Judul Penelitian | Metode | | | | | |
|-----|------------------|--------|--------|--------------------|-----------|---------|--|
| | | Desain | Sampel | Variabel | Instrumen | Analisa | Hasil |
| | | | | menelan obat (PMO) | | | <p>2. Terdapat hubungan antara kepatuhan pasien dalam berobat dengan konversi BTA pada pasien tuberculosis paru strategi DOTS kategori 1 di Puskesmas Pegirian Kecamatan Semampir Kota Surabaya</p> <p>3. Terdapat hubungan antara status gizi pasien (berat badan) dengan konversi BTA pada pasien tuberculosis paru strategi DOTS kategori 1 di Puskesmas Pegirian Kecamatan Semampir Kota Surabaya</p> <p>Terdapat hubungan antara peran pengawas menelan obat (PMO) dengan konversi BTA pada pasien tuberculosis paru strategi DOTS kategori 1 di Puskesmas Pegirian Kecamatan Semampir Kota Surabaya</p> <p>4. Tidak ada hubungan antara penyakit penyerta pasien dengan konversi BTA pada pasien tuberculosis paru strategi DOTS kategori 1 di Puskesmas Pegirian Kecamatan Semampir Kota Surabaya</p> |

| No. | Judul Penelitian | Metode | | | | | |
|-----|--|---------------------------|--|--|--------------------------------|--|---|
| | | Desain | Sampel | Variabel | Instrumen | Analisa | Hasil |
| 4. | Kepatuhan pasien DM tipe 2 merawat kaki diabetik dengan manajemen diabetes mandiri melalui pendekatan <i>Health Belief Model</i> (Purwanti, 2012). | <i>Quasy experimental</i> | <i>Consecutive sampling</i> dengan jumlah 72 orang | Independen: Manajemen diabetes mandiri, pengetahuan, sikap yang meliputi: persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, persepsi hambatan, dan tindakan. Dependen: Kepatuhan pasien DM tipe | <i>Booklet</i> dan kuisisioner | Data umum responden dianalisis dengan uji <i>anova, chi square</i> dan <i>kruskal wallis</i> . Data khusus responden dianalisis dengan <i>Wilcoxon sign rank test</i> . Untuk menganalisis pengaruh manajemen diabetes mandiri | 5. Adanya hubungan antara responden dengan pengetahuan, kepatuhan, status gizi (BB), dan peran PMO dengan konversi BTA pada pasien tuberculosis paru strategi DOTS kategori 1 1. Ada perubahan yang meningkat dalam pelaksanaan diabetes mandiri pasien DM tipe 2 dengan kaki diabetik grade 0, grade 1, dan grade 2-5 dalam merawat kaki diabetik. 2. Ada perubahan yang meningkat tentang pengetahuan pasien DM tipe 2 dengan kaki diabetik grade |

| No. | Judul Penelitian | Metode | | | | |
|-----|------------------|--------|--------|--|--|---|
| | | Desain | Sampel | Variabel | Instrumen | Analisa |
| | | | | 2 dalam melakukan perawatan kaki diabetik. | terhadap kepatuhan digunakan uji spearman's rho. Untuk analisis pengaruh data umum terhadap kepatuhan digunakan uji chi square. | 0, garade 1, dan grade 2-5 dalam merawat kaki diabetik. Ada perubahan yang meningkat tentang persepsi kerentanan pada pasien DM tipe 2 dengan kaki diabetic grade 0, garade 1, dan grade 2-5 dalam merawat kaki diabetik. 3. Ada perubahan yang meningkat tentang persepsi keseriusan pada pasien DM tipe 2 dengan kaki diabetic grade 0, garade 1, dan grade 2-5 dalam merawat kaki diabetik. 4. Ada perubahan yang meningkat tentang persepsi manfaat pada pasien DM tipe 2 dengan kaki diabetic grade 0, garade 1, dan grade 2-5 dalam merawat kaki diabetik. 5. Ada penurunan persepsi hambatan pada pasien DM tipe 2 dengan kaki diabetic grade 0, garade 1, dan grade 2-5 dalam merawat kaki diabetik. 6. Ada perubahan yang meningkat tentang kepatuhan pasien DM |

| No. | Judul Penelitian | Metode | | | | | |
|-----|------------------|--------|--------|----------|-----------|---------|---|
| | | Desain | Sampel | Variabel | Instrumen | Analisa | Hasil |
| | | | | | | | <p>tipe 2 dengan kaki diabetic grade 0, grade 1, dan grade 2-5 dalam merawat kaki diabetik.</p> <p>7. Manajemen diabetes mandiri dapat meningkatkan kepatuhan merawat kaki diabetic pada pasien DM tipe 2 dengan kaki diabetic grade 1 dan grade 2-5 melalui pendekatan <i>Health Belief Model</i>.</p> |

Penelitian yang akan dilakukan oleh penulis adalah perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru berbasis Teori *Health Belief Model*.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep TB Paru

2.1.1 Definisi TB Paru

TB Paru adalah suatu infeksi akibat *Mycobacterium tuberculosis* yang dapat menyerang berbagai organ, terutama paru-paru, dengan gejala yang sangat bervariasi (Junaidi, 2010).

Tabrani (2010) berpendapat bahwa TB Paru adalah penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yakni kuman aerob yang dapat hidup terutama di paru atau di berbagai organ tubuh yang lainnya yang mempunyai tekanan parsial oksigen yang tinggi. Kuman ini juga mempunyai kandungan lemak yang tinggi pada membran selnya sehingga menyebabkan bakteri ini menjadi tahan terhadap asam dan pertumbuhan dari kumannya berlangsung dengan lambat. Bakteri ini tidak tahan terhadap ultraviolet, karena itu penularannya terutama terjadi pada malam hari.

Somantri (2008 & 2009) menjelaskan bahwa TB Paru merupakan penyakit infeksi yang menyerang parenkim paru-paru yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini dapat juga menyebar ke bagian tubuh lain seperti meningen, ginjal, tulang, dan nodus limfe. Tuberkulosis pada manusia ditemukan dalam dua bentuk, yaitu:

1. Tuberkulosis primer, jika terjadi pada infeksi yang pertama kali.
2. Tuberkulosis sekunder, kuman yang dorman pada tuberkulosis primer akan aktif setelah bertahun-tahun kemudian sebagai infeksi endogen menjadi

tuberkulosis dewasa. Mayoritas terjadi karena adanya penurunan imunitas, misalnya karena malnutrisi, penggunaan alkohol, penyakit maligna, diabetes, AIDS, dan gagal ginjal.

2.1.2 Klasifikasi dan tipe klien TB Paru

Kemenkes RI (2011) memaparkan bahwa penentuan klasifikasi penyakit dan tipe pasien tuberkulosis memerlukan suatu “definisi kasus” yang meliputi empat hal, yaitu: 1) lokasi atau organ tubuh yang sakit: paru atau ekstra paru; 2) bakteriologi (hasil pemeriksaan dahak secara mikroskopis): BTA positif atau BTA negatif; 3) riwayat pengobatan TB Paru sebelumnya, pasien baru atau sudah pernah diobati; dan 4) status HIV pasien. Tingkat keparahan penyakit: ringan atau berat. Saat ini sudah tidak dimasukkan dalam penentuan definisi kasus.

Kemenkes RI (2011) menyebutkan manfaat dan tujuan menentukan klasifikasi dan tipe adalah: 1) menentukan paduan pengobatan yang sesuai, untuk mencegah pengobatan yang tidak adekuat (*undertreatment*), menghindari pengobatan yang tidak perlu (*overtreatment*); 2) melakukan registrasi kasus secara benar; 3) standarisasi proses (tahapan) dan pengumpulan data; 4) menentukan prioritas pengobatan TB, dalam situasi dengan sumber daya yang terbatas; 5) analisis kohort hasil pengobatan, sesuai dengan definisi klasifikasi dan tipe; 6) memonitor kemajuan dan mengevaluasi efektifitas program secara akurat, baik pada tingkat kabupaten, provinsi, nasional, regional maupun dunia.

Kemenkes RI (2011) menjelaskan beberapa istilah dalam definisi kasus, meliputi: 1) kasus TB Paru: pasien TB yang telah dibuktikan secara mikroskopis atau didiagnosis oleh dokter atau petugas TB Paru untuk diberikan pengobatan

TB; dan 2) kasus TB Paru pasti (definitif) : pasien dengan biakan positif untuk *Mycobacterium tuberculosis* atau tidak ada fasilitas biakan, sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.

Kemenkes RI (2011) memaparkan klasifikasi dan tipe klien TB Paru, antara lain:

1. Klasifikasi berdasarkan organ tubuh (*anatomical site*) yang terkena:
 - a. Tuberkulosis paru (TB Paru). TB Paru adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan (parenkim) paru. tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus.
 - b. Tuberkulosis ekstra paru. TB Paru yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (pericardium), kelenjar limfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain. Pasien dengan TB Paru dan TB ekstraparu diklasifikasikan sebagai TB Paru.
2. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis, keadaan ini terutama ditujukan pada TB Paru:
 - a. Tuberkulosis paru BTA positif.
 - 1) Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.
 - 2) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran tuberkulosis.
 - 3) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB Paru positif.

- 4) 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.

b. Tuberkulosis paru BTA negatif

Kasus yang tidak memenuhi definisi pada TB Paru BTA positif.

Kriteria diagnostik TB paru BTA negatif harus meliputi:

- 1) Paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif.
- 2) Foto toraks abnormal sesuai dengan gambaran tuberkulosis.
- 3) Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT, bagi pasien dengan HIV negatif.
- 4) Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan.

3. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya

Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya disebut sebagai tipe pasien, yaitu:

a. Kasus baru

Adalah pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu). Pemeriksaan BTA bisa positif atau negatif.

b. Kasus yang sebelumnya diobati

1) Kasus kambuh (*Relaps*)

Adalah pasien tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, didiagnosis kembali dengan BTA positif (apusan atau kultur).

2) Kasus setelah putus berobat (*Default*)

Adalah pasien yang telah berobat dan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif.

3) Kasus setelah gagal (*Failure*)

Adalah pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.

c. Kasus Pindahan (*Transfer In*)

Adalah pasien yang dipindahkan keregister lain untuk melanjutkan pengobatannya.

d. Kasus lain

Adalah semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan diatas, seperti yang tidak diketahui riwayat pengobatan sebelumnya, pernah diobati tetapi tidak diketahui hasil pengobatannya, dan kembali diobati dengan BTA negatif.

2.1.3 Manifestasi klinik

Junaidi (2010) menguraikan gejala TB Paru yang timbul pada bayi dan anak dapat berupa: 1) demam; 2) tampak mengantuk; 3) tidak kuat menghisap; 4) gangguan pernapasan; 5) gagal berkembang (tidak terjadi penambahan berat badan); dan 6) pembesaran hati dan limpa karena organ ini menyaring bakteri tuberkulosis sehingga menyebabkan aktivasi sel-sel darah putih. Sementara itu, gejala TB Paru yang timbul pada orang dewasa berupa: 1) batuk lebih dari 4 minggu, dengan atau tanpa dahak (sputum) hal ini terjadi karena adanya iritasi pada bronkus, batuk ini untuk membuang/mengeluarkan produksi radang, dimulai

dari batuk kering sampai batuk purulenta (menghasilkan sputum); 2) *malaise* ditemukan berupa anoreksia, nafsu makan menurun, BB menurun, sakit kepala, nyeri otot dan keringat di waktu malam hari; 3) demam ringan berkisar 40-41 °C; dan 4) nyeri di bagian dada, hal ini jarang ditemukan tetapi nyeri timbul bila infiltrasi radang sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis.

Tabrani (2010) memaparkan bahwa tanda-tanda klinis dari TB Paru adalah terdapatnya keluhan-keluhan berupa: 1) batuk; 2) sputum mukoid atau purulen; 3) nyeri dada; 4) hemoptisis; 5) dispnoe; 6) demam dan berkeringat, terutama pada malam hari; 7) berat badan berkurang; 8) anoreksia; 9) *malaise*; 10) ronki basah di apeks paru; dan 11) mengi (*wheezing*) yang terlokalisir.

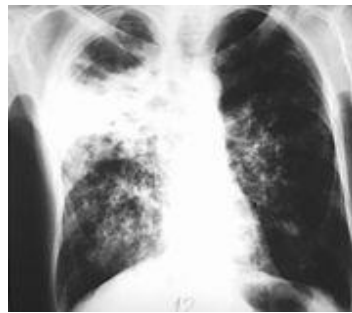
Alsagaff (2006) berpendapat bahwa gejala-gejala umum yang terjadi pada TB Paru, yaitu: 1) panas dalam; 2) menggigil; 3) keringat malam; 4) gangguan menstruasi; 5) anoreksia; dan 6) lemah badan.

2.1.4 Diagnosis/pemeriksaan penunjang

Junaidi (2010) menjelaskan bahwa diagnosis yang ditegakkan berdasarkan gejala dan hasil pemeriksaan fisik.

1. Gambaran gejala klinis TB Paru berupa: a) tahap asimtomatis; b) timbul gejala TB khas, kemudian stagnasi dan regresi; c) kekambuhan/*feksaserbasi* yang memburuk; dan d) gejala berulang dan menjadi kronis.
2. Pada pemeriksaan fisik dapat ditemukan: a) terdapat *secret* di saluran napas dan *ronchi*; b) tanda-tanda infiltrasi: Suara napas yang redup, dan ronkhi basah; dan c) tanda-tanda adanya penarikan paru, diafragma, dan *mediastinum* dada.

3. Pada pemeriksaan laboratorium: pemeriksaan darah rutin memperlihatkan bahwa Laju Endap Darah/LED normal atau meningkat, serta terjadi *limfositosis* (limfosit tinggi).
4. Pada foto thoraks: a) terdapat gambaran lesi di bagian atas paru atau *segmen apical lobus* bawah; b) gambaran berawan (*patchy*) atau bercak (*nodular*); c) Adanya *kavitas* tunggal atau ganda; d) Adanya pengapuran atau kalsifikasi paru; e) Gambaran menetap pada pemeriksaan beberapa minggu kemudian; dan f) Gambaran milier.



Gambar 2.1 Hasil Foto Thoraks Klien TB Paru
Sumber : www.fas.org/irp/imint/docs/rst/Intro/Part2_26b.html

5. Pemeriksaan dahak (sputum): pemeriksaan sputum terhadap Basil Tahan Asam (BTA) yang positif memastikan diagnosis TB Paru. Namun pemeriksaan ini kurang sensitif karena hanya mendeteksi sekitar 30 hingga 70%.
6. Tes PAP (*Peroksidase Anti Peroksidase*): tes ini merupakan uji serologi *imunoperoksidase* menggunakan alat histogen *imunoperoksidase staining* untuk menentukan adanya *Imunoglobulin G (IgG)* spesifik terhadap basil TB
7. Tes *tuberculin/mantoux*: pilihan lain adalah melakukan tes tuberkulin/*mantoux*.

2.1.5 Penatalaksanaan

1. Keperawatan

Dirjen PPM dan PL (2010) perawatan penderita TB paru terdiri atas dua yaitu : a) perawatan bagi infeksi TB paru, meliputi: (1) perawatan bagi infeksi TB paru maupun TB paru aktif berbeda; (2) periode perawatan bagi infeksi TB paru maupun penyakit TB paru aktif berbeda; (3) infeksi TB paru lebih sederhana perawatannya; (4) perawatannya cukup dalam waktu sekitar enam bulan, dan (5) dikenal dengan perawatan pencegahan; b) perawatan bagi TB paru aktif, meliputi: (1) perawatan menggunakan antibiotik; (2) periode perawatan tidak sama dengan infeksi TB paru; (3) perawatannya berkisar enam sampai sembilan bulan dan isolasi ketika dianggap menular; (4) tindakan operasi dikala organ tubuh sudah rusak namun jarang terjadi; (5) istirahat cukup; dan (6) mengikuti saran dokter.

Sulistiyorini, et al. (2007) pada buku pedoman diet menjelaskan bahwa diet untuk penderita dengan TB Paru, yaitu diet TKTP (Tinggi Karbohidrat Tinggi Protein) Lunak, berupa:

Tabel 2.1 Diet TKTP Lunak Pada Penderita Dengan TB Paru

| Waktu dan Jenis Makanan | Berat | URT |
|-------------------------|--------|-------------|
| PAGI | | |
| Nasi Tim/bubur | 200 gr | 10 sdm |
| Daging | 40 gr | 1 ptg |
| Sayuran | 50 gr | ½ gls |
| SIANG | | |
| Nasi Tim/bubur | 300 gr | 15 sdm |
| Daging | 40 gr | 1 ptg |
| Tempe | 30 gr | 1 ptg |
| Sayuran | 50 gr | ½ gls |
| Minyak | 5 gr | ½ sdm |
| Buah | 75 gr | 1 bh pisang |

| Waktu dan Jenis Makanan | Berat | URT |
|-------------------------|--------|-------------|
| MALAM | | |
| Nasi Tim/bubur | 300 gr | 15 sdm |
| Daging | 40 gr | 1 ptg |
| Tempe | 30 gr | 1 ptg |
| Sayuran | 50 gr | ½ gls |
| Minyak | 5 gr | 1 sdm |
| Buah | 75 gr | 1 bh pisang |

Sumber: *Sulistyorini, et al, 2007*

2. Medis

Kemenkes RI (2011) mengemukakan strategi DOTS terdiri dari lima komponen kunci: a) komitmen politis; b) pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya; c) pengobatan jangka pendek yang standar bagi semua kasus TB dengan tatalaksana kasus yang tepat, termasuk pengawasan langsung pengobatan; d) jaminan ketersediaan OAT yang bermutu; dan e) sistem pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan klien dan kinerja program secara keseluruhan.

Strategi DOTS di atas telah dikembangkan oleh Kemitraan global dalam penanggulangan TB (*stop TB partnership*) dengan memperluas strategi DOTS sebagai berikut: a) mencapai, mengoptimalkan dan mempertahankan mutu DOTS; b) merespon masalah TB-HIV, MDR-TB dan tantangan lainnya; c) berkontribusi dalam penguatan sistem kesehatan; d) melibatkan semua pemberi pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta; e) memberdayakan klien dan masyarakat; dan f) melaksanakan dan mengembangkan riset. Pengobatan TB Paru bertujuan untuk menyembuhkan klien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT (Kemenkes RI, 2011). Obat-obat anti tuberculosis, antara lain: a) *isoniazid*

(INH), dosis: 5 mg/Kg BB, PO, efek sampingnya yaitu Periferal neuritis, hepatitis, dan hipersensitivitas; b) *ethambutol hydrochloride* (EMB), dosis: (1) dewasa 15 mg/Kg BB PO, untuk pengobatan ulang mulai dengan 25 mg/Kg BB/hari selama 60 hari, kemudian diturunkan sampai dengan 15 mg/Kg BB/hari; dan (2) anak usia 6-12 tahun 10-15 mg/Kg BB/hari, efek sampingnya yaitu Optik neuritis (dapat sampai menjadi buta) dan *skin rash*; c) rifampisin/*rimfampicin* (RFP), dosis: 10 mg/Kg BB/hari PO, efek sampingnya, yaitu: hepatitis, reaksi demam, purpura, nausea, dan vomiting; dan d) *pyrazinamide* (PZA), dosis: 15-30 mg/Kg BB PO, efek sampingnya yaitu: hiperurikemia, hepatotoksisitas, *skin rash*, artralgia, dan *distress* gastrointestinal (Somantri, 2008).

Tabel 2.2 Jenis, Sifat, dan Dosis OAT

| Jenis OAT | Sifat | Dosis yang direkomendasikan (mg/kg) | |
|------------------|----------------|-------------------------------------|-------------|
| | | Harian | 3x seminggu |
| Isoniazid (H) | Bakterisid | 5 (4-6) | 10 (8-12) |
| Rifampicin (R) | Bakterisid | 10 (8-12) | 10 (8-12) |
| Pyrazinamide (Z) | Bakterisid | 25 (20-30) | 35 (30-40) |
| Streptomycin (S) | Bakterisid | 15 (12-18) | |
| Ethambutol (E) | Bakteriostatik | 15 (15-20) | 20-30) |

Sumber: *Kemenkes RI, 2011*

Pengobatan TB Paru dilakukan dengan prinsip-prinsip sebagai berikut:

a) OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan, jangan gunakan OAT tunggal (monoterapi) pemakaian OAT-Kombinasi Dosis Tetap (OAT-KDT) lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan; b) untuk menjamin kepatuhan klien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung (DOT= *Directly Observed Treatment*) oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO);

c) pengobatan TB Paru diberikan dalam 2 tahap, yaitu: (1) tahap awal (intensif), pada tahap ini penderita mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi obat, bila pengobatan tahap ini diberikan secara tepat biasanya penderita menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu, dan sebagian penderita TB Paru BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) dalam 2 bulan; dan (2) tahap lanjutan, pada tahap ini penderita mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama dan pada tahap ini sangat penting untuk membunuh kuman *persister* sehingga mencegah terjadinya kekambuhan (Kemenkes RI, 2011).

Berikut adalah panduan OAT dan peruntukannya, yakni: a) kategori I, paduan OAT ini diberikan untuk klien baru dengan indikasi: (1) penderita baru TB Paru BTA positif; (2) penderita TB Paru BTA negatif foto toraks positif; (3) penderita TB ekstra paru; b) kategori II, paduan OAT ini diberikan untuk klien BTA positif yang telah diobati sebelumnya: (1) penderita kambuh; (2) penderita gagal; (3) penderita dengan pengobatan setelah putus berobat (*default*); dan c) OAT sisipan, paduan OAT ini diberikan kepada klien BTA positif yang pada akhir pengobatan intensif masih tetap BTA positif, paket sisipan KDT adalah sama seperti paduan paket untuk tahap intensif kategori I yang diberikan selama sebulan (28 hari). Catatan: (1) untuk penderita yang berumur 60 tahun ke atas dosis maksimal untuk streptomisin adalah 500 mg tanpa memperhatikan berat badan; (2) untuk perempuan hamil lihat pengobatan TB dalam keadaan khusus; dan (3) cara melarutkan *streptomisin vial* 1 gram

yaitu dengan menambahkan *aquabidest* sebanyak 3,7 ml sehingga menjadi 4 ml (1 ml = 250 mg) (Kemenkes RI, 2011).

Tabel 2.3 Dosis paduan OAT KDT Kategori I: 2(HRZE)/4(HR)3

| Berat Badan | Tahap Intensif tiap hari selama 56 hari RHZE (150/75/400/275) | Tahap Lanjutan 3 kali seminggu selama 16 minggu RH (150/150) |
|-------------|---|---|
| 30-37 kg | 2 tablet 4KDT | 2 tablet 2KDT |
| 38-54 kg | 3 tablet 4KDT | 3 tablet 2KDT |
| 55-70 kg | 4 tablet 4KDT | 4 tablet 2KDT |
| ≥ 71 kg | tablet 4KDT | 5 tablet 2KDT |

Sumber: *Kemenkes RI, 2011*

Tabel 2.4 Dosis paduan OAT Kombipak Kategori I: 2HRZE/4H3R3

| Tahap Pengobatan | Lama Pengobatan | Dosis per hari / kali | | | | Jumlah hari/kali menelan obat |
|------------------|-----------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| | | Tablet Isoniazid @ 300 mgr | Kaplet Rifampisin @ 450 mgr | Tablet Pirazinamid @ 500 mgr | Tablet Etambutol @ 200 mgr | |
| Intensif | 2 bulan | 1 | 1 | 3 | 3 | 56 |
| Lanjutan | 4 bulan | 2 | 1 | - | - | 48 |

Sumber: *Kemenkes RI, 2011*

Tabel 2.5 Dosis paduan OAT Kombipak Kategori II: 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HR)3E3

| Berat Badan | Tahap Intensif tiap hari RHZE (150/75/400/275)+S | | Tahap Lanjutan 3 kali seminggu RH (150/150) + E(400) |
|-------------|--|----------------|--|
| | Selama 56 hari | Selama 28 hari | Selama 20 minggu |
| 30-37 kg | 2 tab 4KDT + 500 mg Streptomisin inj. | 2 tab 4KDT | 2 tab 2KDT + 2 tab Etambutol |
| 38-54 kg | 3 tab 4 KDT + 750 mg Streptomisin inj. | 3 tab 4KDT | 3 tab 2KDT + 3 tab Etambutol |
| 55-70 kg | 4 tab 4 KDT + 1000 mg Streptomisin inj. | 4 tab 4KDT | 4 tab 2KDT + 4 tab Etambutol |

| Berat Badan | Tahap Intensif tiap hari RHZE (150/75/400/275)+S | | Tahap Lanjutan 3 kali seminggu RH (150/150) + E(400) |
|-------------|---|----------------|--|
| | Selama 56 hari | Selama 28 hari | Selama 20 minggu |
| ≥ 71 kg | 5 tab 4 KDT + 1000 mg Streptomisin inj. | 5 tab 4KDT | 5 tab 2KDT + 5 tab Etambutol |

Sumber: *Kemenkes RI, 2011*

Tabel 2.6 Dosis paduan OAT Kombipak Kategori II: 2HRZES/HRZE/5H3R3E3

| Tahap Pengobatan | Lama Pengobatan | Tablet Isoniasid @ 300 mgr | Kaplet Rifampisin @ 450 mgr | Tablet Pirazinamid @ 500 mgr | Etambutol | | Streptomisin injeksi | Jumlah hari /kali menelan obat |
|------------------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------|------------------|----------------------|--------------------------------|
| | | | | | Tablet @ 250 mgr | Tablet @ 400 mgr | | |
| Tahap Intensif (dosis harian) | 2 bulan | 1 | 1 | 3 | 3 | - | 0,75 | 56 |
| | 1 bulan | 1 | 1 | 3 | 3 | - | gr | 28 |
| Tahap Lanjutan (dosis 3x seminggu) | 4 bulan | 2 | 1 | - | 1 | 2 | - | 60 |

Sumber: *Kemenkes RI, 2011*

Tabel 2.7 Dosis KDT Sisipan: (HRZE)

| Berat Badan | Tahap Intensif tiap hari selama 28 hari RHZE (150/75/400/275) |
|-------------|--|
| 30-37 kg | 2 tablet 4KDT |
| 38-54 kg | 3 tablet 4KDT |
| 55-70 kg | 4 tablet 4KDT |
| ≥ 71 kg | 5 tablet 4KDT |

Sumber : *Kemenkes RI, 2011*

Tabel 2.8 Dosis OAT Kombipak Sisipan: HRZE

| Tahap Pengobatan | Laman ya Pengobatan | Tablet Isoniasid @ 300 mgr | Kaplet Ripamfisin @ 450 mgr | Tablet Pirazinamid @ 500 mgr | Tablet Etambutol @ 250 mgr | Jumlah hari/kali menelan obat |
|-------------------------------|---------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Tahap intensif (dosis harian) | 1 bulan | 1 | 1 | 3 | 3 | 28 |

Sumber: *Kemenkes RI, 2011*

Junaidi (2009) juga mengemukakan bahwa pengobatannya dilakukan dengan memberikan Obat Anti TB (OAT). OAT harus diberikan dalam kombinasi setidaknya dua obat yang bersifat *bakterisid* dengan atau tanpa obat ketiga. Adapun OAT yang dapat diberikan: a) Bersifat *bakterisid* (membunuh kuman); dan b) Bersifat *bakteriostatik* (menghambat perkembangan kuman): *Etambutol* (E).

Tabel 2.9 Panduan Penggunaan OAT

| | Jenis TB | Fase Awal | Fase Lanjutan |
|------------|---|--------------------|------------------|
| Isoniazid | BTA (+) baru | 2 HRZS (E) | 4 RH |
| | Sakit berat : | 2 HRZS (E) | 4 R3H3 |
| | BTA (-) Luar paru | | |
| Rifampisin | Pengobatan ulang : Kambuh BTA (+) gagal | 2RHZES / 1 RHZE | 5 RHE 5R3H3E3 |
| Rifampisin | TB Paru BTA (-) | 2 RHZ | 4 RH |
| | TB luar paru | 2RHZ / 2R3H3Z3 | 4R3H3 |

Sumber: *Kemenkes RI, 2011*

Keterangan : 2 H

RZ = Tiap hari selama 2 bulan

4 HR = Tiap hari selama 4 bulan

H3R3 = 3 kali seminggu selama 4 bulan

Selain obat-obat tersebut di atas, ada obat TB Paru pilihan kedua yang terdiri dari: 1) *Aminoglikosida* lain (contoh *amikasin*, *kanamisin*); 2) Golongan *tionamid*; 4) *Flukuinolon*; 5) *Sikloserin*; dan 6) *Asam Paraamino Salisilat* (PAS).

2.1.6 Terapi pembedahan

Junaidi (2010) mengindikasikan mutlak untuk pembedahan dengan kriteria sebagai berikut: 1) Semua penderita yang telah mendapat OAT adekuat tetapi *sputum* tetap positif; 2) Penderita batuk darah pasif yang tidak dapat diatasi dengan cara *konservatif*; dan 3) Penderita dengan *fistula bronkhopleura* dan *emphiema* yang tidak dapat diatasi dengan cara konservatif.

Selain itu, ada pula indikasi *relative* pembedahan yang berlaku pada: 1) Penderita dengan *sputum negative* dan batuk darah yang berulang; 2) Penderita dengan kerusakan satu paru atau *lobus* dengan keluhan; dan 3) Sisa *kavitas* yang menetap.

Berikut merupakan efek samping ringan maupun berat dengan pendekatan gejala dan penatalaksanaannya berupa tabel sebagai berikut:

Tabel 2.10 Efek Samping Ringan OAT

| Efek Samping | Penyebab | Penatalaksanaan |
|--|-----------------|---|
| Tidak ada nafsu makan, mual, sakit perut | Rifampisin | Semua OAT diminum malam sebelum tidur |
| Nyeri sendi | Pirasinamid | Beri Aspirin |
| Kesemutan s/d rasa terbakar di kaki | INH | Beri vitamin B6 (piridoxin) 100 mg per |
| Efek Samping | Penyebab | Penatalaksanaan |
| Warna kemerahan pada air seni (urine) | Rifampisin | Tidak perlu diberi apa-apa, tapi perlu penjelasan kepada pasien |

Sumber: *Kemenkes RI, 2011*

Tabel 2.11 Efek Samping Berat OAT

| Efek Samping | Penyebab | Penatalaksanaan |
|--|-------------------------------|--|
| Gatal dan kemerahan kulit | Semua jenis OAT | Ikuti petunjuk penatalaksanaan di bawah |
| Tuli Gangguan keseimbangan | Streptomisin Streptomisin | Streptomisin diberikan Streptomisin dihentikan, ganti Etambutol |
| Ikterus tanpa penyebab lain | Hampir semua OAT | Hentikan semua OAT sampai ikterus menghilang |
| Bingung dan muntah-muntah (permulaan ikterus karena obat) Gangguan obat | Hampir semua OAT Etambutol | Hentikan semua OAT, segera lakukan tes fungsi hati Hentikan Etambutol |
| Purpura dan renjatan (syok) | Rifampisin | Hentikan Rifampisin |

Sumber: *Kemenkes RI, 2011*

Penatalaksanaan penderita dengan efek samping “gatal dan kemerahan kulit“ : Jika seorang penderita dalam pengobatan OAT mulai mengeluh gatal-gatal singkirkan dulu kemungkinan penyebab lain. Berikan dulu anti-*histamin*, sambil meneruskan OAT dengan pengawasan ketat. Gatal-gatal tersebut pada sebagian klien hilang, namun sebagian penderita malahan terjadi suatu kemerahan kulit. Bila keadaan seperti ini, hentikan semua OAT. Tunggu sampai kemerahan kulit tersebut hilang. Jika gejala efek samping ini bertambah berat, klien perlu dirujuk.

2.2 Konsep Kepatuhan

2.2.1 Definisi kepatuhan

Suparyanto (2010) didalam artikelnya tentang konsep kepatuhan menjabarkan pengertian dari berbagai referensi, meliputi: 1) Sarfino (1990) di kutip oleh Smet B. (1994) mendefinisikan kepatuhan (ketaatan) sebagai tingkat penderita melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau yang lain; 2) kepatuhan adalah perilaku positif penderita dalam mencapai tujuan terapi (Degrest, et al., 1998). Menurut Decision theory (1985) penderita adalah pengambil keputusan dan kepatuhan sebagai hasil pengambilan keputusan; 3) perilaku ketat sering diartikan sebagai usaha penderita untuk mengendalikan perilakunya bahkan jika hal tersebut bisa menimbulkan resiko mengenal kesehatanya (Taylor, 1991); 4) patuh adalah suka menurut perintah, taat pada perintah atau aturan. Sedangkan kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin. Seseorang dikatakan patuh berobat bila mau datang ke petugas kesehatan yang telah ditentukan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan serta mau melaksanakan apa yang dianjurkan oleh petugas (Lukman Ali, et al., 1999).

2.2.2 Proses perubahan sikap dan perilaku (teori Kelman)

Suparyanto (2010) memaparkan proses perubahan sikap dan perilaku berdasarkan teori Kelman, yaitu: Menurut Kelman perubahan sikap dan perilaku individu dimulai dengan tahap kepatuhan, identifikasi kemudian baru menjadi internalisasi. Mula-mula individu mematuhi anjuran atau instruksi petugas tanpa kerelaan untuk melakukan tindakan tersebut dan seringkali karena ingin menghindari hukuman/sanksi jika tidak patuh atau untuk memperoleh imbalan

yang dijanjikan jika mematuhi anjuran tersebut tahap ini disebut tahap kesediaan, biasanya perubahan yang terjadi dalam tahap ini bersifat sementara, artinya bahwa tindakan itu dilakukan selama masih ada pengawasan petugas. Tetapi begitu pengawasan itu mengendur atau hilang, perilaku itupun ditinggalkan. Pengawasan itu tidak perlu berupa kehadiran fisik petugas atau tokoh otoriter, melainkan cukup rasa takut terhadap ancaman sanksi yang berlaku, jika individu tidak melakukan tindakan tersebut. Dalam tahap ini pengaruh tekanan kelompok sangatlah besar, individu terpaksa mengalah dan mengikuti perilaku mayoritas kelompok meskipun sebenarnya dia tidak menyetujuinya. Namun segera setelah dia keluar dari kelompok tersebut, kemungkinan perilakunya akan berubah menjadi perilakunya sendiri.

Kepatuhan individu berdasarkan rasa terpaksa atau ketidakpahaman tentang pentingnya perilaku yang baru itu dapat disusul dengan kepatuhan yang berbeda, yaitu kepatuhan demi menjaga hubungan baik dengan petugas kesehatan atau tokoh yang menganjurkan perubahan tersebut (*change agent*). Biasanya kepatuhan ini timbul karena individu merasa tertarik atau mengagumi petugas atau tokoh tersebut, sehingga ingin mematuhi apa yang dianjurkan atau diinstruksikan tanpa memahami sepenuhnya arti dan mamfaat dari tindakan tersebut, tahap ini disebut proses identifikasi. Meskipun motivasi untuk mengubah perilaku individu dalam tahap ini lebih baik dari pada dalam tahap kesediaan, namun motivasi ini belum dapat menjamin kelestarian perilaku itu karena individu belum dapat menghubungkan perilaku tersebut dengan nilai-nilai lain dalam hidupnya, sehingga jika dia ditinggalkan petugas atau tokoh idolanya itu maka dia merasa tidak perlu melanjutkan perilaku tersebut (Suparyanto, 2010)

Perubahan perilaku individu baru dapat menjadi optimal jika perubahan tersebut terjadi melalui proses internalisasi, dimana perilaku yang baru itu dianggap bernilai positif bagi diri individu dan diintegrasikan dengan nilai-nilai lain dari hidupnya. Proses internalisasi ini dapat dicapai jika petugas atau tokoh merupakan seseorang yang dapat dipercaya (kredibilitasnya tinggi) yang dapat membuat individu memahami makna dan penggunaan perilaku tersebut serta membuat mereka mengerti akan pentingnya perilaku tersebut bagi kehidupan mereka sendiri. Memang proses internalisasi ini tidaklah mudah dicapai sebab diperlukan kesediaan individu untuk mengubah nilai dan kepercayaan mereka agar menyesuaikan diri dengan nilai atau perilaku yang baru (Suparyanto, 2010).

2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Carpenito (2000) dalam Suparyanto (2010) mengemukakan bahwa dalam hal kepatuhan, berpendapat bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan adalah segala sesuatu yang dapat berpengaruh positif sehingga penderita tidak mampu lagi mempertahankan kepatuhannya, sampai menjadi kurang patuh dan tidak patuh. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan diantaranya:

1. Pemahaman tentang instruksi

Tidak seorang pun mematuhi instruksi jika ia salah paham tentang instruksi yang diberikan padanya. Dari riset yang dilakukannya menemukan bahwa lebih dari 60% responden yang di wawancarai setelah bertemu dengan dokter salah mengerti tentang instruksi yang diberikan kepada mereka. Kadang kadang hal ini disebabkan oleh kegagalan profesional kesalahan dalam

memberikan informasi lengkap, penggunaan istilah-istilah medis dan memberikan banyak instruksi yang harus diingat oleh penderita.

2. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif yang diperoleh secara mandiri, lewat tahapan-tahapan tertentu. Selain itu juga semakin tua umur seseorang maka proses perkembangan mentalnya bertambah baik, akan tetapi pada umur–umur tertentu, bertambahnya proses perkembangan mental ini tidak secepat ketika berusia belasan tahun, dengan demikian dapat disimpulkan factor umur akan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang yang akan mengalami puncaknya pada umur–umur tertentu dan akan menurun kemampuan penerimaan atau mengingat sesuatu seiring dengan usia semakin lanjut. Hal ini menunjang dengan adanya tingkat pendidikan yang rendah.

3. Kesakitan dan pengobatan

Perilaku kepatuhan lebih rendah untuk penyakit kronis (karena tidak ada akibat buruk yang segera dirasakan atau resiko yang jelas), saran mengenai gaya hidup dan kebiasaan lama, pengobatan yang kompleks, pengobatan dengan efek samping, dan perilaku yang tidak pantas.

4. Keyakinan, sikap dan kepribadian

Kepribadian antara orang yang patuh dengan orang yang gagal, Orang yang tidak patuh adalah orang yang mengalami depresi, ansietas, sangat memperhatikan kesehatannya, memiliki kekuatan ego yang lebih lemah dan memiliki kehidupan social yang lebih, memusatkan perhatian kepada dirinya sendiri. Kekuatan ego yang lebih ditandai dengan kurangnya penguasaan

terhadap lingkungannya. Variabel-variabel demografis juga digunakan untuk meramalkan ketidak patuhan. Sebagai contoh, di Amerika Serikat para wanita kaum kulit putih dan orang-orang tua cenderung mengikuti anjuran dokter.

5. Dukungan keluarga

Dukungan Keluarga dapat menjadi faktor yang dapat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta menentukan program pengobatan yang akan mereka terima. Keluarga juga memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan anggota keluarga yang sakit. Derajat dimana seseorang terisolasi dari pendampingan orang lain, isolasi sosial, secara negatif berhubungan dengan kepatuhan.

6. Tingkat ekonomi

Tingkat ekonomi merupakan kemampuan finansial untuk memenuhi segala kebutuhan hidup, akan tetapi ada kalanya penderita TB Paru sudah pensiun dan tidak bekerja namun biasanya ada sumber keuangan lain yang bisa digunakan untuk membiayai semua program pengobatan dan perawatan sehingga belum tentu tingkat ekonomi menengah ke bawah akan mengalami ketidakpatuhan dan sebaliknya tingkat ekonomi baik tidak terjadi ketidakpatuhan.

7. Dukungan sosial

Dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga teman, waktu, dan uang merupakan faktor penting dalam kepatuhan contoh yang sederhana, jika tidak ada transportasi dan biaya dapat mengurangi kepatuhan penderita. Keluarga dan teman dapat membantu mengurangi ansietas yang disebabkan oleh penyakit tertentu, mereka dapat menghilangkan

godaan pada ketidakpatuhan dan mereka seringkali dapat menjadi kelompok pendukung untuk mencapai kepatuhan. Dukungan sosial nampaknya efektif di negara seperti Indonesia yang memiliki status sosial lebih kuat, dibandingkan dengan negara-negara barat.

8. Perilaku sehat

Perilaku sehat dapat di pengaruhi oleh kebiasaan, oleh karena itu perlu dikembangkan suatu strategi yang bukan hanya untuk mengubah perilaku tetapi juga dapat mempertahankan perubahan tersebut. Sikap pengontrolan diri membutuhkan pemantauan terhadap diri sendiri, evaluasi diri dan penghargaan terhadap diri sendiri terhadap perilaku yang baru tersebut.

9. Dukungan profesi keperawatan (kesehatan)

Dukungan profesi kesehatan merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan penderita. Dukungan mereka terutama berguna pada saat penderita menghadapi kenyataan bahwa perilaku sehat yang baru itu merupakan hal yang penting. Begitu juga mereka dapat mempengaruhi perilaku penderita dengan cara menyampaikan antusias mereka terhadap tindakan tertentu dari penderita, dan secara terus menerus memberikan yang positif bagi penderita yang telah mampu beradaptasi dengan program pengobatannya.

2.2.4 Strategi untuk meningkatkan kepatuhan

Menurut Suparyanto (2010) berbagai strategi telah dicoba untuk meningkatkan kepatuhan adalah: 1) dukungan profesional kesehatan. Dukungan profesional kesehatan sangat diperlukan untuk meningkatkan kepatuhan, contoh

yang paling sederhana dalam hal dukungan tersebut adalah dengan adanya teknik komunikasi. Komunikasi memegang peranan penting karena komunikasi yang baik diberikan oleh profesional kesehatan baik dokter atau perawat dapat menanamkan kepatuhan bagi pasien; 2) dukungan sosial. Dukungan sosial yang dimaksud adalah keluarga. Para profesional kesehatan yang dapat meyakinkan keluarga pasien untuk menunjang peningkatan kesehatan pasien maka ketidakpatuhan dapat dikurangi; 3) perilaku sehat. Modifikasi perilaku sehat sangat diperlukan. Untuk pasien dengan halusinasi diantaranya adalah tentang bagaimana cara untuk mengurangi resiko kekambuhan ataupun resiko mencederai, baik diri sendiri maupun orang lain. Usaha peningkatan harga diri dan kontrol secara teratur atau minum obat anti psikosis sangat perlu bagi pasien halusinasi; dan 4) Pemberian informasi. Pemberian informasi yang jelas pada pasien dan keluarga mengenai penyakit yang dideritanya serta cara pengobatannya.

2.2.5 Pengukuran kepatuhan

Menurut Suparyanto (2010) kepatuhan sulit dianalisa, karena sulit untuk didefinisikan, sulit diukur dan terdapat banyak faktor. Biasanya kepatuhan atau ketaatan berhubungan dengan minum obat (tidak cukup minum obat, minum obat terlalu banyak, dan minum obat tanpa resep). Metode-metode untuk mengukur sejauh mana para klien mematuhi nasihat dokter dengan baik meliputi laporan klien, laporan dokter, perhitungan pil, observasi langsung dan hasil pengamatan.

2.2.6 Kepatuhan dalam berobat

Menurut Sackett (1976) yang dikutip oleh Makhfudli (2010) kepatuhan klien diartikan sebagai “sejauh mana perilaku klien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh professional kesehatan”.

Kepatuhan klien meliputi kepatuhan berobat, kepatuhan dalam kontrol serta kepatuhan dalam mengambil obat (Kemenkes, 2011).

Menurut Feurstein, et al. (1986) yang dikutip Makhfudli (2010), terdapat 5 faktor yang mendukung kepatuhan klien, antara lain:

1. Pendidikan

Pendidikan klien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif seperti penggunaan buku-buku dan kaset oleh klien secara mandiri.

2. Akomodasi

Suatu usaha harus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian klien yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Sebagai contoh, klien yang lebih mandiri harus dapat merasakan bahwa ia dilibatkan secara aktif dalam program pengobatan, sementara klien yang lebih mengalami ansietas dalam menghadapi sesuatu, harus diturunkan dahulu tingkat ansietasnya dengan cara meyakinkan dia atau dengan teknik-teknik lain sehingga ia termotivasi untuk mengikuti anjuran pengobatan.

3. Modifikasi faktor lingkungan dan sosial

Hal ini berarti membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman. Kelompok-kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantu kepatuhan terhadap program-program pengobatan.

4. Perubahan model terapi

Program-program pengobatan dapat dibuat sesederhana mungkin, dan klien terlibat aktif dalam pembuatan program tersebut.

5. Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan klien

Adalah suatu hal penting untuk memberikan umpan balik pada klien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis. Klien membutuhkan penjelasan tentang diagnosisnya saat ini, apa penyebabnya, dan apa yang dapat mereka lakukan dengan kondisi seperti itu.

Menurut Permatasari (2005) yang dikutip oleh Makhfudli (2010) faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan klien TB Paru dalam menjalani program pengobatannya antara lain sebagai berikut:

1. Rasa bosan

Seseorang yang telah didiagnosa suatu penyakit yang memerlukan pengobatan dalam jangka waktu yang lama pasti akan merasa bosan dengan terapi atau pengobatan yang dijalani. Pengobatannya pada TB Paru memerlukan waktu yang lama dalam pengobatannya. Waktu yang paling cepat untuk pengobatan TB Paru adalah 6 bulan, yaitu pengobatan secara intensif.

2. Tingkat pengetahuan

Pengetahuan masyarakat tentang TB Paru sampai saat ini masih kurang. Hal ini diketahui dari banyaknya anggapan yang salah di masyarakat yang dapat menghambat program pengobatan dan pemberantasannya. Masyarakat masih beranggapan bahwa penyakit TB Paru merupakan penyakit kutukan dan keturunan atau karena guna-guna. Untuk itu diperlukan penyuluhan pada masyarakat tentang penyakit TB Paru, bagaimana cara penularannya dan bagaimana cara pengobatannya. Dan tidak kalah pentingnya dalam penyuluhan yaitu memberikan penjelasan kepada masyarakat bahwa pengobatan TB Paru memang memerlukan waktu yang lama.

3. Tempat atau jarak pelayanan kesehatan

Jika jarak antara tempat tinggal dengan tempat pelayanan kesehatan sangat berpengaruh terhadap kepatuhan berobat pada klien TB Paru. Bagi klien yang berada di kota mudah untuk melakukan pengobatan dikarenakan jarak antara tempat tinggal dengan tempat pengobatan dekat. Begitupun sebaliknya, jika klien berada di desa atau tempat tinggalnya jauh dengan tempat pengobatan, maka akan mengalami kesulitan dalam mengakses pengobatannya.

4. Budaya

Masih banyak anggapan masyarakat tentang TB Paru merupakan penyakit keturunan yang sulit untuk disembuhkan, hal ini membuat klien menjadi malu untuk berinteraksi dengan orang lain dan malu untuk berobat, untuk itu masyarakat perlu mengenal tentang TB Paru secara jelas.

Mantra (1992) dalam Makhfudli (2010) mengemukakan bahwa jika individu dilihat sebagai anggota suatu kelompok, atau sebagai anggota masyarakat, maka unsur-unsur yang dibutuhkan agar ia melakukan kepatuhan adalah: 1) pengetahuan atau pengertian tentang apa yang akan dilakukan; 2) keyakinan atau kepercayaan tentang manfaat dan kebenaran dari apa yang akan dilakukan; 3) sarana yang diperlukan untuk melakukan; 4) norma atau dukungan kelompok sosial dengan *support* bahwa yang dilakukannya itu benar atau bisa diterima oleh kelompoknya; dan 5) dorongan atau motivasi untuk berbuat yang dilandasi oleh kebutuhan yang dirasakan.

Menurut Taylor (1991) dalam Makhfudli (2010) ada beberapa variabel yang berhubungan dengan kepatuhan:

1. Ciri-ciri kesehatan dan pengobatan

Perilaku kepatuhan lebih rendah untuk penyakit kronis karena tidak ada akibat buruk yang langsung dirasakan pengobatan yang kompleks dan pengobatan dengan efek samping. Tingkat kepatuhan rata-rata minum obat untuk penyembuhan penyakit akut (kasus baru) dengan pengobatan jangka pendek adalah sekitar 78%. Pada penyakit kronis dengan pengobatan jangka panjang, tingkat kepatuhan minum obat menurun sampai 54%.

2. Ciri-ciri individu

Varibel demografi juga digunakan untuk meramal kepatuhan seseorang, sebagai contoh di Amerika Serikat para wanita kulit putih dan orang tua cenderung mematuhi aturan dokter.

3. Komunikasi antara penderita dengan petugas kesehatan

Berbagai aspek komunikasi antara penderita dengan petugas mempengaruhi tingkat kepatuhan, misalnya informasi dengan pengawasan dari petugas yang cukup, kepuasan terhadap aspek hubungan emosional dengan petugas, kepuasan terhadap pengobatan yang diberikan, frekuensi pengawasan, dukungan dan tindak lanjut juga penting.

4. Variabel sosial

Hubungan antara dukungan sosial dengan kepatuhan telah dipelajari secara luas. Secara umum orang-orang yang merasa menerima perhatian dan pertolongan yang mereka butuhkan dari seseorang atau sekelompok orang biasanya cenderung lebih mudah mengikuti nasehat medis dari pada klien yang kurang mendapat dukungan sosial. Keluarga memegang peran yang sangat penting dalam pengelolaan medis, baik pada anak, remaja ataupun dewasa misalnya pengangguran pengaruh normative pada klien yang mungkin memudahkan atau menghambat perilaku kepatuhan. Becker (1987) bahkan menyarankan bahwa interaksi keluarga harus diintegrasikan pada proses pengobatan dini.

5. Persepsi dan harapan klien

Variabel-variabel *Health Belief Model* bahwa kepatuhan sebagai fungsi dari keyakinan tentang kesehatan, ancaman yang dirasakan, persepsi kekebalan, pertimbangan mengenai hambatan/kerugian (biaya, waktu), dan keuntungan (efektifitas pengobatan).

Kemenkes (2011) menjelaskan bahwa angka default adalah persentase klien TB Paru yang default diantara seluruh klien TB Paru yang diobati dalam kurun waktu tertentu. Angka ini dihitung untuk mengetahui kepatuhan pengobatan klien TB Paru. Angka Default sebaiknya <5% pada setiap rumah sakit.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah klien TB Paru yg default dalam satu triwulan}}{\text{Jumlah klien TB Paru dalam satu triwulan yg sama}} \times 100\%$$

2.3 Konsep Teori *Health Belief Model* (HBM)

2.3.1 Sejarah

Health Belief Model (HBM) pertama kali dicetuskan pada tahun 1950-an dari penelitian psikologi sosial dari U.S *Public Health Service* (USPHS), yaitu Godfrey Hochbaum, Irwin Rossenstock dan Stephen Kegeles. Teori ini dikembangkan sebagai respon terhadap sebuah pertanyaan yang sangat praktis. USPHS pada saat itu mensponsori skrining penyakit TB Paru gratis dengan sinar X disebuah pemukiman dengan harapan banyak orang yang datang karena gratis dan mudah dijangkau. Kenyataannya hanya sedikit orang yang datang sehingga Hochbaum melakukan riset untuk mengetahui mengapa tidak banyak orang yang datang kendati mudah dijangkau. Kesimpulan awal yang didapat adalah kebanyakan orang cenderung akan memeriksakan dirinya dengan sinar X, jika: 1) mereka pikir, mereka berisiko atau rentan terhadap TB Paru; 2) mereka percaya ada manfaat dari deteksi dini TB Paru. Kesimpulan inilah yang merupakan inti dari teori *Health Belief Model*, bahwa seseorang akan bertindak jika mengetahui ancaman bila sesuatu hal itu tidak dilakukan dan manfaat apabila sesuatu hal itu dilaksanakan (Niven, 2008 dalam Purwanti, 2012). Hasil analisis terhadap

berbagai faktor yang mempengaruhi partisipasi masyarakat pada program tersebut kemudian dikembangkan sebagai model perilaku (Corner & Norman, 2003 dalam Purwanti, 2012).

2.3.2 Definisi

Jones & Bartlett (n.d.) mengemukakan bahwa *Health Belief Model* (HBM) adalah teori umum yang digunakan dalam pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan (Glanz, Rimer, & Lewis, 2002; National Cancer Institute (NCI), 2003). Hal ini dikembangkan pada tahun 1950-an sebagai cara untuk menjelaskan mengapa program skrining medis untuk TB Paru yang ditawarkan oleh Layanan Kesehatan Masyarakat Amerika Serikat tidak berjalan dengan lancar (Hochbaum, 1958).

Konsep yang mendasari HBM asli adalah bahwa perilaku kesehatan ditentukan oleh keyakinan pribadi atau persepsi tentang suatu penyakit dan strategi yang tersedia untuk menguranginya (Hochbaum, 1958 dalam Jones & Bartlett (n.d.)).

2.3.3 Kerangka Teori *Health Belief Model* (HBM)

Health Belief Model (HBM) adalah suatu bentuk penjabaran dari model sosio-psikologi. Munculnya model ini didasarkan pada kenyataan bahwa berbagai problem kesehatan ditandai oleh kegagalan orang atau masyarakat untuk menerima usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit yang diselenggarakan oleh *provider* (Notoatmodjo, 2010 dalam Purwanti 2012). Apabila individu bertindak untuk melawan atau mengobati penyakitnya, ada variabel kunci yang

terlibat di dalam tindakan tersebut yaitu kerentanan yang dirasakan terhadap suatu penyakit, keseriusan yang dirasakan, manfaat yang diterima dan hambatan yang dialami serta hal-hal yang memotivasi hal tersebut. Menurut Glanz (2003) dalam Purwanti (2012) dan Jones & Bartlett (n.d.) di bawah ini merupakan variabel HBM, yaitu:

1. Faktor modifikasi (*modifying factor*)

Perbedaan demografi, psikososial, dan struktur juga memberikan dampak pada persepsi individu secara personal dan secara tidak langsung mempengaruhi perilaku yang berkaitan dengan kesehatan. Contohnya: budaya, tingkat pendidikan, pengalaman masa lalu, kemampuan dan motivasi.

Jones & Bartlett (n.d.) menjelaskan bahwa empat konstruksi utama dari persepsi dapat dimodifikasi oleh variabel lain, seperti budaya, tingkat pendidikan, pengalaman masa lalu, keterampilan, dan motivasi. Variabel tersebut adalah karakteristik individu yang mempengaruhi persepsi pribadi. Sebagai contoh, jika seseorang didiagnosis dengan kanker kulit sel basal dan berhasil diobati, ia mungkin memiliki persepsi kerentanan tinggi karena ini pengalaman masa lalu dan menjadi lebih sadar dari paparan sinar matahari karena pengalaman masa lalu. Sebaliknya, pengalaman masa lalu ini bisa mengurangi persepsi seseorang dari keseriusan karena kanker itu mudah diobati dan disembuhkan.

a. Usia (*age*)

Usia merupakan variabel yang selalu diperhatikan didalam penelitian-penelitian epidemiologi. Usia seseorang demikian besar peranannya dalam mempengaruhi kepatuhan klien TB Paru dalam berobat, karena umur juga

menyangkut perubahan-perubahan yang dirasakan individu, sehubungan dengan pengalaman maupun perubahan kondisi fisik dan mental seseorang sehingga nampak dalam aktivitas sehari-hari. Usia akan mempengaruhi kondisi fisik, mental, kemampuan kerja dan tanggung jawab seseorang (Malayu, 2002 dalam Makhfudli, 2010).

Elizabeth, B.H. (1995) dikutip Nursalam & Pariani S (2001) dalam Makhfudli (2010) mengatakan bahwa usia adalah umur individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat, seseorang yang lebih dewasa akan lebih dipercaya dari orang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya (Hucklock, 1998 dikutip Nursalam & Pariani S, 2001 dalam Makhfudli (2010).

Penyakit TB Paru paring sering ditemukan pada usia muda atau usia produktif (15-50) tahun. Dewasa ini dengan terjadinya transisi demografi menyebabkan usia harapan hidup lansia menjadi lebih tinggi. Pada usia lanjut lebih dari 55 tahun sistem imunologis seseorang menurun, sehingga sangat rentan terhadap berbagai penyakit, termasuk penyakit TB Paru (Hiswani, 2009 dalam Makhfudli, 2010).

Pola kesakitan atau kematian akan lebih mudah membacanya bila dikelompokkan berdasarkan golongan usia, untuk keperluan perbandingan maka WHO menganjurkan pembagian-pembagian usia sebagai berikut:

- 1) Menurut tingkat kedewasaan; 0-4 tahun adalah bayi dan anak, usia 15-49 tahun adalah orang muda dan dewasa, dan umur lebih dari 50 tahun adalah orang tua.
- 2) Interval 5 tahunan; usia kurang dari 1 tahun, usia 1-4 tahun, usia 5-9 tahun, usia 10-14 tahun sampai dengan usia 60 tahun keatas.
- 3) Mempelajari penyakit anak; usia 0-4 bulan, usia 5-10 bulan, usia 11-23 bulan, usia 2-4 tahun, usia 5-9 tahun, dan usia 10-14 tahun.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (2005) dalam Makhfudli (2010) mengelompokkan usia menjadi 6 kategori, yaitu kelompok usia 15-24 tahun, kelompok usia 25-34 tahun, kelompok usia 35-44 tahun, kelompok usia 45-54 tahun, kelompok usia 55-64 tahun, dan kelompok ≥ 65 tahun.

Menurut Hurlock (2002) dalam Makhfudli (2010) mengemukakan pembagian periode perkembangan usia manusia, yaitu: usia 15-45 tahun atau periode dewasa awal adalah masa pencarian kemandirian dan suatu masa yang penuh dengan masalah dan ketegangan emosional, periode isolasi sosial periode komitmen dan masa ketergantungan, perubahan-perubahan nilai-nilai, kreativitas dan penyesuaian diri pada pola hidup yang baru. Usia 46-65 tahun atau periode dewasa madya adalah masa dewasa madya merupakan masa transisi, dimana pria dan wanita meninggalkan ciri-ciri jasmani dan perilaku masa dewasanya dan memasuki suatu periode dalam kehidupan dengan ciri-ciri jasmani dan perilaku yang baru serta menerima dan menyesuaikan diri terhadap perubahan fisik dan fisiologis. Umur lebih dari 66 tahun atau periode usia lanjut adalah periode penutupan

dalam rentan kehidupan seseorang. Masa ini dimulai dari usia 66 tahun sampai mati, yang ditandai dengan adanya perubahan yang bersifat fisik dan psikologis yang semakin menurun.

Beberapa alasan yang dapat menerangkan hubungan antara sesuatu keadaan dan usia, yaitu:

- 1) Fungsi dari proses usia, perkembangan fisiologis atau imunitas.
- 2) Refleksi dari perubahan kebiasaan dan jenis makanan yang berbeda-beda antara golongan usia atau dengan berjalannya waktu.
- 3) Hasil perubahan daya tahan tubuh, misalnya penyakit TB Paru. Pada negara-negara maju, TB Paru banyak terdapat pada orang tua, yang sebenarnya pada masa mudanya telah terkena infeksi kuman tuberkulosis, karena adanya penurunan daya tahan tubuh berkaitan dengan usia, sehingga penyakit infeksi yang sudah lama terjadi dapat timbul kembali.

Hasil penelitian Retno & Nani (2002) pada studi kasus hasil pengobatan TB Paru di 10 Puskesmas di DKI Jakarta pada tahun 1996-1999 diperoleh hasil bahwa angka sebagian besar penderita TB Paru berasal dari kelompok usia produktif (15-35 tahun). Hasil penelitian penderita TB Paru rawat jalan di Poliklinik Paru RSUP Persahabatan pada bulan September-Desember 1999, dari 1788 penderita TB Paru 76,32%, merupakan usia dewasa muda 16-45 tahun (Reviono, 2001).

Insiden terjadinya TB Paru meningkat berkaitan dengan usia penderita. Dua puncak usia terjadinya peningkatan penyakit TB Paru berdasarkan observasi, yaitu kelompok usia dewasa muda (20-40 tahun) dan

usia diatas 60 tahun (Stead WW, 1983 dalam Makhfudli (2010). Sekitar 75% klien TB Paru adalah kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis (15-50 tahun). Diperkirakan seorang klien TB Paru dewasa, akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3 sampai 4 bulan (Kemenkes RI, 2011).

Hetherington & Parke (1986) dalam Feldman (2008) bahwa pada usia dewasa muda memiliki fungsi kontrol seseorang menunjukkan perkembangan yang pesat. Fungsi tersebut mencakup pengaturan informasi yang diperlukan, termasuk memilih strategi yang digunakan dan memonitor keberhasilan penggunaan strategi tersebut. Dalam pandangan model ini, dewasa muda merupakan pengatur yang aktif dari fungsi-fungsi kognitifnya sendiri. Oleh karena itu, dalam menghadapi suatu masalah, dewasa muda memilih masalah yang akan diselesaikannya, memutuskan besar usaha yang akan dilakukannya, memilih strategi yang akan digunakannya, menghindari hal-hal yang mengganggu usahanya, serta mengevaluasi kualitas hasil usahanya. Model pemrosesan informasi berasumsi bahwa dewasa akhir mempunyai kemampuan yang lebih terbatas dan berbeda dibanding orang yang tergolong pada dewasa muda. Dewasa akhir tidak dapat menyerap banyak informasi, kurang sistematis dalam hal informasi apa yang diserap, tidak mempunyai banyak strategi untuk mengatasi masalah, tidak mempunyai banyak pengetahuan mengenai dunia yang diperlukan untuk memahami masalah, dan kurang mampu memonitor kerja proses kognitifnya.

b. Jenis kelamin (*sex*)

Insiden terjadinya penyakit TB Paru tidak sama antara pria dan wanita, faktor risiko terjadinya TB Paru lebih besar terjadi pada wanita daripada pria pada kelompok usia 15-44 tahun, dan lebih rendah pada wanita daripada pria yang kelompok umur lebih dari 44 tahun, faktor genetik dan maturasi yang dianggap berperan terhadap terjadinya penyakit TB Paru. WHO menyatakan bahwa kematian wanita karena TB Paru lebih banyak daripada kematian karena kehamilan, persalinan serta nifas (Kemenkes RI, 2011).

Penyakit TB Paru cenderung lebih tinggi pada jenis kelamin pria dibandingkan wanita. Menurut WHO, sedikitnya dalam periode setahun ada sekitar 1 juta wanita yang meninggal akibat TB Paru, dapat disimpulkan bahwa pada kaum wanita lebih banyak terjadi kematian yang disebabkan oleh TB Paru dibandingkan dengan akibat proses kehamilan dan persalinan. Pada jenis kelamin pria penyakit ini lebih tinggi karena merokok tembakau dan minum alkohol sehingga dapat menurunkan sistem pertahanan tubuh, sehingga lebih mudah terpapar dengan agen penyebab TB Paru (Hiswani, 2009 dalam Makhfudli, 2010).

Hetherington & Parke (1986) dalam Feldman (2008) mengenai teori perkembangan kognitif Piaget, yaitu tingkat kognitif seseorang tidak ada kaitannya dengan jenis kelamin melainkan berhubungan erat dengan usia.

c. Budaya (*ethnicity*)

Menurut Tylor (2007) kebudayaan merupakan keseluruhan yang kompleks, yang di dalamnya terkandung pengetahuan, kepercayaan, kesenian, moral, hukum, adat istiadat, dan kemampuan-kemampuan lain yang didapat seseorang sebagai anggota masyarakat.

d. Kepribadian (*personality*)

Menurut Jones & Bartlett (n.d.) kepribadian sehat yaitu tidak adanya gejala-gejala yang cukup untuk memasukan individu kedalam kategorian kepribadian tertentu. Dilihat dari sudut pandang statistic, kepribadian sehat adalah kepribadian individu umumnya yang bila digambarkan secara statistic berada dalam kurva normal. Sementara kepribadian yang tidak sehat adalah kepribadian yang berada diluar kurve normal tersebut. Kepribadian sehat tidak hanya dilihat dari apakah pribadi tersebut tetapi menekankan padaapakah potensi yang dimiliki bisa dikembangkan secara optimal atau tidak.

e. Sosio-ekonomi (*socioeconomic*)

Makin buruk keadaan sosio-ekonomi dapat mengakibatkan nilai gizi dan higienis lingkungannya menjadi jelek dan menyebabkan rendahnya daya tahan tubuh mereka sehingga memudahkan mereka menjadi sakit seandainya mendapatkan penularan (Indan, 2000 dalam Makhfudli, 2010).

Jenis pekerjaan dapat berperan didalam timbulnya penyakit melalui beberapa jalan, yakni:

- 1) Adanya faktor-faktor lingkungan yang langsung dapat menimbulkan kesakitan seperti bahan-bahan kimia, gas-gas beracun, radiasi, benda-benda fisik yang dapat menimbulkan kecelakaan.
- 2) Situasi pekerjaan yang penuh dengan stress, yang dikenal sebagai faktor yang berperan pada timbulnya hipertensi, ulkus peptikum.
- 3) Adanya tidaknya “gerak badan” didalam pekerjaan, di Amerika Serikat ditunjukkan bahwa penyakit jantung coroner sering ditemukan dikalangan mereka yang mempunyai pekerjaan dimana kurang adanya “gerak badan”.
- 4) Karena berkerumun dalam satu tempat yang relatif kecil dan sempit, maka dapat terjadi proses penularan penyakit antara anggota keluarga terutama pada penyakit infeksi antara lain TB Paru dan ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Atas).
- 5) Penyakit cacing tambang telah lama diketahui terkait dengan pekerja di tambang.

Makhfudli (2010) mengemukakan bahwa penelitian mengenai hubungan jenis pekerjaan dan pola kesakitan banyak terjadi di Indonesia terutama pola penyakit kronis misalnya penyakit jantung, tekanan darah tinggi, dan kanker. Penelitian tentang penyakit infeksi menular sebagaimana TB Paru kaitannya dengan pekerjaan berdasarkan hasil penelitian Retno G & Nani, 2002 tentang studi kasus hasil pengobatan TB Paru di 10 Puskesmas di DKI Jakarta tahun 1996-1999 menyatakan bahwa 41,7% klien TB Paru tidak bekerja/PHK, 35% (buruh, pedagang kecil, dan supir angkot), 15% pelajar dan 6,7% wiraswasta pada 60 responden TB Paru kasus baru.

Hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran bahwa sebagian besar klien TB Paru berhasil dari status sosial rendah.

f. Pengetahuan (*knowledge*)

Berdasarkan penelitian Yoga C (2001) dikutip Makhfudli (2010) salah satu penunjang keberhasilan pengobatan TB Paru adalah dengan mengetahui seberapa jauh pengetahuan klien mengenai TB Paru.

Persepsi masyarakat dan kemungkinan mengambil tindakan dapat dipengaruhi oleh pengetahuan dan kontak sebelumnya dengan penyakit (Dennill et al., 1999 dalam Mtaita, 2009). Sebuah persepsi risiko TB Paru dapat membuat orang merasa rentan terhadap infeksi TB Paru dan menghindari terlibat dalam perilaku berisiko. Namun, ketakutan TB Paru tidak selalu mengarah pada persepsi tinggi risiko infeksi TB (Dennill et al., 1999 dalam Mtaita, 2009).

Relevan pengetahuan dan persepsi positif merupakan faktor predisposisi untuk perubahan perilaku, membuat orang lebih cenderung untuk mencari kesehatan dan perawatan medis (Dennill et al., 1999 dalam Mtaita, 2009). Pengetahuan tentang TB Paru yang cukup dapat membuat orang untuk mencegah penyebaran dan mencari pengobatan dini. Persepsi individu yang berkaitan dengan faktor-faktor seperti kerentanan pribadi, keparahan, manfaat dan hambatan merupakan prediktor penting dari perilaku pencegahan TB Paru (Becker 1974 dalam Mtaita, 2009).

Pengetahuan masyarakat, sikap, dan persepsi terhadap kesehatan dalam penyakit umum dan khusus, seperti TB Paru dapat mempengaruhi perilaku mereka (Petrovici & Ritson 2006 dalam Mtaita, 2009). Faktor-

faktor ini dapat mempengaruhi kesehatan mencari, memahami diagnosis dan pengobatan, memulai pengobatan dan kepatuhan, dan interaksi umum dengan penyedia layanan kesehatan. Kecuali orang yang berpengetahuan mereka tidak akan mendapatkan pengobatan dan pengendalian TB Paru akan menjadi hampir mustahil, sebagai strategi utama untuk pengendalian TB Paru global bergantung pada diri-presentasi orang dewasa dari masyarakat dan pemeriksaan BTA untuk diagnosis TB Paru (Kasse et al., 2006 dalam Mtaita, 2009).

Pengetahuan dan persepsi mengenai TB Paru merupakan langkah awal penting dalam perencanaan pendidikan TB Paru program kesehatan dalam rangka untuk menghilangkan kesalahpahaman dan meningkatkan baik pengetahuan dan tingkat kesadaran TB Paru dalam masyarakat (Robillard et al., 2002 dikutip Alcon, 2005 dalam Mtaita, 2009).

2. Manfaat dan kerugian/hambatan yang dirasakan (*perceived benefits minus perceived barriers*)

a. Persepsi manfaat yang dirasakan (*perceived benefits*)

Penerimaan seseorang terhadap pengobatan penyakit dapat disebabkan karena keefektifan dari tindakan yang dilakukan untuk mencegah penyakit.

Menurut Jones & Bartlett (n.d.) yang dimaksudkan dengan manfaat yang dirasakan, yaitu pendapat seseorang dari nilai atau kegunaan dari suatu perilaku baru dalam mengurangi risiko pengembangan penyakit. Orang-orang cenderung mengadopsi perilaku sehat ketika mereka percaya perilaku baru akan mengurangi resiko mereka untuk berkembangnya suatu penyakit.

b. Persepsi hambatan yang dirasakan (*perceived barriers*)

Dampak negatif yang ditimbulkan oleh tindakan pencegahan akan mempengaruhi seseorang untuk bertindak. Pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan daripada hambatan atau rintangan yang mungkin ditemukan dalam melakukan tindakan tersebut.

Karena perubahan adalah bukan sesuatu yang datang dengan mudah bagi kebanyakan orang, konstruk terakhir dari HBM adalah masalah hambatan yang dirasakan untuk berubah. Ini adalah evaluasi individu sendiri atas hambatan yang dihadapi untuk mengadopsi perilaku baru. Dari semua konstruksi, hambatan yang dirasakan adalah yang paling signifikan dalam menentukan perubahan perilaku (Janz & Becker, 1984 dalam Jones & Bartlett (n.d.)).

Dalam rangka untuk perilaku baru yang akan diadopsi, seseorang perlu untuk percaya manfaat dari perilaku baru lebih besar daripada konsekuensi melanjutkan perilaku lama (Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit A.S., 2004 dalam Jones & Bartlett (n.d.)). Hal ini memungkinkan hambatan yang harus diatasi dan perilaku baru yang akan diadopsi. Beberapa hambatan termasuk kesulitan dengan memulai perilaku baru atau mengembangkan kebiasaan baru, takut tidak mampu melakukan pemeriksaan dengan benar, rasa menyerah untuk melakukan deteksi dini, dan malu (Umeh & Rogan-Gibson, 2001 dalam Jones & Bartlett (n.d.)).

3. Persepsi kerentanan/keseriusan yang dirasakan (*perceived susceptibility/perceived severity*)

a. Persepsi kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*)

Persepsi seseorang terhadap risiko dari suatu penyakit agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia merasa rentan terhadap penyakit tersebut.

Risiko pribadi atau kerentanan adalah salah satu persepsi yang lebih kuat dalam mendorong orang untuk mengadopsi perilaku sehat. Semakin besar risiko yang dirasakan, semakin besar kemungkinan terlibat dalam perilaku untuk mengurangi risiko (de Wit et al., 2005 dalam Rawlett, 2011).

Persepsi kerentanan menjelaskan perilaku dalam beberapa situasi, tetapi tidak semua. Ketika persepsi kerentanan dikombinasikan dengan keseriusan, mereka baru berpersepsi ada dalam ancaman (Tandu & Rosenstock, 1997 dalam Lizewski et al., 2010). Jika persepsi ancaman adalah penyakit serius yang memiliki contoh risiko nyata, perilaku sering berubah.

b. Persepsi keseriusan yang dirasakan (*perceived severity*)

Tindakan seseorang dalam mencari pengobatan dan pencegahan penyakit dapat disebabkan karena keseriusan dari suatu penyakit yang dirasakan, misalnya: kecacatan atau kelumpuhan, dan juga dampak sosial seperti dampak terhadap pekerjaan, kehidupan keluarga dan hubungan sosial.

Konstruksi keseriusan yang dirasakan berbicara dengan kepercayaan individu tentang keseriusan atau keparahan penyakit. Sementara persepsi

keseriusan sering didasarkan pada informasi medis atau pengetahuan, juga dapat berasal dari keyakinan seseorang bahwa ia akan mendapat kesulitan akibat penyakit dan akan membuat atau berefek pada hidupnya secara umum (McCormick-Brown, 1999 dalam Jones & Bartlett (n.d.)).

4. Persepsi ancaman yang dianggap (*perceived threat*)

Yenita (2011) menjelaskan bahwa tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong pula oleh keseriusan panyakit tersebut atau ancaman yang dilihat mengenai gejala dan penyakit terhadap individu atau masyarakat.

5. Isyarat atau tanda untuk bertindak (*cues to action*)

Kesiapan seseorang akibat kerentanan dan manfaat yang dirasakan dapat menjadi faktor potensial untuk melakukan tindakan. Selain faktor lingkungan, media massa, atau anjuran dari keluarga, teman dan sebagainya. HBM menyatakan bahwa perilaku juga dipengaruhi oleh isyarat untuk bertindak. Isyarat untuk bertindak merupakan peristiwa seseorang atau pemikiran berpindah ke orang lain untuk merubah perilaku mereka.

Jones & Bartlett (n.d.) berpendapat bahwa selain empat keyakinan atau persepsi dan variabel memodifikasi, HBM menunjukkan bahwa perilaku juga dipengaruhi oleh isyarat untuk bertindak. Isyarat untuk bertindak adalah peristiwa dimana orang-orang untuk mengubah perilaku mereka. Contohnya termasuk penyakit dari anggota keluarga dan laporan dari media (Graham, 2002), media massa melalui kampanye, saran dari lainnya, kartu pos pengingat dari penyedia layanan kesehatan (Ali, 2002), atau label peringatan kesehatan pada produk.

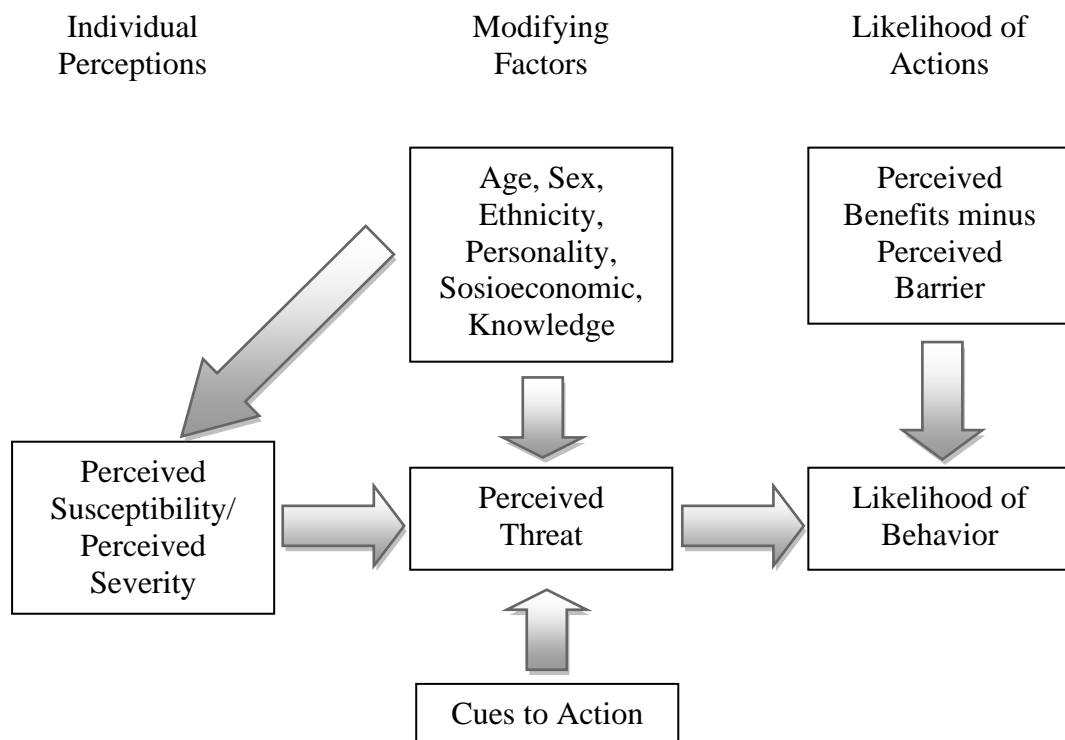
6. Kemungkinan perubahan perilaku (*likelihood behavior*)

Jones & Bartlett (n.d.) mengemukakan bahwa jika seseorang percaya suatu perilaku baru yang berguna (manfaat dirasakan), dan berpikir bahwa dia akan mampu melakukan itu, kemungkinan bahwa hal itu akan dilakukan sehingga terjadinya kemungkinan perubahan perilaku.

7. *Self-efficacy* (percaya kemampuan diri)

Pada tahun 1988, *self-efficacy* ditambahkan dengan empat keyakinan asli dari HBM (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988 dalam Jones & Bartlett (n.d.)). *Self-efficacy* adalah kepercayaan pada kemampuan sendiri untuk melakukan sesuatu (Bandura, 1977 dalam Jones & Bartlett (n.d.)). Orang umumnya tidak mencoba untuk melakukan sesuatu yang baru kecuali mereka pikir mereka bisa melakukannya. Jika seseorang percaya suatu perilaku baru yang berguna (manfaat dirasakan), tetapi berpikir dia tidak mampu melakukan itu (penghalang dirasakan), kemungkinan bahwa hal itu tidak akan dilakukan.

Singkatnya, menurut Health Belief Model, variabel memodifikasi, isyarat untuk tindakan, dan *self-efficacy* mempengaruhi persepsi kita tentang kerentanan, keseriusan, manfaat, dan hambatan dalam perilaku kita (Jones & Bartlett (n.d.)).

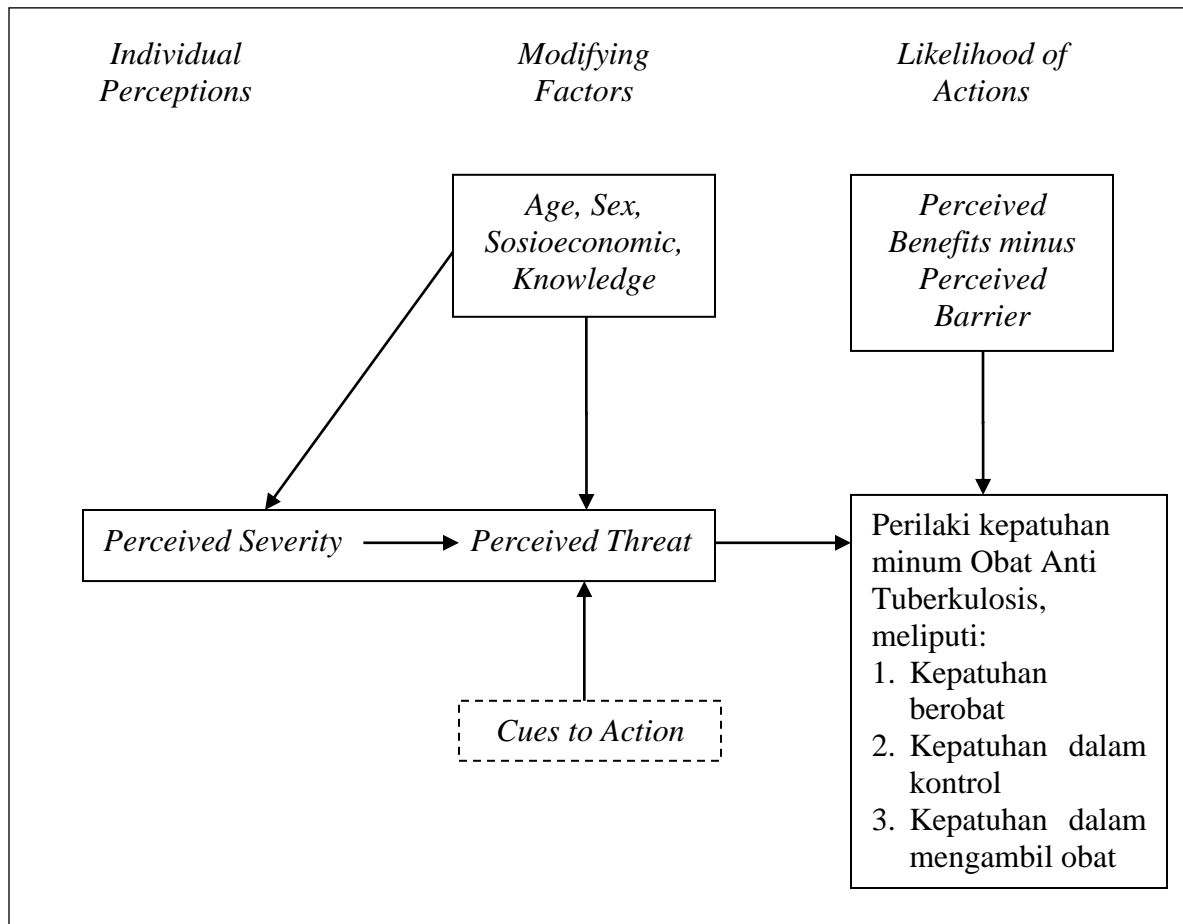


Gambar 2.2 Stretcher, V., Rosenstock I.M. (1997). The Health Belief Model. In Glanz K., Lewis F.M., & Rinner B.K., (Eds) *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. San Fransisco: Jossey-Bass. Reprinted with permission. In Jones & Bartlett (n.d.)

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Keterangan: Diukur

Tidak Diukur

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Perilaku Kepatuhan Klien TB Paru dalam Berobat Berbasis Teori *Health Belief Model* di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012

Dari gambar 3.1 dapat dijelaskan bahwa dimulai dari adanya input yaitu teori *Health Belief Model* yang akan mempengaruhi empat persepsi yang berfungsi sebagai konstruksi utama model: keseriusan dirasakan, kerentanan yang dirasakan, manfaat yang dirasakan, dan hambatan yang dirasakan. Masing-masing persepsi, secara individual atau dalam kombinasi, dapat digunakan untuk menjelaskan perilaku kesehatan. Baru-baru ini, konstruksi lainnya telah ditambahkan ke HBM, dengan demikian, model telah diperluas untuk mencakup isyarat untuk bertindak, faktor motivasi, dan *self-efficacy* (percaya kemampuan diri). Sehingga outputnya ditunjukkan pada perilaku kepatuhan klien TB Paru dalam berobat.

3.2 Hipotesis

1. Ada hubungan faktor usia dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan.
2. Ada hubungan faktor jenis kelamin dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan.
3. Ada hubungan faktor sosio-ekonomi dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan.
4. Ada pengaruh faktor pengetahuan dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan.
5. Ada pengaruh persepsi manfaat dan kerugian/hambatan yang dirasakan terhadap perilaku minum obat.
6. Ada pengaruh persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan terhadap perilaku minum obat.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Menurut Nursalam (2008) yang dimaksud dengan rancangan penelitian atau metode penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang dapat mempengaruhi akurasi suatu hasil.

4.1 Rancangan Penelitian

Nursalam (2008) menjelaskan bahwa pemilihan dan penetapan rancangan penelitian dilakukan setelah perumusan hipotesis penelitian. Pada penelitian ini, penulis menggunakan jenis penelitian deskriptif-analitik dengan pendekatan *cross sectional*, yaitu jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat. Penulis akan melakukan pengukuran pada klien TB Paru mengenai perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru sebagai variabel independen sedangkan variabel dependen meliputi: 1) faktor modifikasi (*modifying factors*), meliputi: usia (*age*), jenis kelamin (*sex*), dan pengetahuan (*knowledge*); 2) persepsi manfaat dan kerugian/hambatan yang dirasakan (*perceived benefits minus dan perceived barrier*); dan 3) persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan (*perceived severity dan perceived threat*).

4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel (*sample size*) dan Teknik Pengambilan Sampel

4.2.1 Populasi

Menurut Arikunto (2010) populasi adalah keseluruhan subjek penelitian. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh klien TB Paru di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya yang telah menjalani pengobatan pada triwulan ke-4 pada bulan Oktober-Desember 2012 sebanyak 30 responden.

4.2.2 Sampel

Nursalam (2008) berpendapat bahwa sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling.

4.2.3 Besar sampel (*sample size*)

Nursalam (2008) menyebutkan bahwa didalam penentuan besar sampel perlu memperhatikan:

1. Jika besar populasi ≥ 1000 , maka sampel bisa 20-30%
2. Jika besar populasi < 1000 , maka :

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d(N-1) + z \cdot p \cdot q}$$

Atau

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

d = tingkat signifikansi (p)

Dalam penelitian ini berdasarkan rumus yang diatas maka besar sampel yang didapatkan penulis, yaitu sebesar 28 responden. Didalam penelitian ini penulis telah menentukan kriteria inklusi, sebagai berikut: 1) bersedia menjadi responden; 2) dapat membaca dan menulis; 3) responden dapat kooperatif dengan penulis; 4) usia responden berkisar 15-65 tahun; 5) telah menjalani program pengobatan pada triwulan ke-4; dan 6) telah menjalani pengobatan lebih dari 1 bulan. Kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah: 1) terdapat keadaan atau penyakit yang mengganggu pengukuran maupun interpretasi hasil; 2) terdapat keadaan yang mengganggu pelaksanaan, seperti responden yang tidak mempunyai tempat tinggal tetap sehingga sulit ditindaklanjuti; 3) hambatan etis; dan 4) responden menolak berpartisipasi.

4.2.4 Teknik pengambilan sampel

Sampling pada penelitian ini menggunakan *nonprobability sampling*, yaitu *purposive sampling* disebut juga *judgement sampling* adalah suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya.

4.3 Variabel Penelitian

Menurut Notoatmodjo (2010) variabel mengandung pengertian ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain. Arikunto (2010) berpendapat bahwa variabel

merupakan istilah yang tidak pernah ketinggalan dalam jenis penelitian. Variabel penelitian pada dasarnya adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2010).

4.3.1 Variabel independen

Menurut Nursalam (2008) variabel independen merupakan variabel yang nilainya menentukan variabel lain. Variabel dalam penelitian ini, yaitu: 1) faktor modifikasi (*modifying factors*), meliputi: usia (*age*), jenis kelamin (*sex*), dan pengetahuan (*knowledge*); 2) persepsi manfaat dan kerugian/hambatan yang dirasakan (*perceived benefits minus* dan *perceived barrier*); dan 3) persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan (*perceived severity* dan *perceived threat*).

4.3.2 Variabel dependen

Variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel respons akan muncul sebagai akibat dari manipulasi variabel-variabel lain (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini variabel dependen, yaitu: perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru.

Tabel 4.1 Variabel Independen dan Dependen Perilaku Kepatuhan dalam Berobat pada Klien TB Paru Berbasis Teori *Health Belief Model* di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012

| Variabel | Keterangan | Indikator |
|-----------|--|---|
| X1 | Faktor modifikasi (<i>modifying factors</i>) | X1.1 Usia (<i>age</i>) X1.2 Jenis kelamin (<i>sex</i>) X1.3 Sosio-ekonomi (<i>socioeconomic</i>) X1.4 Pengetahuan (<i>knowledge</i>) |

| Variabel | Keterangan | Indikator |
|-----------|--|---|
| X2 | Persepsi manfaat dan kerugian/hambatan yang dirasakan (<i>perceived benefits minus</i> dan <i>perceived barrier</i>) | X2.1 Persepsi manfaat yang dirasakan (<i>perceived benefits</i>) |
| | | X2.2 Persepsi kerugian/hambatan yang dirasakan (<i>perceived barrier</i>) |
| X3 | Persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan (<i>perceived severity</i> dan <i>perceived threat</i>) | X3.1 Persepsi keseriusan yang dirasakan (<i>perceived severity</i>) |
| | | X3.2 Persepsi ancaman yang dirasakan (<i>perceived threat</i>) |
| Y1 | Perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru | |

4.3.3 Definisi operasional

Perumusan definisi operasional dalam penelitian ini diuraikan dalam tabel berikut ini.

Tabel 4.2 Definisi Operasional Perilaku Kepatuhan dalam Berobat pada Klien TB Paru Berbasis Teori *Health Belief Model* di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012

| Variabel | Definisi Oprasional | Parameter | Alat Ukur | Skala | Skor |
|-----------------------------------|---|--|---------------------|---------|---|
| Independen (X) | | | | | |
| X1.1 Usia (<i>age</i>) | Lama hidup klien TB Paru (kasus/kontrol) pada saat didiagnosa menderita TB Paru dengan BTA positif dan dinyatakan dalam tahun dengan pembulatan setengah tahun keatas berdasarkan kartu | Usia yang diuji dikelompokkan menjadi 2 kategori (Harlock, 2002) | Kartu klien (TB 01) | Nominal | Kategori: 1 = Kelompok usia 15-45 tahun (dewasa awal) 2 = Kelompok usia 46-65 tahun (dewasa madya) (Hurlock, 2002 dalam Makhfudli, 2010) |
| X1.2 Jenis kelamin (<i>sex</i>) | Penggolongan klien TB Paru (kasus/kontrol) berdasarkan gender | Kategori laki-laki dan perempuan | Kartu klien (TB 01) | Nominal | Kategori: 2 = Laki-laki 1 = Perempuan |

| Variabel | Definisi Oprasional | Parameter | Alat Ukur | Skala | Skor |
|--|--|---|------------------------|---------|--|
| X1.3 Sosio-ekonomi (<i>socioeconomic</i>) | Mata pencarian utama untuk melangsungkan kehidupan klien TB Paru (kasus/kontrol) | Pekerjaan yang diuji dikelompokkan menjadi 2 kategori | Kartu klien (TB 01) | Nominal | Kategori: 2 = Bekerja (swasta, petani, nelayan, pedagang) 1 = Tidak bekerja |
| X1.4 Pengetahuan (<i>knowledge</i>) | Hal-hal yang diketahui klien sehubungan dengan penyakit TB Paru | Pertanyaan sehubungan dengan penyakit TB Paru: 1. TB Paru adalah penyakit yang disebabkan oleh kuman <i>Mycobacterium tuberculosis</i> : Benar 2. Penyakit TB Paru adalah penyakit menular: Benar 3. Penyakit TB Paru dapat disembuhkan dengan pengobatan yang tepat: Benar 4. Gejala utama penyakit TB Paru adalah batuk lebih dari 2 (dua) minggu: Benar 5. Penyakit TB Paru menular melalui menggunakan alat makan bersama-sama: Salah | Kuesioner | Ordinal | Skor untuk jawaban: Benar = 1 Salah = 0 Kategori pengetahuan: 3 = Baik = 76%-100% 2 = Cukup = 56%-75% 1 = Kurang = ≤ 55% (Arikunto, 2010) |

| Variabel | Definisi Oprasional | Parameter | Alat Ukur | Skala | Skor |
|--|---|--|-----------|---------|---|
| | | 6. Meludah disembarangan tempat tidak ada hubungannya dengan TB Paru: Salah 7. Lama pengobatan TB Paru adalah 5 (lima) bulan: Salah 8. Obat merah diminum bulan ke empat: Salah 9. Mencegah TB Paru sebaiknya tidak tidur sekamar dengan penderita: Salah 10. Penyakit TB Paru akan lebih parah dan lebih sulit diobati jika penderita tidak teratur minum obat: Benar | | | |
| X2.1 Persepsi manfaat yang dirasakan (<i>perceived benefits</i>) | Bagaimana seseorang memandang manfaat yang muncul dari indikator medis/fisik dan psikososial dalam melakukan sesuatu perilaku untuk mengurangi risiko | 1. Manfaat secara medis jika melakukan pengobatan TB Paru 2. Manfaat secara psikososial jika melakukan pengobatan TB Paru | Kuesioner | Ordinal | Terdapat 9 pernyataan positif: SS = 4, S = 3, TS = 2 STS = 1. Sedangkan untuk pernyataan negatif ada 9: SS = 1, S = 2, TS = 3 |

| Variabel | Definisi Oprasional | Parameter | Alat Ukur | Skala | Skor |
|---|--|---|-----------|---------|--|
| | | | | | STS = 4, 2 = Sikap positif bila nilai skor = $T \geq$ mean 1 = Negatif bila skor = $<$ mean (Azwar, 2010) |
| X2.2 Persepsi kerugian / hambatan yang dirasakan (<i>perceived barrier</i>) | Bagaimana seseorang memandang hambatan yang muncul dari dalam diri seseorang saat menjalani pengobatan TB Paru | 1. Hambatan praktis yang muncul saat menjalani pengobatan TB Paru 2. Hambatan psikologis saat menjalani pengobatan TB Paru | Kuesioner | Ordinal | Terdapat 6 pernyataan positif : SS = 4, S = 3, TS = 2, STS = 1. Sedangkan untuk pernyataan negatif ada 4: SS = 1, S = 2, TS = 3 STS = 4, 2 = Sikap positif bila nilai skor = $T \geq$ mean 1 = Negatif bila |

| Variabel | Definisi Oprasional | Parameter | Alat Ukur | Skala | Skor |
|---|---|---|---|---------|--|
| X3.2 Persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan (<i>perceived severity</i> dan <i>perceived threat</i>) | Pendapat seseorang tentang tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit TB Paru akan didorong pula oleh keseriusan panyakit tersebut atau ancaman yang dilihat mengenai gejala dan penyakit terhadap individu atau masyarakat | 1. Keparahan akibat penyakit TB Paru yang diderita Keparahan dari penyakit TB Paru yang diderita yang muncul secara langsung/bertahap 2. Keparahan dari penyakit TB Paru yang diderita yang muncul dalam waktu dekat/pada masa yang akan datang | Kuesioner | Ordinal | <p>skor = < Mean (Azwar, 2010)</p> <p>Terdapat 5 pertanyaan positif : SS = 4, S = 3, TS = 2, STS = 1. Sedangkan untuk pernyataan negatif ada 5: SS = 1, S = 2, TS = 3 STS = 4, 2 = Sikap positif bila nilai skor = $T \geq \text{mean}$ 1 = Negatif bila skor = <</p> <p>(Azwar, 20</p> |
| Y1.1 Perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru | Kesadaran meminum obat anti tuberkulosis pada dua bulan pertama sesuai dengan aturan | Patuh berobat jika: 1. Obat diambil sesuai jadwal tiap 10 hari sekali 2. Obat diminum sesuai aturan minum obat setiap hari | 1. Kuesioner 2. Catatan PMO 3. Pengambilan obat | Ordinal | <p>Skor untuk jawaban: 1. Jadwal kontrol (Rutin = 1,</p> |

| Variabel | Definisi Oprasional | Parameter | Alat Ukur | Skala | Skor |
|----------|---------------------|--|--------------------------------|-------|---|
| | | 3. Obat habis tepat pada waktunya sesuai kartu berobat | tepat | | Tidak Rutin = 0) |
| | | | 4. Kontrol tepat waktu | | 2. Jadwal pengambilan obat (Rutin = 1, Tidak Rutin = 0, Sisa obat (0 = 1, > 0 = 0) |
| | | | 5. Check list pengambilan obat | | Kategori kepatuhan: 2 = Patuh: 100% 1 = Tidak patuh: < 100% (Arikunto, 2010) |

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh penulis dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih muda dan baik, dalam arti lebih cermat, lengkap, dan sistematis sehingga lebih mudah diolah (Arikunto, 2010). Instrumen dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner yang merupakan sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya atau hal-hal yang diketahuinya agar dapat diketahui data yang diperlukan dalam penelitian, kuesioner dalam penelitian ini diadopsi dari buku pedoman konseling penyakit TB Paru oleh Kemenkes, 2011. Instrumen dalam penelitian ini menggunakan: Lembar permintaan menjadi responden penelitian, lembar persetujuan menjadi responden, dan lembar kuisisioner. Kuisisioner yang memuat variabel yang diteliti, yaitu 1) faktor modifikasi (*modifying factors*), meliputi: usia (*age*), jenis kelamin (*sex*), dan pengetahuan (*knowledge*); 2) persepsi manfaat dan kerugian/hambatan yang dirasakan (*perceived benefits minus* dan *perceived barrier*); 3) persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan (*perceived severity* dan *perceived threat*); dan 4) perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru. Masing-masing variabel tersebut dijabarkan melalui beberapa pertanyaan dan pernyataan. Kuisisioner termuat pada lampiran.

Variabel pengetahuan diberikan dalam bentuk 10 pertanyaan dengan jawaban pilihan. Setiap pertanyaan yang dijawab benar diberi bobot 1 (satu) pada nomor (1, 2, 3, 4, dan 10) dan salah diberi bobot 0 (nol) pada nomor (5, 6, 7, 8, dan 9), setelah prosentase diketahui kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan kategori: 3. Baik = 76%-100%, 2. Cukup = 56%-75%, dan 1. Kurang = $\leq 55\%$.

Variabel sikap terhadap persepsi menggunakan skala likert yang terdiri dari 4 alternatif jawaban yaitu sangat setuju, setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju. Untuk persepsi responden diberikan dalam bentuk masing-masing 10 pernyataan. Pada pertanyaan yang bersifat *favorable* (positif) jawaban sangat setuju diberi nilai 4, setuju diberi nilai 3, tidak setuju diberi nilai 2, dan sangat tidak setuju diberi nilai 1. Sebaliknya pada pertanyaan *unfavorable* (negatif) jawaban sangat setuju diberi nilai 1, setuju diberi nilai 2, tidak setuju diberi nilai 3, dan sangat tidak setuju diberi nilai 4. Persepsi manfaat dengan pernyataan positif berada pada nomor (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, dan 10) sedangkan pernyataan negatif berada pada nomor (5), persepsi hambatan dengan pernyataan positif berada pada nomor (5, 7, 8, dan 10), sedangkan pernyataan negatif berada pada nomor (1, 2, 3, 4, dan 9), persepsi keseriusan dan ancaman dengan pernyataan positif berada pada nomor (1, 2, 3, 4, 7, dan 8) sedangkan pernyataan negatif berada pada nomor (5, 6, 9, dan 10). Kategori penilaian persepsi, yaitu: 2. Persepsi positif bila nilai skor = $T \geq \text{mean}$, sedangkan 1. Persepsi negatif bila skor = $< \text{mean}$.

Variabel dependennya adalah aspek tindakan yang dilakukan dengan observasi, observasi merupakan cara pengumpulan data dengan melakukan pengamatan secara langsung kepada responden penelitian untuk mencari perubahan yang akan diteliti. Dalam metode observasi ini, instrumen yang digunakan adalah lembar observasi yang berdasarkan suatu daftar pertanyaan yang telah dipersiapkan lebih dahulu oleh penulis. Patuh berobat jika: obat diambil sesuai jadwal tiap 10 hari sekali, obat diminum sesuai aturan minum obat setiap hari, dan obat habis tepat pada waktunya sesuai kartu berobat. Skor untuk jawaban: jadwal kontrol (rutin = 1, tidak rutin = 0) dan jadwal pengambilan obat

(rutin = 1, tidak rutin = 0, sisa obat ($0 = 1, > 0 = 0$). Kategori kepatuhan: patuh: 100% dan tidak patuh: $< 100\%$. Data yang telah dikumpulkan kemudian ditabulasi. Data yang dianggap memenuhi syarat untuk selanjutnya diberi tanda khusus (*coding*) untuk menghindari pencantuman identitas atau menghindari adanya kesalahan dan duplikasi entri data.

Sebelum instrument digunakan, diujicobakan terlebih dahulu, uji coba instrument bertujuan:

1. Memperoleh dasar perbaikan dan persamaan persepsi antara penulis, pewawancara responden dari bagian-bagian pertanyaan yang perlu diperbaiki.
2. Mengetahui tingkat validas dan reliabilitas instrument yang akan digunakan.

Tingkat validitas dan reabilitas instrument dilakukan uji stastistik analisis item instrument, yaitu dengan menggunakan uji analisis linier berganda dengan menggunakan bantuan *software* statistik.

1. Uji validitas

Validitas adalah tingkat keandalan dan kesahihan alat ukur yang digunakan digunakan dalam penelitian. untuk memdapatkan data itu valid atau dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya di ukur (Sugiyono, 2010). Dengan demikian, instrumen yang valid merupakan instrumen yang benar-benar tepat untuk mengukur apa yang hendak di ukur. Uji validitas berguna untuk mengetahui apakah ada pernyataan-pernyataan pada kuesioner yang harus dibuang/diganti karena dianggap tidak relevan. Teknik untuk mengukur validitas kuesioner adalah sebagai berikut dengan menghitung korelasi antar data pada masing-masing pernyataan dengan skor total, memakai rumus korelasi *product moment*, sebagai berikut :

$$r = \frac{n(\sum XY) - \sum X \sum Y}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Keterangan:

r : Koefisien korelasi antara x dan y r_{xy}

n : Jumlah Subyek

X : Skor item

Y : Skor total

$\sum X$: Jumlah skor items

$\sum Y$: Jumlah skor total

$\sum X^2$: Jumlah kuadrat skor item

$\sum Y^2$: Jumlah kuadrat skor total

Tabel 4.3 Rekapitulasi Uji Validitas Item Instrumen Penelitian Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru Berbasis Teori *Health Belief Model* di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012

| Item Instrumen | No. | R | Ket. |
|---------------------------------|------|------------------|-------|
| Pengetahuan | 1-10 | 0,0951 s/d 0,954 | Valid |
| Persepsi manfaat | 1-10 | 0,0951 s/d 0,954 | Valid |
| Persepsi hambatan | 1-10 | 0,0951 s/d 0,954 | Valid |
| Persepsi keseriusan dan ancaman | 1-10 | 0,0951 s/d 0,954 | Valid |
| Kepatuhan berobat | 1 | 0,954 | Valid |

Sumber : Data Primer 2012 (diolah)

Tabel 4.3 menunjukkan uji validitas dengan menggunakan *product moment* didapatkan hasil bahwa semua butir pertanyaan pada instrument valid dengan $R > 0,0950$. Hasil terinci terdapat pada lampiran 8.

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas berguna untuk menetapkan apakah instrumen yang dalam hal ini kuesioner dapat digunakan lebih dari satu kali, paling tidak oleh responden yang sama akan menghasilkan data yang konsisten. Reliabilitas instrumen adalah hasil pengukuran yang dapat dipercaya. Reliabilitas instrumen diperlukan untuk mendapatkan data sesuai dengan tujuan pengukuran. Untuk mencapai hal tersebut, dilakukan uji reliabilitas dengan menggunakan metode *alpha cronbach* diukur berdasarkan skala *alpha cronbach* 0 sampai 1. Rumus untuk menghitung koefisien reliabilitas instrument menggunakan *alpha cronbach* adalah sebagai berikut:

$$r = \left[\frac{k}{(k-1)} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma_s^2}{\sigma_t^2} \right]$$

Keterangan:

r : Koefisien reliabilitas instrument (cronbach alpha)

k : Banyak butir pertanyaan atau banyaknya soal

$\sum \sigma_s^2$: Total varians butir

σ_t^2 : Total varians

Jika skala itu dikelompokkan ke dalam lima kelas dengan reng yang sama, maka ukuran kemantapan alpha dapat diinterpretasikan sebagai berikut:

- Nilai alpha Cronbach 0,00 s/d 0,20, berarti kurang reliabel
- Nilai alpha Cronbach 0,21 s/d 0,40, berarti agak reliable
- Nilai alpha Cronbach 0,42 s/d 0,60, berarti cukup reliabel
- Nilai alpha Cronbach 0,61 s/d 0,80, berarti reliabel
- Nilai alpha Cronbach 0,81 s/d 1,00, berarti sangat reliabel

Tabel 4.4 Rekapitulasi Uji Reliabilitas Item Instrumen Penelitian Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru Berbasis Teori *Health Belief Model* di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012

| Item Instrumen | No. | Alpha | Ket. |
|---------------------------------|------|-----------------|-----------------|
| Pengetahuan | 1-10 | 0,962 s/d 0,965 | Sangat reliabel |
| Persepsi manfaat | 1-10 | 0,962 s/d 0,965 | Sangat reliabel |
| Persepsi hambatan | 1-10 | 0,962 s/d 0,965 | Sangat reliabel |
| Persepsi keseriusan dan ancaman | 1-10 | 0,962 s/d 0,965 | Sangat reliabel |
| Kepatuhan berobat | 1 | 0,962 s/d 0,965 | Sangat reliabel |

Sumber : Data Primer 2012 (diolah)

Tabel 4.4 menunjukkan uji reliabilitas menggunakan *Cronbach Alpha* didapatkan bahwa semua butir pertanyaan pada instrument sangat reliabel dengan nilai alpha 0,962 s/d 0,965. Hasil terinci terdapat pada lampiran 8.

4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian akan dilaksanakan di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya dan di rumah masing-masing responden pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012.

4.6 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data

Selama proses pengumpulan data, peneliti memfokuskan pada penyediaan subjek, melatih tenaga pengumpul data (jika diperlukan), memperhatikan prinsip-prinsip validitas dan rehabilitas, serta menyelesaikan masalah-masalah yang terjadi agar data dapat terkumpul sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan.

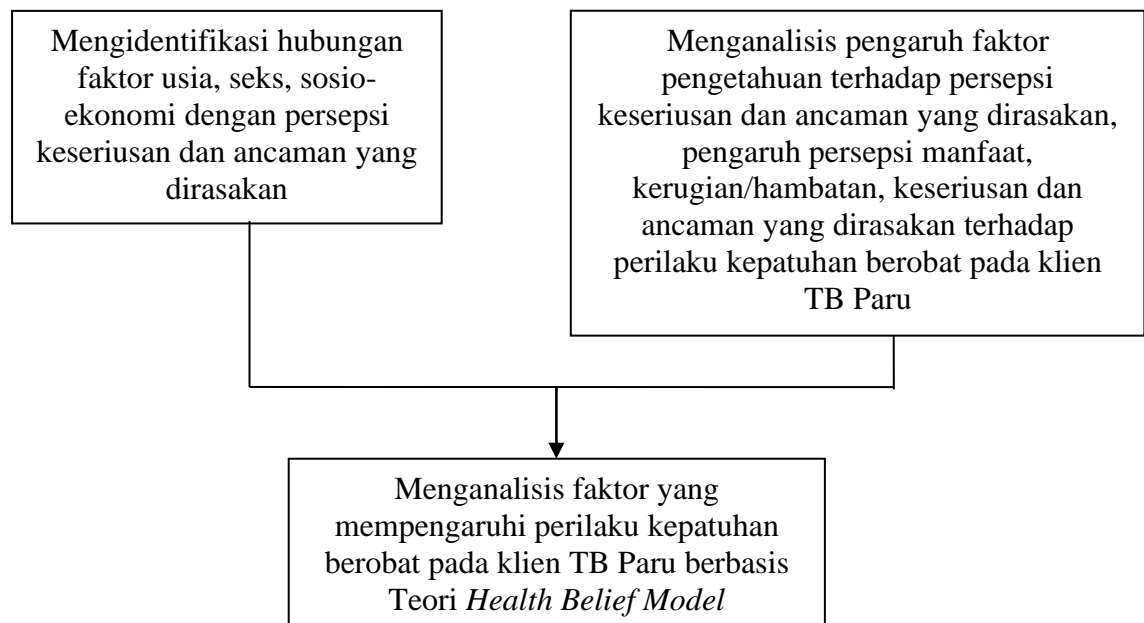
Proses awal untuk studi pendahuluan pada penelitian ini, penulis mengajukan surat untuk studi pendahuluan ke Rumah Sakit Paru Surabaya ke bagian akademik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya pada tanggal 21 September 2012. Kemudian peneliti mendapatkan surat tersebut pada

tanggal 26 September 2012. Setelah itu dilanjutkan dengan penyerahan surat permohonan ijin pengambilan data awal ke bagian Penelitian dan Pengembangan Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 05 Oktober 2012. Setelah itu surat tersebut didisposisikan ke Kepala Diklat Keperawatan Rumah Sakit Paru Surabaya dan dianjurkan untuk pengambilan data awal ke bagian Rekam Medik Rumah Sakit Paru Surabaya. Setelah pengambilan data tersebut, peneliti menuju Poli I Rumah Sakit Surabaya untuk pengambilan data awal TB-07, TB-08, dan TB-11 pada tanggal 10 Oktober 2012 dengan tujuan untuk mengetahui prevalensi tingkat kesembuhan pada klien TB Paru dalam menjalani pengobatan TB Paru. Pengambilan data awal dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui jumlah klien TB Paru di Rumah Sakit Paru Surabaya selama tahun 2010-September 2012.

Pada tanggal 4-14 Desember 2012 penulis melakukan penelitian dengan menemui klien TB Paru yang sedang melakukan kontrol rutin dan pengambilan obat anti TB Paru di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya yang memenuhi kriteria inklusi meliputi: 1) bersedia menjadi responden; 2) dapat membaca dan menulis; 3) responden dapat kooperatif dengan penulis; 4) usia responden berkisar 15-65 tahun; 5) telah menjalani program pengobatan pada triwulan ke-4; dan 6) telah menjalani pengobatan lebih dari 1 bulan dan menawarkan kepada responden untuk berpartisipasi dalam penelitian “Perilaku Kepatuhan Dalam Berobat Pada Klien TB Paru Berbasis *Teori Health Belief Model*”. Kemudian penulis menjelaskan kepada responden tujuan dan langkah dari penelitian serta memberikan surat permohonan menjadi responden untuk ditandatangani. Responden yang telah menyetujui *inform consent* kemudian mengisi kuesioner yang telah disediakan. Cara untuk mengurangi terjadinya pengisian kuesioner

yang tidak tepat (alasan-alasan, lupa, malas, dimanipulasi, dan lain-lain) adalah dengan memberikan motivasi tinggi untuk berpartisipasi dengan jujur karena penelitian ini selain bermanfaat untuk hasil penelitian juga bermanfaat untuk responden. Kuesioner yang telah terkumpul kemudian ditabulasi dan dianalisis dengan menggunakan piranti lunak kemudian dapat diketahui hasil penelitian berhubungan dan berpengaruh atau tidak.

4.7 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Perilaku Kepatuhan dalam Berobat pada Klien TB Paru berbasis Teori *Health Belief Model* di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012

4.8 Cara Analisis Data

Pada penelitian ini pengolahan data dengan menggunakan program komputerisasi. Pada variabel usia, jenis kelamin, dan sosio-ekonomi akan menggunakan uji *Che-Square*. Kuntoro (2007) menjelaskan bahwa uji *Che-*

Square atau lebih dikenal dengan istilah uji Chi Kuadrat (X^2) adalah pengujian hipotesis mengenai perbandingan antara frekuensi observasi yang benar-benar terjadi/aktual dengan frekuensi harapan/ekspektasi.

Rumus:

$$X^2 = \sum \frac{(f_0 - f_e)^2}{f_e}$$

Dimana:

X^2 = Nilai chi-kuadrat

f_0 = Frekuensi yang diharapkan

f_e = Frekuensi yang diperoleh/diamati

Sedangkan pada variabel pengetahuan, persepsi manfaat dan hambatan/kerugian yang dirasakan, dan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan menggunakan analisis data menggunakan statistik inferensial khususnya terkait dengan uji analisis regresi linear berganda, sebagai berikut: Regresi linier adalah metode statistika yang digunakan untuk membentuk model hubungan antara variabel terikat (dependen; respon; Y) dengan satu atau lebih variabel bebas (independen, prediktor, X). Apabila banyaknya variabel bebas hanya ada satu, disebut sebagai regresi linier sederhana, sedangkan apabila terdapat lebih dari 1 variabel bebas, disebut sebagai regresi linier berganda. Analisis regresi linear berganda digunakan untuk mengukur pengaruh antara lebih dari satu variabel prediktor (variabel bebas) terhadap variabel terikat (Kuntoro, 2007).

Rumus:

$$Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_nX_n$$

Y = variabel terikat

a = konstanta

b_1, b_2 = koefisien regresi

X_1, X_2 = variabel bebas

4.9 Masalah Etik (*Ethical Clearance*)

Dalam pelaksanaan penelitian ini, penulis akan mendapat surat pengantar ijin penelitian dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang ditujukan kepada Direktur Rumah Sakit Paru Surabaya. Setelah disetujui penulis akan melakukan penelitian dengan menekankan masalah etik tersebut meliputi:

4.9.1 Lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*)

Penulis akan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian dan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Jika klien TB Paru bersedia ikut dalam penelitian, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan untuk menjadi responden. Jika klien TB Paru menolak, maka penulis tidak akan memaksa dan tetap akan menghormati hak responden untuk menolak penelitian ini.

4.9.2 Tanpa nama (*anonymity*)

Penulis tidak akan mencantumkan identitas responden pada lembar pengumpulan data, hanya dengan menggunakan kode pada masing-masing lembar yang diisi atau diobservasi pada responden.

4.9.3 Kerahasiaan (*confidentiality*)

Kerahasiaan responden akan dijamin oleh penulis dengan baik tidak dicantumkan identitas responden dan hanya data tanpa nama yang akan disajikan sebagai hasil dari penelitian.

4.10 Keterbatasan

Dalam penelitian ini, penulis menghadapi beberapa keterbatasan yang dapat mempengaruhi kondisi dari penelitian yang dilakukan. Adapun keterbatasan tersebut, yaitu: Kebanyakan responden menolak penulis pada saat melakukan kunjungan rumah pada klien TB Paru yang mangkir dalam melakukan pengobatan. Hal tersebut dikarenakan pada saat penulis melakukan kunjungan rumah di kediaman responden, kebanyakan dari mereka merasa minder terhadap tetangga sekitar jika responden diketahui menderita TB Paru dan lebih ditakutkan adalah penulis berasal dari FKp UNAIR yang sedang melakukan penelitian di Rumah Sakit Paru Surabaya. Para responden takut bahwa mereka akan dikucilkan dari lingkungan sekitar, jika ketahuan menderita penyakit TB Paru.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil

Berikut ini akan diuraikan hasil penelitian yang telah dilaksanakan di Poli I Paru Rumah Sakit Paru Surabaya tentang perilaku kepatuhan dalam berobat pada klien TB Paru berbasis teori *health belief model*. Pengambilan data dilakukan mulai tanggal 4 Desember s/d 14 Desember 2012 terhadap klien TB Paru yang rawat jalan dan *home visit* dengan keseluruhan berjumlah 28 responden. Kuesioner yang digunakan adalah identitas pribadi, pengetahuan responden tentang penyakit TB Paru, persepsi responden tentang pengobatan TB Paru (persepsi manfaat, persepsi hambatan, persepsi keseriusan dan ancaman), *check list* pengambilan obat, dan catatan minum obat. Hasil tabulasi data diuji menggunakan uji Regresi Linier Berganda dengan ketentuan jika angka probabilitas $< 0,05$ maka ada hubungan yang signifikan antara kedua variabel tersebut. Jika angka probabilitas $> 0,05$ maka ada hubungan yang tidak signifikan antara kedua variabel. Data yang diperoleh disajikan dalam bentuk diagram dan tabel. Penyajian hasil dibagi dalam tiga bagian, yaitu: 1) gambaran umum lokasi penelitian; 2) data umum yang menampilkan karakteristik (data demografi) responden yang meliputi usia, jenis kelamin, dan sosio-ekonomi; serta 3) data khusus meliputi: a) hubungan faktor usia dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan; b) hubungan faktor jenis kelamin dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan; c) hubungan faktor sosio-ekonomi dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan; d) pengaruh faktor pengetahuan terhadap

persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan; e) pengaruh persepsi manfaat dan kerugian/hambatan yang dirasakan terhadap perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru; dan f) pengaruh persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan terhadap perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru. Hasil penelitian yang telah didapatkan kemudian dibahas dengan mengacu pada tujuan dan landasan teori pada tinjauan teori.

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Rumah Sakit Paru Surabaya merupakan Unit Pelaksana Teknis yang berada di bawah Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur berlokasi di wilayah Surabaya Utara tepatnya di Jalan Karang Tembok No. 39 Surabaya. Sesuai surat izin penyelenggaraan Rumah Sakit Khusus Pemerintah dari Gubernur Jawa Timur, nomor: P2T/1/03.26/XI/2010, jenis izin: penyelenggaraan Rumah Sakit Paru Surabaya adalah melaksanakan pengobatan penyakit paru melalui penyuluhan kesehatan paru, menetapkan diagnosis, mengobati dan merawat penderita serta melaksanakan sistem rujukan dalam usaha pencegahan, pemberantasan dan pengobatan penyakit paru.

Dengan dimulainya rawat inap di Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 6 Juni 1999 yang mengacu pada SK Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur no. 445/195/115.4/1999 tanggal 26 Mei 1999, maka sambutan masyarakat untuk mempergunakan Rumah Sakit Paru Surabaya sebagai tempat rawat inap saat ini makin besar dan tidak hanya penyakit paru, tetapi juga penyakit lainnya seperti Kulit & Kelamin, Mata, THT, Kandungan, Penyakit Dalam, Anak, Bedah dan lain-lain.

Rumah Sakit Paru Surabaya menyelenggarakan upaya kesehatan paru secara menyeluruh (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) menggunakan teknologi tepat guna, didukung peran-serta aktif masyarakat, kerjasama lintas sektor dan merupakan pusat pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan upaya kesehatan paru yang berorientasi pada kesehatan paru masyarakat. Dalam mewujudkan mutu pelayanan yang baik, maka Rumah Sakit Paru Surabaya ini mempunyai visi, yaitu “Menjadi Rumah Sakit Paru Rujukan di Jawa Timur dengan pelayanan selangkah lebih maju” dan salah satu misinya yaitu: 1) membentuk jejaring pelaksanaan rujukan dan kerja sama dengan lembaga & institusi terkait, khususnya dalam penanganan penyakit paru; 2) meningkatkan kualitas sumberdaya manusia; 3) melengkapi sarana dan prasarana sesuai dengan perkembangan teknologi; dan 4) melaksanakan penelitian tentang penyakit paru, dan penyakit lain, baik langsung maupun bekerja sama dengan pihak luar.

Salah satu bentuk unit pelayanan kesehatan yang diselenggarakan di Rumah Sakit Paru Surabaya, yaitu melalui pelayanan rawat jalan. Adapun tempat pengambilan data dilakukan di unit pelayanan rawat jalan (Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya). Jumlah tenaga kesehatan terdiri atas 4 orang, yaitu 1 orang dokter umum yang sudah dilatih program DOTS TB Paru, 2 orang perawat, dan 1 orang administrasi.

Pelaksanaan penanggulangan TB Paru di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya telah berjalan dengan baik. Setiap penderita yang dinyatakan menderita TB Paru dan harus mendapatkan pengobatan TB Paru secara teratur, di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya telah mempunyai prosedur tetap yaitu setiap penderita TB Paru baru diberikan konseling TB Paru sebanyak 5 kali selama

pengobatan 6 bulan, yaitu pada awal pengobatan, 10 hari berikutnya, satu minggu sebelum pengobatan tahap intensif, pada akhir tahap intensif, pada bulan kelima dan pada akhir pengobatan. Dengan materi tentang penyakit TB Paru dan pengobatannya, pencegahan penyakit TB Paru, kesanggupan berobat selama 6-9 bulan dan menentukan siapa PMO-nya.

5.1.2 Karakteristik demografi responden

1. Karakteristik responden TB Paru berdasarkan usia

Tabel 5.1 Karakteristik Responden TB Paru Berdasarkan Usia di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012

| Usia | Jumlah | Persentase |
|----------------------------|-----------|-------------|
| 15-45 tahun (dewasa awal) | 13 | 46,43% |
| 46-65 tahun (dewasa madya) | 15 | 53,57% |
| Total | 28 | 100% |

Sumber : Data Primer 2012 (diolah)

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa sebagian besar penderita TB Paru yang menjalani pengobatan di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya dengan kelompok usia 46-65 tahun (dewasa madya) sebanyak 15 orang (52,57%).

2. Karakteristik responden TB Paru berdasarkan jenis kelamin

Tabel 5.2 Karakteristik Responden TB Paru Berdasarkan Jenis Kelamin di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012

| Jenis Kelamin | Jumlah | Persentase |
|---------------|-----------|-------------|
| Perempuan | 7 | 25% |
| Laki-laki | 21 | 75% |
| Total | 28 | 100% |

Sumber : Data Primer 2012 (diolah)

Berdasarkan tabel 5.2 di atas dapat dilihat bahwa sebagian besar TB Paru dialami oleh penderita dengan berjenis kelamin laki-laki sejumlah 21 orang (75,00%).

3. Karakteristik responden TB Paru berdasarkan sosio-ekonomi

Tabel 5.3 Karakteristik Responden TB Paru Berdasarkan Sosio-ekonomi di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012

| Sosio-ekonomi | Jumlah | Persentase |
|----------------------|---------------|-------------------|
| Tidak bekerja | 5 | 17,86% |
| Bekerja | 23 | 82,14% |
| Total | 28 | 100% |

Sumber : Data Primer 2012 (diolah)

Pada gambar 5.3 menunjukkan bahwa sebagian besar penderita TB Paru memiliki pekerjaan dengan jumlah 23 orang (82,14%).

5.1.3 Variabel yang diukur

Pada bab ini akan diuraikan data tentang hasil dari kuesioner yang disebarkan pada responden.

Pada variabel usia, jenis kelamin, dan sosio-ekonomi menggunakan uji *Chi-Square* sedangkan pada variabel pengetahuan, persepsi manfaat yang dirasakan, persepsi kerugian/hambatan yang dirasakan, persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan, dan perilaku kepatuhan berobat pada Klien TB Paru sebelumnya akan dilakukan terlebih dahulu uji normalitas terhadap data yang ada. Kemudian baru dilakukan analisis regresi dan pengujian hipotesis terhadap masing-masing variabel.

1. Hubungan usia dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan

Tabel 5.4 Hubungan Usia dengan Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan pada klien TB Paru di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012

| | Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan | | Total | |
|------------------------------------|--|---------------|----------------|-----------------|
| | Negatif | Positif | | |
| Usia | 15-45 tahun (Dewasa Awal) | 3 (23,08%) | 10 (76,92%) | 13 (100,00%) |
| | 46-65 tahun (Dewasa Madya) | 8 (53,33%) | 7 (46,67%) | 15 (100,00%) |
| Fisher's Exact Test : Sig. = 0,106 | | | | |

Sumber : Data Primer 2012 (diolah)

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa dari 13 orang yang berusia 15-45 tahun (Dewasa Awal), sebagian besar yaitu 10 orang (76,92%) memiliki persepsi yang positif tentang keseriusan dan ancaman yang dirasakan. Kemudian dari 15 orang yang berusia 46-65 tahun (Dewasa Madya), sebagian besar yaitu 8 orang (53,33%) memiliki persepsi yang negatif tentang keseriusan dan ancaman yang dirasakan. Hasil uji *Fisher's Exact* didapatkan nilai signifikansi 0,106 yang lebih besar dari 0,05. Hal ini berarti bahwa usia tidak berhubungan dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan.

2. Hubungan jenis kelamin dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan

Tabel 5.5 Hubungan Jenis kelamin dengan Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan pada klien TB Paru di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012

| | | Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan | | Total |
|------------------------------------|-----------|--|----------------|-----------------|
| | | Negatif | Positif | |
| Jenis Kelamin | Perempuan | 3 (42,86%) | 4 (57,14%) | 7 (100,00%) |
| | Laki-laki | 8 (38,10%) | 13 (61,90%) | 21 (100,00%) |
| Fisher's Exact Test : Sig. = 0,581 | | | | |

Sumber : Data Primer 2012 (diolah)

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa dari 7 orang perempuan, sebagian besar yaitu 4 orang (57,14%) memiliki persepsi yang positif tentang keseriusan dan ancaman yang dirasakan. Kemudian dari 21 orang laki-laki, sebagian besar yaitu 13 orang (61,90%) memiliki persepsi yang positif tentang keseriusan dan ancaman yang dirasakan. Hasil uji *Fisher's Exact* didapatkan nilai signifikansi 0,581 yang lebih besar dari 0,05. Hal ini berarti bahwa jenis kelamin tidak berhubungan dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan.

3. Hubungan sosio-ekonomi dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan

Tabel 5.6 Hubungan Sosio-ekonomi dengan Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan pada klien TB Paru di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012

| | | Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan | | Total |
|------------------------------------|---------------|--|----------------|-----------------|
| | | Negatif | Positif | |
| Sosio-ekonomi | Tidak Bekerja | 1 (20,00%) | 4 (80,00%) | 5 (100,00%) |
| | Bekerja | 10 (43,48%) | 13 (56,52%) | 23 (100,00%) |
| Fisher's Exact Test : Sig. = 0,329 | | | | |

Sumber : Data Primer 2012 (diolah)

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa dari 5 orang yang tidak bekerja, sebagian besar yaitu 4 orang (80%) memiliki persepsi yang positif tentang keseriusan dan ancaman yang dirasakan. Kemudian dari 23 orang yang bekerja, sebagian besar yaitu 13 orang (56,52%) memiliki persepsi yang positif tentang keseriusan dan ancaman yang dirasakan. Hasil uji *Fisher's Exact* didapatkan nilai signifikansi 0,329 yang lebih besar dari 0,05. Hal ini berarti bahwa sosio-ekonomi tidak berhubungan dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan.

4. Uji Normalitas

Tabel 5.7 Uji Normalitas Data dengan *Kolmogorov-Smirnov Test* di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012

| Variabel | Kolmogorov-Smirnov Z | Asymp. Sig. (2-tailed) | Keterangan |
|---|----------------------|------------------------|-------------------------------|
| Pengetahuan | 0,436 | 0,991 | Distribusi Data adalah Normal |
| Persepsi Manfaat yang Dirasakan | 0,982 | 0,290 | Distribusi Data adalah Normal |
| Persepsi Kerugian/Hambatan yang Dirasakan | 0,546 | 0,927 | Distribusi Data adalah Normal |

| Variabel | Kolmogorov-Smirnov Z | Asymp. Sig. (2-tailed) | Keterangan |
|--|----------------------|------------------------|-------------------------------|
| Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan | 0,873 | 0,431 | Distribusi Data adalah Normal |
| Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru | 0,436 | 0,991 | Distribusi Data adalah Normal |

Sumber : Data Primer 2012 (diolah)

Dari tabel 5.7 dapat dilihat bahwa nilai signifikansi atau nilai probabilitas semua variabel $> 0,05$, sehingga dapat dikatakan bahwa distribusi data semua variabel adalah normal.

5. Pengaruh faktor pengetahuan terhadap persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan

Tabel 5.8 Descriptive Statistics Pengaruh Faktor Pengetahuan terhadap Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan pada klien TB Paru di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012

| Variabel | Mean | Std. Deviation | N |
|--|-------|----------------|----|
| Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan | 27,79 | 3,12 | 28 |
| Pengetahuan | 7,11 | 1,50 | 28 |

Sumber : Data Primer 2012 (diolah)

Tabel 5.5 menunjukkan rerata skor persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan oleh klien TB Paru di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya dengan jumlah klien 28 orang adalah 27,79. Hasil tersebut dibawah nilai mean yang diharapkan, yaitu 50. Sehingga rerata persepsi keseriusan dan ancaman lebih mencondong ke arah negatif. Jika dikaitkan dengan pengetahuan memiliki rerata sebesar 7,11. Hal ini dapat diartikan bahwa semakin kecil nilai rerata yang terdapat pada persepsi keseriusan dan ancaman maka akan berpengaruh pula terhadap pengetahuan yang dimiliki oleh responden. Selain itu juga dapat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, usia, lingkungan, suku

atau budaya dari responden itu sendiri. Sehingga adanya pengaruh antara faktor pengetahuan terhadap persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan.

Tabel 5.9 ANOVA^b Pengaruh Faktor Pengetahuan terhadap Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan pada klien TB Paru di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012

| Model | Sum of Square | Df | Mean Square | F | Sig. |
|------------|---------------|----|-------------|-------|--------------------|
| Regression | 49,208 | 1 | 49,208 | 5,992 | 0,021 ^a |
| Residual | 213,507 | 26 | 8,212 | | |
| Total | 262,714 | 27 | | | |

a. Predictors: (Constant), Pengetahuan

b. Dependent Variable: Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan

Sumber : Data Primer 2012 (diolah)

Berdasarkan hasil pengolahan data bagian ANOVA kolom Sig. didapatkan nilai signifikansi 0,021 yang lebih kecil daripada 0,05 sehingga H_0 ditolak dan hipotesis penelitian diterima, artinya variabel pengetahuan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap variabel persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan.

Berdasarkan hasil pengolahan data bagian Coefficients, maka dapat dibuat model regresi linier berganda dengan persamaan sebagai berikut:

$$X_3 = 21,386 + 0,901 X_{1,4} + e$$

Nilai koefisien regresi variabel independen dari model regresi linier tersebut memberikan gambaran bahwa :

- Koefisien regresi variabel pengetahuan sebesar 0,901 menggambarkan bahwa pengetahuan mempunyai pengaruh positif terhadap persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan, artinya dengan semakin baiknya pengetahuan maka persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan akan semakin tinggi.

b. Konstanta mempunyai nilai 21,386 yang artinya jika variabel pengetahuan mempunyai nilai nol (0) atau tidak ada, maka persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan sebesar 21,386 dan nilai tersebut merupakan pengaruh dari variabel lain yang tidak dimasukkan dalam model regresi linier atau tergabung dalam Variabel Pengganggu (e).

Nilai koefisien determinasi atau R^2 sebesar 0,187 atau 18,7% hal tersebut menggambarkan bahwa sumbangan variabel independen (variabel pengetahuan) terhadap naik turunnya atau variasi variabel dependen (persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan) adalah sebesar 18,7% dan sisanya sebesar 81,3% merupakan sumbangan dari variabel lain yang tidak dimasukkan dalam model yang diajukan dalam penelitian ini (terkumpul dalam variabel galat atau (e). Atau dengan kata lain sisanya yaitu 81,3% Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan dapat dipengaruhi oleh variabel-variabel lainnya yang tidak diteliti dalam penelitian ini. Kemudian dari nilai R (korelasi berganda) didapatkan sebesar 0,433 berarti hubungan antara variabel pengetahuan dengan variabel persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan dapat dikatakan mempunyai hubungan yang rendah, karena semakin mendekati nilai 1 kekuatan hubungan semakin kuat.

Nilai koefisien determinasi atau R^2 sebesar 0,187 atau 18,7% hal tersebut menggambarkan bahwa sumbangan variabel independen (variabel pengetahuan) terhadap naik turunnya atau variasi variabel dependen (persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan) adalah sebesar 18,7% dan sisanya sebesar 81,3% merupakan sumbangan dari variabel lain yang tidak dimasukkan dalam model yang diajukan dalam penelitian ini (terkumpul

dalam variabel galat atau (e). Atau dengan kata lain sisanya yaitu 81,3% persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan dapat dipengaruhi oleh variabel-variabel lainnya yang tidak diteliti dalam penelitian ini. Kemudian dari nilai R (korelasi berganda) didapatkan sebesar 0,433 berarti hubungan antara variabel pengetahuan dengan variabel persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan dapat dikatakan mempunyai hubungan yang rendah, karena semakin mendekati nilai 1 kekuatan hubungan semakin kuat.

6. Pengaruh persepsi manfaat yang dirasakan dan kerugian/hambatan yang dirasakan terhadap perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru

Tabel 5.10 Descriptive Statistics Pengaruh Persepsi Manfaat yang Dirasakan dan Kerugian/Hambatan yang Dirasakan terhadap Perilaku Kepatuhan Berobat pada klien TB Paru di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012

| Variabel | Mean | Std. Deviation | N |
|---|-------------|-----------------------|----------|
| Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru | 22,29 | 4,28 | 28 |
| Persepsi Manfaat yang Dirasakan | 30,96 | 3,27 | 28 |
| Persepsi Kerugian/Hambatan yang Dirasakan | 29,14 | 2,94 | 28 |

Sumber : Data Primer 2012 (diolah)

Tabel 5.10 menunjukkan rata-rata perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya dengan jumlah klien 28 orang adalah 22,29. Terkait dengan persepsi manfaat yang dirasakan memiliki rerata sebesar 30,96. Persepsi kerugian/hambatan yang dirasakan memiliki rerata sebesar 29,14. Hal tersebut memiliki nilai rerata dibawah nilai rerata yang diharapkan, yaitu 50. Sehingga persepsi manfaat dan hambatan yang dirasakan bersifat negatif, serta dapat mempengaruhi responden dalam berperilaku kepatuh dalam berobat. Hal ini dapat diartikan bahwa nilai rerata

yang dicapai dari masing-masing variabel saling berdekatan dan saling berpengaruh.

Tabel 5.11 ANOVA^b Pengaruh Persepsi Manfaat yang Dirasakan dan Kerugian/Hambatan yang Dirasakan terhadap Perilaku Kepatuhan Berobat pada klien TB Paru di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012

| Model | Sum of Square | Df | Mean Square | F | Sig. |
|------------|---------------|----|-------------|-------|--------------------|
| Regression | 150,415 | 2 | 75,208 | 5,477 | 0,011 ^a |
| Residual | 343,299 | 25 | 13,732 | | |
| Total | 493,714 | 27 | | | |

a. Predictors: (Constant), Persepsi Kerugian/Hambatan yang Dirasakan, Persepsi Manfaat yang Dirasakan

b. Dependent Variable: Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru

Sumber : Data Primer 2012 (diolah)

Berdasarkan hasil pengolahan data bagian ANOVA kolom Sig. didapatkan nilai signifikansi 0,011 yang lebih kecil daripada 0,05 sehingga H_0 ditolak dan hipotesis penelitian diterima, artinya variabel persepsi manfaat yang dirasakan dan kerugian/hambatan yang dirasakan secara bersama-sama atau serempak mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap variabel perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru.

Berdasarkan hasil pengolahan data bagian Coefficients kolom sig. didapatkan nilai signifikansi untuk variabel persepsi manfaat yang dirasakan nilai signifikansinya 0,807 yang lebih besar daripada $\alpha = 0,05$ sehingga variabel Persepsi Manfaat yang Dirasakan secara parsial tidak mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap variabel perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru. Sedangkan untuk variabel persepsi kerugian/hambatan yang dirasakan nilai signifikansinya 0,003 yang lebih kecil daripada $\alpha = 0,05$ sehingga variabel persepsi kerugian/hambatan yang dirasakan secara parsial

mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap variabel Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru.

Berdasarkan hasil pengolahan data bagian Coefficients, maka dapat dibuat model regresi linier berganda dengan persamaan sebagai berikut:

$$Y_1 = 0,420 - 0,00543 X_{2,1} + 0,808 X_{2,2} + e$$

Nilai masing-masing koefisien regresi variabel independen dari model regresi linier tersebut memberikan gambaran bahwa:

- a. Koefisien regresi variabel persepsi manfaat yang dirasakan sebesar - 0,00543 menggambarkan bahwa persepsi manfaat yang dirasakan mempunyai pengaruh negatif terhadap perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru, artinya dengan semakin besarnya persepsi manfaat yang dirasakan maka perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru akan semakin rendah.
- b. Koefisien regresi variabel persepsi kerugian/hambatan yang dirasakan sebesar 0,808 menggambarkan bahwa persepsi kerugian/hambatan yang dirasakan mempunyai pengaruh positif terhadap perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru, artinya dengan semakin besarnya persepsi kerugian/hambatan yang dirasakan maka perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru akan semakin baik.
- c. Konstanta mempunyai nilai 0,420 yang artinya jika variabel persepsi manfaat yang dirasakan dan persepsi kerugian/hambatan yang dirasakan mempunyai nilai nol (0) atau tidak ada, maka perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru sebesar 0,420 dan nilai tersebut merupakan pengaruh

dari variabel lain yang tidak dimasukkan dalam model regresi linier atau tergabung dalam Variabel Pengganggu (e).

Nilai koefisien determinasi atau R^2 sebesar 0,305 atau 30,5% hal tersebut menggambarkan bahwa sumbangan variabel independen (variabel persepsi manfaat yang dirasakan dan persepsi kerugian/hambatan yang dirasakan) terhadap naik turunnya atau variasi variabel dependen (perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru) adalah sebesar 30,5% dan sisanya sebesar 69,5% merupakan sumbangan dari variabel lain yang tidak dimasukkan dalam model yang diajukan dalam penelitian ini (terkumpul dalam variabel galat atau e). Atau dengan kata lain sisanya yaitu 69,5% perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru dapat dipengaruhi oleh variabel-variabel lainnya yang tidak diteliti dalam penelitian ini. Kemudian dari nilai R (korelasi berganda) didapatkan sebesar 0,552 berarti hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dalam penelitian ini dapat dikatakan mempunyai hubungan yang sedang, karena semakin mendekati nilai 1 kekuatan hubungan semakin kuat.

7. Pengaruh persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan terhadap perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru

Tabel 5.12 Descriptive Statistics Pengaruh Persepsi Keseriusan dan Ancaman Yang Dirasakan terhadap Perilaku Kepatuhan Berobat pada klien TB Paru di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012

| Variabel | Mean | Std. Deviation | N |
|--|-------|----------------|----|
| Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru | 22,29 | 4,28 | 28 |
| Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan | 27,79 | 3,12 | 28 |

Sumber : Data Primer 2012 (diolah)

Tabel 5.14 menunjukkan rata-rata perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya dengan jumlah klien 28 orang adalah 22,29. Terkait dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan memiliki rerata sebesar 27,79. Hasil rerata yang didapatkan masih dibawah dari nilai rerata yang diharapkan, yaitu 50. Sehingga persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan bernilai negatif. Hal ini dapat diartikan bahwa meskipun tidak terapat pengaruh yang signifikan antara persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan terhadap perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru tetapi nilai rerata yang terdapat diantara kedua variabel tersebut tidak begitu jauh perbedaannya sehingga memiliki hubungan yang lemah tetapi tidak saling berpengaruh.

Tabel 5.13 ANOVA^b Pengaruh Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan terhadap Perilaku Kepatuhan Berobat pada klien TB Paru di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012

| Model | Sum of Square | Df | Mean Square | F | Sig. |
|--------------|----------------------|-----------|--------------------|----------|--------------------|
| Regression | 27,966 | 1 | 27,966 | 1,561 | 0,233 ^a |
| Residual | 465,749 | 26 | 17,913 | | |
| Total | 493,714 | 27 | | | |

a. Predictors: (Constant), Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan

b. Dependent Variable: Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru

Sumber : Data Primer 2012 (diolah)

Berdasarkan hasil pengolahan data bagian ANOVA kolom Sig. didapatkan nilai signifikansi 0,223 yang lebih besar daripada 0,005 sehingga H_0 diterima dan hipotesis penelitian ditolak, artinya variabel persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan tidak mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru.

5.2 Pembahasan

Setelah dilakukan analisis data dan melihat hasilnya, maka perlu pembahasan, meliputi: data khusus meliputi: 1) hubungan faktor usia dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan; 2) hubungan faktor jenis kelamin dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan; 3) hubungan faktor sosio-ekonomi dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan; 4) pengaruh faktor pengetahuan terhadap persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan; 5) pengaruh persepsi manfaat dan kerugian/hambatan yang dirasakan terhadap perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru; dan 6) pengaruh persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan terhadap perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru.

Berdasarkan tabel 5.4 terlihat bahwa tidak terdapat hubungan antara usia dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan. Hasil tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar orang dengan usia 15-45 tahun (Dewasa Awal) memiliki persepsi positif terhadap TB Paru, sedangkan orang dengan usia 46-65 tahun (Dewasa Madya) sebagian besar berpersepsi negatif. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Stead (1983) dalam Makhfudli (2010) mengemukakan pendapat yang sama bahwa insiden terjadinya TB Paru meningkat berkaitan dengan usia penderita. Dua puncak usia terjadinya peningkatan penyakit TB Paru berdasarkan observasi, yaitu kelompok usia dewasa muda (20-40 tahun) dan usia diatas 60 tahun. Dilihat dari hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang jauh terkait dengan usia terhadap persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan. Hasil ini diperkuat dengan pendapat dari Feldman (2008) yang mengemukakan pendapat dari teori perkembangan kognitif Piaget

yang memilah periode-periode perkembangan kognitif secara umum, salah satu butirnya yaitu pada butir ke-4 mengenai operasi-operasi dalam berpikir formal dengan batasan usia 11 tahun sampai dengan dewasa yang menjelaskan bahwa ditahapan operasi berpikir konkret anak-anak ataupun orang dewasa mulai berpikiran abstrak serta berupaya menyelesaikan masalah yang konkrit dan abstrak.

Penulis dapat menyimpulkan bahwa usia klien entah itu tergolong dalam usia 15-45 tahun (Dewasa Awal) ataupun 46-65 tahun (Dewasa Madya) tidak menjamin untuk seseorang untuk memiliki persepsi yang sama terkait dengan keseriusan dan ancaman yang dirasakan terhadap penyakit TB Paru. Hal tersebut dapat dikaitkan dengan hasil penelitian pada tabel 5.4 yang menunjukkan bahwa dari 13 orang yang berusia 15-45 tahun (Dewasa Awal), sebagian besar yaitu 10 orang (76,92%) memiliki persepsi yang positif tentang keseriusan dan ancaman yang dirasakan. Kemudian dari 15 orang yang berusia 46-65 tahun (Dewasa Madya), sebagian besar yaitu 8 orang (53,33%) memiliki persepsi yang negatif tentang keseriusan dan ancaman yang dirasakan. Hasil tersebut dapat dilihat bahwa pada usia 15-45 tahun (Dewasa Awal) memiliki kemudahan dalam menerima informasi dibandingkan dengan usia 46-65 tahun (Dewasa Madya). Hasil ini diperkuat dengan teori yang dikemukakan oleh Hetherington & Parke (1986) dalam Feldman (2008) bahwa pada usia dewasa muda memiliki fungsi kontrol seseorang menunjukkan perkembangan yang pesat. Fungsi tersebut mencakup pengaturan informasi yang diperlukan, termasuk memilih strategi yang digunakan dan memonitor keberhasilan penggunaan strategi tersebut. Dalam pandangan model ini, dewasa muda merupakan pengatur yang aktif dari fungsi-

fungsi kognitifnya sendiri. Oleh karena itu, dalam menghadapi suatu masalah, dewasa muda memilih masalah yang akan diselesaikannya, memutuskan besar usaha yang akan dilakukannya, memilih strategi yang akan digunakannya, menghindari hal-hal yang mengganggu usahanya, serta mengevaluasi kualitas hasil usahanya. Model pemrosesan informasi berasumsi bahwa dewasa akhir mempunyai kemampuan yang lebih terbatas dan berbeda dibanding orang yang tergolong pada dewasa muda. Dewasa akhir tidak dapat menyerap banyak informasi, kurang sistematis dalam hal informasi apa yang diserap, tidak mempunyai banyak strategi untuk mengatasi masalah, tidak mempunyai banyak pengetahuan mengenai dunia yang diperlukan untuk memahami masalah, dan kurang mampu memonitor kerja proses kognitifnya.

Berdasarkan tabel 5.5 terlihat bahwa tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan. Hasil tersebut menunjukkan bahwa responden yang berjenis kelamin laki-laki atau perempuan memiliki persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan bernilai positif terhadap penyakit TB Paru. Artinya, bahwa laki-laki ataupun perempuan memiliki persepsi bahwa TB Paru merupakan penyakit yang serius. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Hetherington & Parke (1986) dalam Feldman (2008) mengenai teori perkembangan kognitif Piaget, yaitu tingkat kognitif seseorang tidak ada kaitannya dengan jenis kelamin melainkan berhubungan erat dengan usia. Pendapat tersebut diperkuat dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa dari 7 orang perempuan, sebagian besar yaitu 4 orang (57,14%) memiliki persepsi yang positif tentang keseriusan dan ancaman yang dirasakan. Kemudian dari 21 orang laki-laki, sebagian besar yaitu 13 orang (61,90%) memiliki persepsi

yang positif tentang keseriusan dan ancaman yang dirasakan. Hasil tersebut menunjukkan tidak ada perbedaan jauh antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan dalam berpersepsi positif dan negatif terhadap keseriusan dan ancaman yang dirasakan.

Penulis dapat menyimpulkan bahwa responden yang berjenis kelamin laki-laki atau perempuan memiliki persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan bernilai positif terhadap penyakit TB Paru yang artinya bahwa laki-laki ataupun perempuan memiliki persepsi bahwa TB Paru merupakan penyakit yang serius. Faktor yang menjadi pemicunya, antara lain: 1) nilai yang dianut atau keyakinan dari responden. Kebanyakan dari responden memiliki keyakinan bahwa dengan tidak munculnya keluhan atau gejala dari penyakit TB Paru lagi, maka mereka beranggapan bahwa penyakitnya sudah sembuh meskipun masih dalam tahap pengobatan atau waktu pengobatan belum diselesaikan sesuai dengan jangka waktu yang telah ditentukan; 2) suku. Kebanyakan dari responden bersuku Madura yang memiliki nilai keyakinan dan budaya yang kental sehingga sulit untuk mempengaruhi atau merubah stigma yang ada; 3) akses informasi. Kebanyakan dari responden memiliki tempat tinggal jauh dari Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya, sehingga menurut mereka mengalami kesulitan dalam menjangkau tempat pengobatan; dan 4) latar belakang pendidikan. Kebanyakan dari responden memiliki latar belakang pendidikan lulusan SD dan hanya sedikit yang memiliki lulusan SMA dan Sarjana sekitar 4 orang dari 28 responden.

Berdasarkan tabel 5.6 maka didapatkan bahwa tidak terdapat hubungan antara sosio-ekonomi dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar klien TB Paru yang bekerja

memiliki persepsi yang positif tentang keseriusan dan ancaman yang dirasakan. Sedangkan orang yang tidak bekerja sebagian besar berpersepsi negatif tentang keseriusan dan ancaman yang dirasakan. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Carpenito (2000) dalam Suparyanto (2010) yang menyatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan klien TB Paru dalam berobat, yaitu tingkat sosio-ekonomi. Tingkat ekonomi merupakan kemampuan finansial untuk memenuhi segala kebutuhan hidup, akan tetapi ada kalanya penderita TB Paru sudah pensiun dan tidak bekerja namun biasanya ada sumber keuangan lain yang bisa digunakan untuk membiayai semua program pengobatan dan perawatan sehingga belum tentu tingkat ekonomi menengah ke bawah akan mengalami ketidakpatuhan dan sebaliknya tingkat ekonomi baik tidak terjadi ketidakpatuhan. Penelitian tentang penyakit infeksi menular sebagaimana TB Paru kaitannya dengan pekerjaan berdasarkan hasil penelitian Retno G & Nani, 2002 tentang studi kasus hasil pengobatan TB Paru di 10 Puskesmas di DKI Jakarta tahun 1996-1999 menyatakan bahwa 41,7% klien TB Paru tidak bekerja/PHK, 35% (buruh, pedagang kecil, dan supir angkot), 15% pelajar dan 6,7% wiraswasta pada 60 responden TB Paru kasus baru. Hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran bahwa sebagian besar klien TB Paru berhasil dari status sosial rendah. Selain itu hasil penelitian ini juga sesuai dengan pendapat Feldman (2008), yaitu faktor yang berpengaruh dalam perkembangan kognitif, meliputi fisik, kematangan, faktor sosio-ekonomi, dan proses pengaturan diri (ekuilibراسi). Terkait dengan faktor sosio ekonomi termasuk lingkungan sosial, peran bahasa dan pendidikan, pengalaman fisik dapat memacu atau menghambat perkembangan struktur kognitif.

Penulis dapat menyimpulkan bahwa sosio-ekonomi klien entah itu tergolong dalam bekerja ataupun tidak bekerja, hal tersebut tidak menjamin untuk memiliki persepsi yang sama terkait dengan keseriusan dan ancaman yang dirasakan terutama terhadap penyakit yang diderita olehnya yaitu TB Paru. Pada penelitian ini jenis pekerjaan merupakan faktor risiko terjadinya ketidakpatuhan klien dalam berobat, karena sebagian besar responden berstatus bekerja sehingga kesempatan mereka untuk berobat dan kontrol secara teratur dalam upaya kesembuhan penyakitnya kurang. Selain itu juga ada faktor lain yang mempengaruhi, yaitu: 1) rasa bosan. Kebanyakan responden mengeluh bosan dengan terapi atau pengobatan yang dijalani selama 6 bulan secara intensif; 2) tempat atau jarak pelayanan kesehatan yang jauh dari tempat tinggal responden; dan 3) waktu bekerja yang padat tidak bisa disesuaikan dengan jadwal kontrol pengobatan di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya yang beroperasi dari jam 8 pagi s/d jam 1 siang sehingga banyak responden yang mengeluh akan hal tersebut.

Berdasarkan tabel 5.9 didapatkan bahwa adanya pengaruh yang signifikan antara pengetahuan terhadap persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Dennill et al. (1999) dalam Mtaita, (2009) yang mengemukakan bahwa persepsi masyarakat dan kemungkinan mengambil tindakan dapat dipengaruhi oleh pengetahuan dan kontak sebelumnya dengan penyakit (Dennill et al., 1999 dalam Mtaita, 2009). Hasil tabulasi data dari faktor pengetahuan tentang penyakit TB Paru yang dimiliki responden menunjukkan bahwa dari 28 responden, 13 responden (46,43%) memiliki pengetahuan yang baik, 12 responden (42,86%) memiliki pengetahuan yang cukup, dan 3 responden (10,71%) memiliki pengetahuan yang kurang. Hasil

tersebut menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki pengetahuan yang baik tentang penyakit TB Paru. Pendapat dari Robillard et al. (2002) dikutip Alcon (2005) dalam Mtaita (2009) memperkuat pernyataan dari hasil penelitian penulis, yakni pengetahuan dan persepsi mengenai TB Paru merupakan langkah awal penting dalam perencanaan pendidikan TB Paru program kesehatan dalam rangka untuk menghilangkan kesalahpahaman dan meningkatkan baik pengetahuan dan tingkat kesadaran TB Paru dalam masyarakat.

Penulis dapat menyimpulkan bahwa adanya pengaruh yang signifikan antara pengetahuan terhadap persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan. Hal tersebut ditunjang dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa responden dengan usia 15-45 tahun (Dewasa Awal) lebih sering mengikuti kegiatan penyuluhan kesehatan dan cermat dalam menerima informasi kesehatan terkait dengan penyakit TB Paru yang dideritanya, jika dibandingkan dengan responden dengan usia 46-65 tahun (Dewasa Madya) rata-rata pengetahuan yang dimilikinya hanya berdasarkan pengalaman dan keyakinan individu terhadap penyakit yang diderita. Hasil tersebut dapat dilihat bahwa pada usia 15-45 tahun (Dewasa Awal) memiliki kemudahan dalam menerima informasi dibandingkan dengan usia 46-65 tahun (Dewasa Madya). Hasil ini diperkuat dengan teori yang dikemukakan oleh Hetherington & Parke (1986) dalam Feldman (2008) bahwa pada usia dewasa muda memiliki fungsi kontrol seseorang menunjukkan perkembangan yang pesat. Fungsi tersebut mencakup pengaturan informasi yang diperlukan, termasuk memilih strategi yang digunakan dan memonitor keberhasilan penggunaan strategi tersebut. Dalam pandangan model ini, dewasa muda merupakan pengatur yang aktif dari fungsi-fungsi kognitifnya sendiri. Oleh karena itu, dalam menghadapi

suatu masalah, dewasa muda memilih masalah yang akan diselesaikannya, memutuskan besar usaha yang akan dilakukannya, memilih strategi yang akan digunakannya, menghindari hal-hal yang mengganggu usahanya, serta mengevaluasi kualitas hasil usahanya. Model pemrosesan informasi berasumsi bahwa dewasa akhir mempunyai kemampuan yang lebih terbatas dan berbeda dibanding orang yang tergolong pada dewasa muda. Dewasa akhir tidak dapat menyerap banyak informasi, kurang sistematis dalam hal informasi apa yang diserap, tidak mempunyai banyak strategi untuk mengatasi masalah, tidak mempunyai banyak pengetahuan mengenai dunia yang diperlukan untuk memahami masalah, dan kurang mampu memonitor kerja proses kognitifnya.

Berdasarkan tabel 5.11 didapatkan bahwa adanya pengaruh yang signifikan antara persepsi manfaat yang dirasakan dan kerugian/hambatan yang dirasakan terhadap perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru. Hasil tabulasi data persepsi manfaat dan kerugian/hambatan yang dirasakan menunjukkan bahwa dari 28 responden, terdapat 13 responden (46,43%) berpersepsi positif, 15 responden (53,57%) berpersepsi negatif. Hasil tersebut diperkuat dengan teori yang dikemukakan oleh Jones & Bartlett (n.d.) yang dimaksudkan dengan manfaat yang dirasakan, yaitu pendapat seseorang dari nilai atau kegunaan dari suatu perilaku baru dalam mengurangi risiko pengembangan penyakit dan hambatan yang dirasakan adalah yang paling signifikan dalam menentukan perubahan perilaku. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa dari 28 responden terdapat 24 responden (85,71%) yang patuh dalam menjalani pengobatan TB Paru dan 4 responden (14,29%) yang mangkir atau tidak patuh dalam menjalani pengobatan. Hasil tersebut juga diperkuat oleh teori yang dikemukakan oleh Taylor (1991)

dalam Makhfudli (2010) tentang salah satu variabel yang berhubungan dengan kepatuhan, yaitu adanya persepsi dan harapan klien lebih khususnya pada pertimbangan mengenai keuntungan atau manfaat yang dirasakan (efektifitas pengobatan) dan pertimbangan mengenai hambatan/kerugian (biaya dan waktu).

Penulis dapat menyimpulkan bahwa adanya pengaruh yang signifikan antara persepsi manfaat yang dirasakan dan kerugian/hambatan yang dirasakan terhadap perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru. Hasil penelitian tersebut diperkuat dengan hasil dari tabulasi data bahwa dari 28 responden terdapat 24 responden (85,71%) yang patuh dalam menjalani pengobatan TB Paru dan 4 responden (14,29%) yang mangkir atau tidak patuh dalam menjalani pengobatan. Hasil tersebut juga diperkuat oleh teori yang dikemukakan oleh Taylor (1991) dalam Makhfudli (2010) tentang salah satu variabel yang berhubungan dengan kepatuhan, yaitu adanya persepsi dan harapan klien lebih khususnya pada pertimbangan mengenai keuntungan atau manfaat yang dirasakan (efektifitas pengobatan) dan pertimbangan mengenai hambatan/kerugian (biaya dan waktu). Jadi semakin besar manfaat dan hambatan/kerugian yang dirasakan, maka semakin besar pula tingkat kepatuhan berobat pada klien TB Paru.

Berdasarkan tabel 5.13 didapatkan bahwa tidak adanya pengaruh yang signifikan antara persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan terhadap perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru. Hasil tabulasi data mengenai persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan dari 28 responden terdapat 17 responden (60,71%) yang berpersepsi positif dan 11 responden (39,29%) yang berpersepsi negatif. Hasil tersebut diperkuat oleh McCormick-Brown (1999) dalam Jones & Bartlett (n.d.) yang mengemukakan bahwa persepsi keseriusan dan

ancaman yang dirasakan sering didasarkan pada informasi medis atau pengetahuan, juga dapat berasal dari keyakinan seseorang bahwa ia akan mendapat kesulitan akibat penyakit dan akan membuat atau berefek pada hidupnya secara umum. Tetapi hal tersebut dikembalikan lagi kepada masing-masing individu dalam berpersepsi. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa dari 28 responden terdapat 24 responden (85,71%) yang patuh dalam menjalani pengobatan TB Paru dan 4 responden (14,29%) yang mangkir atau tidak patuh dalam menjalani pengobatan. Hasil tersebut juga diperkuat oleh teori yang dikemukakan oleh Taylor (1991) dalam Makhfudli (2010) tentang salah satu variabel yang berhubungan dengan kepatuhan, yaitu adanya persepsi dan harapan klien lebih khususnya pada pertimbangan mengenai keuntungan atau manfaat yang dirasakan (efektifitas pengobatan) dan pertimbangan mengenai hambatan/kerugian (biaya dan waktu).

Penulis dapat menyimpulkan bahwa tidak adanya pengaruh yang signifikan antara persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan terhadap perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru. Hal ini dikarenakan kebanyakan responden sudah mengetahui keseriusan dan ancaman yang dirasakan terkait dengan penyakit TB Paru jika terjadinya ketidakpatuhan klien dalam berobat. Mayoritas dari mereka berpersepsi bahwa kematian dan kesembuhan berasal dari sang pencipta alam semesta. Selain itu juga ada faktor yang mempengaruhi, yaitu: tingkat pendidikan, sosio-ekonomi, rasa bosan, dan budaya yang dimiliki oleh masing-masing responden.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dibahas kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru berbasis Teori *Health Belief Model*.

6.1 Kesimpulan

1. Tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor usia dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan.
2. Tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor jenis kelamin dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan.
3. Tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor sosio-ekonomi dengan persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan.
4. Ada pengaruh yang signifikan antara faktor pengetahuan terhadap persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan.
5. Ada pengaruh yang signifikan antara persepsi manfaat dan kerugian/hambatan yang dirasakan terhadap perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru.
6. Tidak ada pengaruh yang signifikan antara persepsi keseriusan dan ancaman yang dirasakan terhadap perilaku kepatuhan berobat pada klien TB Paru.

6.2 Saran

1. Institusi Rumah Sakit

Untuk mengembangkan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam membantu petugas Rumah Sakit dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan ilmu dan keterampilan yang terus diperbaharui di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya.

2. Institusi Pendidikan

Hasil penulisan ini dapat menjadi bahan kepustakaan dalam mengembangkan ilmu pengetahuan keperawatan, sehingga pendidikan akan menghasilkan tenaga keperawatan yang terampil dan profesional.

3. Penderita dan Keluarga

Sebagai bahan rujukan atau pedoman bagi penderita dan keluarga dalam menangani penyakit penderita secara mandiri setelah kepulangannya dari RS.

DAFTAR PUSTAKA

- A. Wawan & Dewi M., 2010 *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Alsagaff., 2006. *Dasar-Dasar Ilmu Penyakit Paru*. Surabaya: Universitas Airlangga
- Azwar, Saifuddin., 2011. *Sikap Manusia, Tori dan Pengukurannya*. Yogyakarta. Pustaka Pelajar
- Badan POM RI., 2006. *Kepatuhan Pasien: Faktor Penting Dalam Keberhasilan Terapi*. vol. 7, no. 5
- Dirjen PPM dan PL., 2010. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid 2 Edisi 3*. Jakarta
- Junaidi, Iskandar., 2010. *Penyakit Paru & Saluran Napas*. Jakarta: PT Bhuana Ilmu Populer
- Kemenkes. 2011., *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Jakarta: Dirjen PPM & PLP Kemenkes RI
- Makhfudli. 2010. *Faktor yang Mempengaruhi Konversi BTA pada Pasien Tuberkulosis Paru dengan Strategi DOTS Kategori Idi Puskesmas Pegirian Kecamatan Semampir Kota Surabaya*. Surabaya: Tesis Program Pascasarjana Universitas Airlangga
- Mansjoer, Arif, et al., 2000. *Kapita Selekta Kedokteran Edisi 3 Jilid 1*. Jakarta: Media Aesculapius
- Nursalam., 2010. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Notoatmodjo, Soekidjo., 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo., 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo., 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Rusnoto, et al., 2006. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian TB Paru Pada Usia Dewasa*, vol. 4, no. 2
- Somantri, Irman., 2008. *Keperawatan Medikal Bedah: Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernapasan Cetakan kedua*. Jakarta: Salemba Medika

- Somantri, Irman., 2009. *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernapasan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika
- Suharsimi, Arikunto., 2010. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Sulistiyorini, et al., 2007. *Buku Pedoman Diet Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Instalasi Gizi Malang*. Malang: Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar
- Suparyanto., 2010. *Artikel Tentang Konsep Kepatuhan*, <http://dr-suparyanto.blogspot.com/2010/07/konsep-kepatuhan.html>, Diakses pada tanggal 10 Oktober 2012. Jam 20.00 WIB
- Tabrani, Rab., 2010. *Ilmu Penyakit Paru*, Jakarta: CV. Trans Info Media
- _____, 2010. *Hasil Foto Thoraks Klien TB Paru*, diakses dari: www.fas.org/irp/imint/docs/rst/intro/part2_26b.html, diakses pada tanggal 10 Oktober 2012

Lampiran 1

RENCANA JADWAL KEGIATAN PENELITIAN

Penelitian ini direncanakan selama 5 bulan, mulai bulan September 2012 sampai dengan Januari 2013, dengan rincian jadwal kegiatan penelitian sebagai berikut:

| No. | Kegiatan | 2012 | | | | | | | | | | | | | | | | | 2013 |
|-----|--|---------------|---|---------|----|-----|----|---|----------|----|-----|----|---|----------|----|-----|----|---|-------------|
| | | Septem ber | | Oktober | | | | | November | | | | | Desember | | | | | Jan uari |
| | | IV | V | I | II | III | IV | V | I | II | III | IV | V | I | II | III | IV | V | I |
| 1. | Studi kepustakaan | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Pembuatan proposal | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Konsultasi dan koreksi proposal | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Ujian proposal | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | Perbaikan hasil ujian proposal | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | Persiapan penelitian | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | Pelaksanaan penelitian | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. | Pembuatan laporan penelitian | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | Pembahasan hasil dan konsultasi | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. | Persiapan ujian skripsi | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. | Ujian skripsi | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. | Perbaikan dan penyerahan hasil skripsi | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Lampiran 2



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> : e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 3 Desember 2012

Nomor : 3336/H3 1.12/PPd/2012
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan
Data Penelitian Mahasiswa PSIK – FKp Unair**


Kepada Yth.
Direktur Rumah Sakit Paru Surabaya
Jl. Karang Tembok No.39 Surabaya

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

| | |
|---------------|--|
| Nama | : La Rakhmat Wabula |
| NIM | : 131111192 |
| Judul Skripsi | : Perilaku Kepatuhan Dalam Berobat Pada Klien TB Paru Berbasis Teori Health Belief Model |

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Plt. Wakil Dekan I


 Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
 NIP. 197904242006042002

Lampiran 3



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Nomor : 2721/H3.1.12/PPd/2012
Lampiran : -
Perihal : Permohonan bantuan fasilitas
untuk pengambilan data pendahuluan

26 September 2012

Yth. Direktur Rumah Sakit Paru Surabaya
Jl. Karang Tembok No. 39
Surabaya

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami guna memperoleh informasi, sebagai data pendahuluan penyusunan proposal penelitian. Adapun mahasiswa kami tersebut :

Nama : La Rakhmat Wabula
NIM : 131111192
Judul Penelitian : Hubungan Pengetahuan dan Sikap Penderita TB Paru dengan Kepatuhan Minum Obat Anti Tuberkulosis di Rumah Sakit Paru Surabaya.

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

a.n. Dekan
Ptt. Wakil Dekan I,



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

Lampiran 4



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
DINAS KESEHATAN
UPT RUMAH SAKIT PARU SURABAYA
 Jl. Karang Tembok No.39 Surabaya Telp.(031)371 38 36 Fax. 372 88 90

SURAT KETERANGAN

No. 070 /2395/12/101.13/2012

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : drg. F. Henry Christyanto, MKes
 NIP. : 19621023 199003 1 004
 Pangkat : Pembina Tk.I
 Jabatan : Kepala UPT Rumah Sakit Paru Surabaya

Dengan ini menerangkan bahwa,

Nama : La Rakhmat Wabula
 NPM : 131111192
 Program Studi : Fakultas Keperawatan
 Universitas Airlangga
 Judul Skripsi : Perilaku Kepatuhan Dalam Berobat Pada Klien TB Paru Berbasis
 Teori Health Belief Model

Telah melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Paru Surabaya pada 4 s/d 14 Desember 2012.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 14 Desember 2012

Kepala UPT Rumah Sakit Paru Surabaya



drg. F. Henry Christyanto, MKes
 Pembina Tk.I
 NIP. 19621023 199003 1 004

Lampiran 5

PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Para responden yang terhormat.....

Salam dan selamat bertemu

Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan status kesehatan penderita, terutama penderita TB Paru yang menjalani program pengobatan TB Paru. Penelitian ini dilakukan oleh nama saya La Rakhmat Wabula, mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Judul penelitian **“Hubungan Pengetahuan dan Sikap Klien TB Paru dengan Kepatuhan Minum Obat Anti Tuberkulosis di Rumah Sakit Paru Surabaya”**.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap klien TB Paru dengan kepatuhan minum obat anti tuberkulosis di Rumah Sakit Paru Surabaya.

Untuk keperluan diatas saya mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk mengisi kuisisioner yang telah saya siapkan dengan sejujur-jujurnya atau apa adanya sesuai dengan Bapak/Ibu/Saudara alami (rasakan). Saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas Bapak/Ibu/Saudara. Untuk itu saya mohon agar tidak mencantumkan nama. Informasi yang Bapak/Ibu/Saudara berikan dipergunakan sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan status kesehatan penderita, terutama penderita TB Paru yang menjalani program pengobatan TB Paru.

Sebagai bukti kesediaannya menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah saya siapkan. Partisipasi Bapak/Ibu/Saudara dalam mengisi kuisisioner ini sangat saya hargai dan saya mengucapkan terima kasih.

Surabaya,..... November 2012

Hormat Saya,

La Rakhmat Wabula

Lampiran 6

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP KLIEN TB PARU DENGAN
KEPATUHAN MINUM OBAT ANTI TUBERKULOSIS
DI RUMAH SAKIT PARU SURABAYA****Oleh: La Rakhmat Wabula**

Setelah saya membaca maksud dan tujuan dari penelitian ini maka saya dengan sadar menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Tanda tangan saya dibawah ini ini sebagai tanda bukti kesediaan saya menjadi responden penelitian.

Tanda Tangan :

Tanggal :

No. Responden :

Lampiran 7

**KUISIONER PENELITIAN
RAHASIA/HANYA UNTUK PENELITIAN**

A. Pengantar

Berikut ini adalah pertanyaan dan pernyataan yang berkaitan dengan “Pengetahuan, Persepsi, dan Kepatuhan Klien TB Paru”. BACALAH SETIAP PERTANYAAN DAN PERNYATAAN DENGAN CERMAT SEBELUM MENJAWAB, kemudian pilihlah jawaban yang anda rasa paling sesuai dengan kesadaran diri anda pada lembaran jawaban yang tersedia. Saya sangat menghargai kejujuran dan keterbukaan anda.

TERIMAKASIH

No. kuesioner (diisi oleh peneliti) :
Kode responden (diisi oleh peneliti) :
Tanggal (diisi oleh peneliti) :

B. Petunjuk

1. Silahkan bapak/ibu jawab pertanyaan dan pernyataan dengan jujur
2. Jawaban tidak mempengaruhi profesi bapak/ibu
3. Jawaban akan dijaga kerahasiaannya dan hanya dipergunakan untuk penelitian

C. Identitas Pribadi

Petunjuk pengisian

Isilah pertanyaan no. 1 sampai 5 dengan mengisi tanda silang (x) pada kotak yang sesuai!

1. Usia responden :

2. Jenis kelamin

 Laki-laki Perempuan

3. Status perkawinan

 Belum kawin Kawin Janda Duda

4. Pendidikan terakhir

 Tidak sekolah Lulus SMA Lulus SD Perguruan tinggi Lulus SMP

5. Apakah pekerjaan anda

 Tidak bekerja Petani Pedagang Buruh Swasta Wiraswasta PNS ABRI Pensiunan Lainnya.....

6. Penghasilan perbulan kurang lebih

 \geq Rp 1.257.000,- $<$ Rp 1.257.000,-

**KUISIONER INI UNTUK MENGAJI PENGETAHUAN
RESPONDEN TENTANG TB PARU**

Petunjuk pengisian!

1. Baca setiap pernyataan ini dengan seksama
2. Pilihlah salah satu jawaban yang anda anggap paling benar dengan memberikan tanda (√) pada kolom di samping kanan

| NO. | PERTANYAAN | BENAR | SALAH | KODE |
|-----|--|-------|-------|------|
| 1. | TB Paru adalah penyakit yang disebabkan oleh kuman <i>Mycobacterium tuberculosis</i> . | | | |
| 2. | Penyakit TB Paru adalah penyakit yang menular. | | | |
| 3. | Penyakit TB Paru dapat disembuhkan dengan pengobatan yang tepat. | | | |
| 4. | Gejala utama penyakit TB Paru apabila batuk lebih dari 2 (dua) minggu. | | | |
| 5. | Penyakit TB Paru menular melalui menggunakan alat makan bersama-sama. | | | |
| 6. | Meludah disembarangan tempat tidak ada hubungannya dengan TB Paru. | | | |
| 7. | Lama pengobatan TB Paru selama 5 (lima) bulan. | | | |
| 8. | Obat merah diminum bulan ke empat. | | | |
| 9. | Mencegah TB Paru sebaiknya tidak tidur sekamar dengan penderita. | | | |
| 10. | Penyakit TB Paru akan lebih parah dan lebih sulit diobati jika penderita tidak teratur minum obat. | | | |

**KUISIONER INI UNTUK PERSEPSI KLIEN
TENTANG PENGOBATAN TB PARU**

Petunjuk pengisian!

1. Baca setiap pernyataan ini dengan seksama
2. Pilihlah salah satu jawaban yang anda anggap paling benar dengan memberikan tanda (√) pada kolom di saamping kanan
 - SS = Sangat setuju
 - S = Setuju
 - TS = Tidak setuju
 - STS = Sangat tidak setuju

I. PERSEPSI MANFAAT

| NO. | PERNYATAAN | SS | S | TS | STS |
|-----|--|----|---|----|-----|
| 1. | Jika anda melakukan pengobatan TB Paru secara rutin, maka penyakit TB Paru akan cepat sembuh. | | | | |
| 2. | Penyakit TB Paru akan semakin parah tetapi dapat dicegah apabila anda rutin dalam minum obat anti tuberkulosis. | | | | |
| 3. | Menurut anda, mencegah komplikasi dari penyakit TB Paru dapat dilakukan dengan melakukan pengobatan TB Paru secara rutin. | | | | |
| 4. | Penyakit TB Paru yang anda alami tidak semakin parah jika mengkonsumsi obat anti tuberkulosis setiap hari. | | | | |
| 5. | Komplikasi pada TB Paru akan terjadi meskipun anda telah melakukan pengobatan secara rutin. | | | | |
| 6. | Jika anda melakukan pengobatan TB Paru setiap hari, maka kehidupan finansial (keuangan) anda akan lebih baik. | | | | |
| 7. | Jika anda melakukan pengobatan TB Paru setiap hari, maka orang-orang disekitar anda tidak akan terganggu dan tertular penyakit yang anda derita. | | | | |
| 8. | Tidak ada lagi muncul keluhan yang anda rasakan jika anda mengkonsumsi obat anti tuberkulosis secara rutin. | | | | |
| 9. | Anda akan lebih percaya diri saat melakukan aktivitas, jika penyakit TB Paru anda sembuh. | | | | |
| 10. | Jika anda melakukan pengobatan TB Paru setiap hari, maka hidup anda akan lebih baik. | | | | |

II. PERSEPSI HAMBATAN

| NO. | PERNYATAAN | SS | S | TS | STS |
|-----|--|----|---|----|-----|
| 1. | Anda merasa sulit mendapatkan fasilitas saat melakukan pengobatan TB Paru. | | | | |
| 2. | Anda merasa sulit mendapatkan informasi tentang pengobatan TB Paru. | | | | |
| 3. | Anda merasa tidak bersemangat dalam melakukan pengobatan TB Paru | | | | |
| 4. | Menurut anda, banyak waktu yang terbuang untuk melakukan pengobatan TB Paru setiap hari. | | | | |
| 5. | Anda merasa baik-baik saja dengan kondisi anda saat ini. | | | | |
| 6. | Menurut anda, melakukan pengobatan TB Paru setiap hari hanya membuang tenaga dan uang saja. | | | | |
| 7. | Menurut anda, pekerjaan anda akan terganggu jika sampai terkena keluhan yang sering dirasakan pada penyakit TB Paru. | | | | |
| 8. | Anda akan lebih percaya diri saat melakukan aktivitas, jika tidak muncul penyakit TB Paru. | | | | |
| 9. | Anda merasa lebih baik membiarkan penyakit TB Paru anda bermasalah daripada harus melakukan pengobatan setiap hari. | | | | |
| 10. | Anda yakin bahwa dengan mengkonsumsi obat anti tuberkulosis, maka akan terhindar dari penyakit TB Paru. | | | | |

III. PERSEPSI KESERIOUSAN DAN ANCAMAN

| NO. | PERNYATAAN | SS | S | TS | STS |
|-----|---|----|---|----|-----|
| 1. | Anda merasa penyakit TB Paru merupakan salah satu penyakit yang berbahaya yang masa penyembuhannya lama dan memerlukan biaya yang banyak. | | | | |
| 2. | Jika anda berpikir tentang penyakit TB Paru, anda merasa takut terhadap komplikasi yang muncul secara bertahap. | | | | |
| 3. | Anda merasa takut, jika penyakit TB Paru anda sulit untuk disembuhkan akibat tidak pernah melakukan pengobatan TB Paru secara rutin. | | | | |
| 4. | Jika anda terkena penyakit TB Paru, maka kehidupan anda akan berubah. | | | | |

| NO. | PERNYATAAN | SS | S | TS | STS |
|-----|---|----|---|----|-----|
| 5. | Anda akan mengalami kesulitan jangka panjang bila sampai terkena penyakit TB Paru. | | | | |
| 6. | Jika anda mengalami penyakit TB Paru, maka anda akan merasa baik-baik saja di masa akan datang. | | | | |
| 7. | Jika anda mengalami penyakit TB Paru, maka anda merasa takut bahwa orang sekitar anda akan terganggu karena keluhan yang sering anda rasakan. | | | | |
| 8. | Anda takut apabila penyakit TB Paru tidak dapat disembuhkan. | | | | |
| 9. | Penyakit TB Paru Yang Disebabkan Oleh Kuman <i>Mycobacterium tuberculosis</i> bukanlah masalah yang serius untuk kehidupan anda di masa yang akan datang. | | | | |
| 10. | Batuk yang berkepanjangan karena tidak pernah melakukan pengobatan TB Paru bukanlah sesuatu yang perlu dikhawatirkan. | | | | |

CHECK LIST PENGAMBILAN OBAT RESPONDEN**Petunjuk pengisian!**

Check list diisi oleh penulis

| TANG GAL | JADWAL KONTROL | | JADWAL PENGAMBILAN OBAT | | | | SISA OBAT | | KELUHA N | KETERANGAN |
|-------------|----------------|-------|-------------------------|-------|--------|--------------|-----------|--------------|-------------|------------|
| | DATANG | TIDAK | PASIEN AMBIL OBAT | | | | JUMLAH | NAMA OBAT | | |
| | | | YA | TIDAK | JUMLAH | NAMA OBAT | | | | |
| | | | | | | | | | | |

CATATAN MINUM OBAT RESPONDEN

Inisial responden :

Kode responden :

Petunjuk pengisian!

1. Baca setiap pernyataan ini dengan seksama
2. Jawablah pernyataan yang tersedia dengan jujur

Contoh !

| Nama Obat | Dapat dari Poli | | Catatan Minum Obat | | |
|-----------|--------------------|--------|--------------------|--------|--|
| | Tanggal | Jumlah | Tanggal | Jam | Keterangan |
| 1. INH | 23 Oktober 2012 | 10 | 24 Oktober 2012 | 7 pagi | Isi keterangan jika saudara terpaksa minum obat. Tulis alasannya, misalnya: muntah- muntah atau lupa. |

| Nama Obat | Dapat dari Poli | | Catatan Minum Obat | | |
|------------------|------------------------|---------------|---------------------------|------------|-------------------|
| | Tanggal | Jumlah | Tanggal | Jam | Keterangan |
| | | | | | |

Lampiran 8

Rekapitulasi Uji Validitas Item Instrumen Penelitian Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru Berbasis Teori *Health Belief Model* di Poli Paru I Rumah Sakit Paru Surabaya pada tanggal 4 s/d 14 Desember 2012

| No. Item | R Hasil | R Tabel | Keterangan | Alpha | Keterangan |
|---------------------|---------|--|------------|-----------------|-----------------|
| Pengetahuan 1 | 0,954 | | Valid | 0,965 | Sangat reliabel |
| Pengetahuan 2 | 0,952 | | Valid | 0,962 | Sangat reliabel |
| Pengetahuan 3 | 0,953 | | Valid | 0,963 | Sangat reliabel |
| Pengetahuan 4 | 0,951 | | Valid | 0,965 | Sangat reliabel |
| Pengetahuan 5 | 0,951 | | Valid | 0,965 | Sangat reliabel |
| Pengetahuan 6 | 0,953 | | Valid | 0,963 | Sangat reliabel |
| Pengetahuan 7 | 0,952 | | Valid | 0,962 | Sangat reliabel |
| Pengetahuan 8 | 0,953 | | Valid | 0,963 | Sangat reliabel |
| Pengetahuan 9 | 0,951 | | Valid | 0,965 | Sangat reliabel |
| Pengetahuan 10 | 0,952 | | Valid | 0,962 | Sangat reliabel |
| Persepsi manfaat 1 | 0,953 | | Valid | 0,963 | Sangat reliabel |
| Persepsi manfaat 2 | 0,952 | | Valid | 0,962 | Sangat reliabel |
| Persepsi manfaat 3 | 0,951 | | Valid | 0,965 | Sangat reliabel |
| Persepsi manfaat 4 | 0,954 | Df = 28, sig 5% Maka R tabel = 0,950 bila R hasilnya \geq R tabel maka item valid | Valid | 0,965 | Sangat reliable |
| Persepsi manfaat 5 | 0,952 | | Valid | 0,962 | Sangat reliable |
| Persepsi manfaat 6 | 0,953 | | Valid | 0,963 | Sangat reliabel |
| Persepsi manfaat 7 | 0,951 | | Valid | 0,965 | Sangat reliabel |
| Persepsi manfaat 8 | 0,951 | | Valid | 0,965 | Sangat reliabel |
| Persepsi manfaat 9 | 0,953 | | Valid | 0,963 | Sangat reliabel |
| Persepsi manfaat 10 | 0,952 | | Valid | 0,962 | Sangat reliabel |
| Persepsi hambatan 1 | 0,953 | | Valid | 0,963 | Sangat reliabel |
| Persepsi hambatan 2 | 0,951 | | Valid | 0,965 | Sangat reliabel |
| Persepsi hambatan 3 | 0,952 | | Valid | 0,962 | Sangat reliabel |
| Persepsi hambatan 4 | 0,954 | Valid | 0,965 | Sangat reliabel | |
| Persepsi hambatan 5 | 0,953 | Valid | 0,963 | Sangat reliabel | |

| | | | | | |
|------------------------------------|-------|--|-------|-------|-----------------|
| Persepsi hambatan 6 | 0,951 | | Valid | 0,965 | Sangat reliabel |
| Persepsi hambatan 7 | 0,951 | | Valid | 0,965 | Sangat reliabel |
| Persepsi hambatan 8 | 0,953 | | Valid | 0,963 | Sangat reliabel |
| Persepsi hambatan 9 | 0,952 | | Valid | 0,962 | Sangat reliabel |
| Persepsi hambatan 10 | 0,953 | | Valid | 0,963 | Sangat reliabel |
| Persepsi keseriusan dan ancaman 1 | 0,951 | | Valid | 0,965 | Sangat reliabel |
| Persepsi keseriusan dan ancaman 2 | 0,952 | | Valid | 0,962 | Sangat reliabel |
| Persepsi keseriusan dan ancaman 3 | 0,953 | | Valid | 0,963 | Sangat reliabel |
| Persepsi keseriusan dan ancaman 4 | 0,952 | | Valid | 0,962 | Sangat reliabel |
| Persepsi keseriusan dan ancaman 5 | 0,951 | | Valid | 0,965 | Sangat reliabel |
| Persepsi keseriusan dan ancaman 6 | 0,953 | | Valid | 0,963 | Sangat reliabel |
| Persepsi keseriusan dan ancaman 7 | 0,951 | Df = 28, sig 5% Maka R tabel = 0,950 bila R hasilnya \geq R tabel maka item valid | Valid | 0,965 | Sangat reliabel |
| Persepsi keseriusan dan ancaman 8 | 0,952 | | Valid | 0,962 | Sangat reliabel |
| Persepsi keseriusan dan ancaman 9 | 0,954 | | Valid | 0,965 | Sangat reliabel |
| Persepsi keseriusan dan ancaman 10 | 0,953 | | Valid | 0,963 | Sangat reliabel |
| Kepatuhan berobat | 0,954 | | Valid | 0,965 | Sangat reliabel |

Sumber : Data Primer 2012 (diolah)

Lampiran 9

TABULASI DATA UMUM HASIL PENELITIAN

| No. Responden | Usia | Jenis Kelamin | Status Perkawinan | Pendidikan Terakhir | Pekerjaan Responden | Penghasilan per Bulan |
|---------------|----------|---------------|-------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| 1 | 49 tahun | Laki-laki | Duda | Tidak Sekolah | Swasta | < Rp 1.257.000 |
| 2 | 56 tahun | Laki-laki | Kawin | Tidak Sekolah | Swasta | < Rp 1.257.000 |
| 3 | 53 tahun | Perempuan | Kawin | Lulus SMA | Tidak Bekerja | ≥ Rp 1.257.000 |
| 4 | 38 tahun | Perempuan | Kawin | Lulus SD | Tidak Bekerja | < Rp 1.257.000 |
| 5 | 30 tahun | Laki-laki | Belum Kawin | Lulus SMA | Tidak Bekerja | < Rp 1.257.000 |
| 6 | 45 tahun | Laki-laki | Kawin | Lulus SD | Swasta | < Rp 1.257.000 |
| 7 | 60 tahun | Perempuan | Kawin | Tidak Sekolah | Tidak Bekerja | < Rp 1.257.000 |
| 8 | 67 tahun | Laki-laki | Kawin | Lulus SD | Pedagang | < Rp 1.257.000 |
| 9 | 40 tahun | Laki-laki | Kawin | Lulus SMA | Swasta | ≥ Rp 1.257.000 |
| 10 | 25 tahun | Perempuan | Kawin | Lulus SMP | Tidak Bekerja | < Rp 1.257.000 |
| 11 | 53 tahun | Laki-laki | Kawin | Lulus SMP | Swasta | ≥ Rp 1.257.000 |
| 12 | 46 tahun | Laki-laki | Kawin | Lulus SD | Swasta | ≥ Rp 1.257.000 |
| 13 | 50 tahun | Perempuan | Kawin | Lulus SD | Swasta | < Rp 1.257.000 |
| 14 | 24 tahun | Laki-laki | Kawin | Lulus SD | Swasta | < Rp 1.257.000 |
| 15 | 20 tahun | Laki-laki | Belum Kawin | Lulus SMA | Swasta | < Rp 1.257.000 |
| 16 | 62 tahun | Laki-laki | Kawin | Lulus SD | Wiraswasta | < Rp 1.257.000 |
| 17 | 31 tahun | Laki-laki | Kawin | Lulus SMA | Swasta | < Rp 1.257.000 |
| 18 | 57 tahun | Laki-laki | Kawin | Lulus SD | Buruh | < Rp 1.257.000 |
| 19 | 53 tahun | Perempuan | Kawin | Lulus SD | Buruh | ≥ Rp 1.257.000 |
| 20 | 28 tahun | Laki-laki | Kawin | Lulus SD | Swasta | < Rp 1.257.000 |
| 21 | 56 tahun | Laki-laki | Kawin | Lulus SD | Swasta | < Rp 1.257.000 |
| 22 | 23 tahun | Perempuan | Belum Kawin | Lulus SMA | Swasta | < Rp 1.257.000 |
| 23 | 46 tahun | Laki-laki | Kawin | Lulus SD | Swasta | ≥ Rp 1.257.000 |
| 24 | 51 tahun | Laki-laki | Kawin | Perguruan Tinggi | Swasta | ≥ Rp 1.257.000 |
| 25 | 57 tahun | Laki-laki | Duda | Lulus SMA | Swasta | ≥ Rp 1.257.000 |
| 26 | 35 tahun | Laki-laki | Kawin | Lulus SMA | Swasta | < Rp 1.257.000 |
| 27 | 45 tahun | Laki-laki | Duda | Lulus SMA | Swasta | < Rp 1.257.000 |
| 28 | 24 tahun | Laki-laki | Belum Kawin | Perguruan Tinggi | Swasta | ≥ Rp 1.257.000 |

Lampiran 9

TABULASI DATA KHUSUS HASIL PENELITIAN : X₁ dan Y₁

| No. Responden | X ₁ = Faktor Modifikasi | | | | | | | | | | | | | | | Y ₁ = Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru | | |
|---------------|------------------------------------|--------------|---------------|---------------|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------|--|-------|----------|
| | Usia | | Jenis Kelamin | Sosio-ekonomi | Pengetahuan | | | | | | | | | | Total Skor | | % | Kategori |
| | Range | Kategori | | | Jawaban Kuesioner | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | |
| 1 | 46-65 tahun | Dewasa Madya | Laki-laki | Bekerja | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 7 | 70 | Cukup | Patuh |
| 2 | 46-65 tahun | Dewasa Madya | Laki-laki | Bekerja | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 7 | 70 | Cukup | Patuh |
| 3 | 46-65 tahun | Dewasa Madya | Perempuan | Tidak Bekerja | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 6 | 60 | Cukup | Patuh |
| 4 | 15-45 tahun | Dewasa Awal | Perempuan | Tidak Bekerja | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 9 | 90 | Baik | Patuh |
| 5 | 15-45 tahun | Dewasa Awal | Laki-laki | Tidak Bekerja | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 7 | 70 | Cukup | Patuh |
| 6 | 15-45 tahun | Dewasa Awal | Laki-laki | Bekerja | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 7 | 70 | Cukup | Patuh |
| 7 | 46-65 tahun | Dewasa Madya | Perempuan | Tidak Bekerja | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 50 | Cukup | Patuh |
| 8 | 46-65 tahun | Dewasa Madya | Laki-laki | Bekerja | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 6 | 60 | Cukup | Patuh |
| 9 | 15-45 tahun | Dewasa Awal | Laki-laki | Bekerja | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 8 | 80 | Baik | Patuh |
| 10 | 15-45 tahun | Dewasa Awal | Perempuan | Tidak Bekerja | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 8 | 80 | Baik | Patuh |
| 11 | 46-65 tahun | Dewasa Madya | Laki-laki | Bekerja | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 8 | 80 | Baik | Patuh |
| 12 | 46-65 tahun | Dewasa Madya | Laki-laki | Bekerja | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 8 | 80 | Baik | Patuh |
| 13 | 46-65 tahun | Dewasa Madya | Perempuan | Bekerja | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 6 | 60 | Cukup | Patuh |
| 14 | 15-45 tahun | Dewasa Awal | Laki-laki | Bekerja | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 7 | 70 | Cukup | Patuh |
| 15 | 15-45 tahun | Dewasa Awal | Laki-laki | Swasta | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 8 | 80 | Baik | Patuh |
| 16 | 46-65 tahun | Dewasa Madya | Laki-laki | Bekerja | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 7 | 70 | Cukup | Patuh |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|-------------|--------------|-----------|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----|--------|-------------|
| 17 | 15-45 tahun | Dewasa Awal | Laki-laki | Bekerja | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 8 | 80 | Baik | Patuh |
| 18 | 46-65 tahun | Dewasa Madya | Laki-laki | Bekerja | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 8 | 80 | Baik | Patuh |
| 19 | 46-65 tahun | Dewasa Madya | Perempuan | Bekerja | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 8 | 80 | Baik | Patuh |
| 20 | 15-45 tahun | Dewasa Awal | Laki-laki | Bekerja | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 50 | Kurang | Patuh |
| 21 | 46-65 tahun | Dewasa Madya | Laki-laki | Bekerja | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 40 | Kurang | Patuh |
| 22 | 15-45 tahun | Dewasa Awal | Perempuan | Bekerja | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 8 | 80 | Baik | Patuh |
| 23 | 46-65 tahun | Dewasa Madya | Laki-laki | Bekerja | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 100 | Baik | Patuh |
| 24 | 46-65 tahun | Dewasa Madya | Laki-laki | Bekerja | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 7 | 70 | Cukup | Patuh |
| 25 | 46-65 tahun | Dewasa Madya | Laki-laki | Bekerja | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 8 | 80 | Baik | Tidak Patuh |
| 26 | 15-45 tahun | Dewasa Awal | Laki-laki | Bekerja | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 7 | 70 | Cukup | Tidak Patuh |
| 27 | 15-45 tahun | Dewasa Awal | Laki-laki | Bekerja | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 30 | Kurang | Tidak Patuh |
| 28 | 15-45 tahun | Dewasa Awal | Laki-laki | Bekerja | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 8 | 80 | Baik | Tidak Patuh |

Lampiran 10

HASIL STATISTIK**Crosstabs****Case Processing Summary**

| | Cases | | | | | |
|---|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Usia * Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan | 28 | 100,0% | 0 | ,0% | 28 | 100,0% |

Usia * Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan Crosstabulation

| | | | Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan | | Total |
|--------------------------------|---------------|--------|--|---------|-------|
| | | | Negatif | Positif | |
| Usia 15-45 tahun (Dewasa Awal) | Count | 3 | 10 | 13 | |
| | % within Usia | 23,08% | 76,92% | 100,00% | |
| 46-65 tahun (Dewasa Madya) | Count | 8 | 7 | 15 | |
| | % within Usia | 53,33% | 46,67% | 100,00% | |
| Total | Count | 11 | 17 | 28 | |
| | % within Usia | 39,29% | 60,71% | 100,00% | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 2,673 ^b | 1 | ,102 | | |
| Continuity Correction ^a | 1,555 | 1 | ,212 | | |
| Likelihood Ratio | 2,747 | 1 | ,097 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,137 | ,106 |
| Linear-by-Linear Association | 2,577 | 1 | ,108 | | |
| N of Valid Cases | 28 | | | | |

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,11.

Crosstabs

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|--|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Jenis Kelamin * Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan | 28 | 100,0% | 0 | ,0% | 28 | 100,0% |

Jenis Kelamin * Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan Crosstabulation

| | | | Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan | | Total |
|---------------|-----------|------------------------|--|---------|---------|
| | | | Negatif | Positif | |
| Jenis Kelamin | Perempuan | Count | 3 | 4 | 7 |
| | | % within Jenis Kelamin | 42,86% | 57,14% | 100,00% |
| | Laki-laki | Count | 8 | 13 | 21 |
| | | % within Jenis Kelamin | 38,10% | 61,90% | 100,00% |
| Total | | Count | 11 | 17 | 28 |
| | | % within Jenis Kelamin | 39,29% | 60,71% | 100,00% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | ,050 ^b | 1 | ,823 | | |
| Continuity Correction ^a | ,000 | 1 | 1,000 | | |
| Likelihood Ratio | ,050 | 1 | ,824 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 1,000 | ,581 |
| Linear-by-Linear Association | ,048 | 1 | ,826 | | |
| N of Valid Cases | 28 | | | | |

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,75.

Crosstabs

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|--|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Sosio-ekonomi * Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan | 28 | 100,0% | 0 | ,0% | 28 | 100,0% |

Sosio-ekonomi * Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan Crosstabulation

| | | | Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan | | Total |
|---------------|---------------|------------------------|--|---------|---------|
| | | | Negatif | Positif | |
| Sosio-ekonomi | Tidak Bekerja | Count | 1 | 4 | 5 |
| | | % within Sosio-ekonomi | 20,00% | 80,00% | 100,00% |
| | Bekerja | Count | 10 | 13 | 23 |
| | | % within Sosio-ekonomi | 43,48% | 56,52% | 100,00% |
| Total | | Count | 11 | 17 | 28 |
| | | % within Sosio-ekonomi | 39,29% | 60,71% | 100,00% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Pearson Chi-Square | ,949 ^b | 1 | ,330 | | |
| Continuity Correction ^a | ,220 | 1 | ,639 | | |
| Likelihood Ratio | 1,024 | 1 | ,312 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,619 | ,329 |
| Linear-by-Linear Association | ,915 | 1 | ,339 | | |
| N of Valid Cases | 28 | | | | |

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,96.

Oneway

Descriptives

Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|-------------------------------|----|-------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| | | | | | 15-45 tahun (Dewasa Awal) | 13 | | |
| 46-65 tahun (Dewasa Madya) | 15 | 27,67 | 3,06 | ,79 | 25,97 | 29,36 | 24 | 37 |
| Total | 28 | 27,79 | 3,12 | ,59 | 26,58 | 29,00 | 19 | 37 |

Test of Homogeneity of Variances

Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan

| Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|------------------|-----|-----|------|
| ,071 | 1 | 26 | ,792 |

ANOVA

Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan

| | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|----------------|----------------|----|-------------|------|------|
| Between Groups | ,458 | 1 | ,458 | ,045 | ,833 |
| Within Groups | 262,256 | 26 | 10,087 | | |
| Total | 262,714 | 27 | | | |

Oneway

Descriptives

Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|-----------|----|-------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| | | | | | Perempuan | 7 | | |
| Laki-laki | 21 | 27,86 | 3,47 | ,76 | 26,28 | 29,44 | 19 | 37 |
| Total | 28 | 27,79 | 3,12 | ,59 | 26,58 | 29,00 | 19 | 37 |

Test of Homogeneity of Variances

Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan

| Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|------------------|-----|-----|------|
| 1,390 | 1 | 26 | ,249 |

ANOVA

Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan

| | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|----------------|----------------|----|-------------|------|------|
| Between Groups | ,429 | 1 | ,429 | ,042 | ,838 |
| Within Groups | 262,286 | 26 | 10,088 | | |
| Total | 262,714 | 27 | | | |

Oneway**Descriptives**

Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|---------------|----|-------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| Tidak Bekerja | 5 | 28,00 | 1,41 | ,63 | 26,24 | 29,76 | 26 | 30 |
| Bekerja | 23 | 27,74 | 3,40 | ,71 | 26,27 | 29,21 | 19 | 37 |
| Total | 28 | 27,79 | 3,12 | ,59 | 26,58 | 29,00 | 19 | 37 |

Test of Homogeneity of Variances

Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan

| Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|------------------|-----|-----|------|
| 2,498 | 1 | 26 | ,126 |

ANOVA

Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan

| | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|----------------|----------------|----|-------------|------|------|
| Between Groups | ,280 | 1 | ,280 | ,028 | ,869 |
| Within Groups | 262,435 | 26 | 10,094 | | |
| Total | 262,714 | 27 | | | |

Oneway

Descriptives

Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|--------|----|-------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| Kurang | 3 | 23,67 | 4,04 | 2,33 | 13,63 | 33,71 | 19 | 26 |
| Cukup | 11 | 28,64 | 3,32 | 1,00 | 26,40 | 30,87 | 25 | 37 |
| Baik | 14 | 28,00 | 2,15 | ,57 | 26,76 | 29,24 | 24 | 31 |
| Total | 28 | 27,79 | 3,12 | ,59 | 26,58 | 29,00 | 19 | 37 |

Test of Homogeneity of Variances

Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan

| Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|------------------|-----|-----|------|
| ,990 | 2 | 25 | ,386 |

ANOVA

Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan

| | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|----------------|----------------|----|-------------|-------|------|
| Between Groups | 59,502 | 2 | 29,751 | 3,660 | ,040 |
| Within Groups | 203,212 | 25 | 8,128 | | |
| Total | 262,714 | 27 | | | |

NPar Tests

Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

Frequencies

| | Jenis Kelamin | N |
|--|---------------|----|
| Pengetahuan | Wanita | 7 |
| | Laki-laki | 21 |
| | Total | 28 |
| Persepsi Manfaat yang Dirasakan | Wanita | 7 |
| | Laki-laki | 21 |
| | Total | 28 |
| Persepsi Kerugian/Hambatan yang Dirasakan | Wanita | 7 |
| | Laki-laki | 21 |
| | Total | 28 |
| Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan | Wanita | 7 |
| | Laki-laki | 21 |
| | Total | 28 |
| Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru | Wanita | 7 |
| | Laki-laki | 21 |
| | Total | 28 |

Test Statistics^a

| | | Pengetahuan | Persepsi Manfaat yang Dirasakan | Persepsi Kerugian/Hambatan yang Dirasakan | Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan | Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru |
|--------------------------|----------|-------------|---------------------------------|---|--|---|
| Most Extreme Differences | Absolute | ,238 | ,429 | ,238 | ,381 | ,190 |
| | Positive | ,095 | ,429 | ,048 | ,143 | ,190 |
| | Negative | -,238 | ,000 | -,238 | -,381 | ,000 |
| Kolmogorov-Smirnov Z | | ,546 | ,982 | ,546 | ,873 | ,436 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | | ,927 | ,290 | ,927 | ,431 | ,991 |

a. Grouping Variable: Jenis Kelamin

Regression

Descriptive Statistics

| | Mean | Std. Deviation | N |
|--|-------|----------------|----|
| Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan | 27,79 | 3,12 | 28 |
| Pengetahuan | 7,11 | 1,50 | 28 |

Correlations

| | | Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan | Pengetahuan |
|---------------------|--|--|-------------|
| Pearson Correlation | Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan | 1,000 | ,433 |
| | Pengetahuan | ,433 | 1,000 |
| Sig. (1-tailed) | Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan | , | ,011 |
| | Pengetahuan | ,011 | , |
| N | Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan | 28 | 28 |
| | Pengetahuan | 28 | 28 |

Variables Entered/Removed^a

| Model | Variables Entered | Variables Removed | Method |
|-------|-------------------|-------------------|--------|
| 1 | Pengetahuan | , | Enter |

- a. All requested variables entered.
 b. Dependent Variable: Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan

Model Summary

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate | Change Statistics | | | | |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|-------------------|----------|-----|-----|---------------|
| | | | | | R Square Change | F Change | df1 | df2 | Sig. F Change |
| 1 | ,433 ^a | ,187 | ,156 | 2,87 | ,187 | 5,992 | 1 | 26 | ,021 |

- a. Predictors: (Constant), Pengetahuan

ANOVA^b

| Model | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-------|------------|----------------|----|-------------|-------|-------------------|
| 1 | Regression | 49,208 | 1 | 49,208 | 5,992 | ,021 ^a |
| | Residual | 213,507 | 26 | 8,212 | | |
| | Total | 262,714 | 27 | | | |

a. Predictors: (Constant), Pengetahuan

b. Dependent Variable: Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan

Coefficients^a

| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. | Correlations | | |
|-------|-------------|-----------------------------|------------|---------------------------|-------|------|--------------|---------|------|
| | | B | Std. Error | Beta | | | Zero-order | Partial | Part |
| 1 | (Constant) | 21,386 | 2,670 | | 8,009 | ,000 | | | |
| | Pengetahuan | ,901 | ,368 | ,433 | 2,448 | ,021 | ,433 | ,433 | ,433 |

a. Dependent Variable: Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan

Regression**Descriptive Statistics**

| | Mean | Std. Deviation | N |
|---|-------|----------------|----|
| Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru | 22,29 | 4,28 | 28 |
| Persepsi Manfaat yang Dirasakan | 30,96 | 3,27 | 28 |
| Persepsi Kerugian/Hambatan yang Dirasakan | 29,14 | 2,94 | 28 |

Correlations

| | | Perilaku Ketaatan Berobat pada Klien TB Paru | Persepsi Manfaat yang Dirasakan | Persepsi Kerugian/Hambatan yang Dirasakan |
|---------------------|--|--|---------------------------------|---|
| Pearson Correlation | Perilaku Ketaatan Berobat pada Klien TB Paru | 1,000 | ,027 | ,550 |
| | Persepsi Manfaat yang Dirasakan | ,027 | 1,000 | ,124 |
| | Persepsi Kerugian/Hambatan yang Dirasakan | ,550 | ,124 | 1,000 |
| Sig. (1-tailed) | Perilaku Ketaatan Berobat pada Klien TB Paru | , | ,445 | ,001 |
| | Persepsi Manfaat yang Dirasakan | ,445 | , | ,265 |
| | Persepsi Kerugian/Hambatan yang Dirasakan | ,001 | ,265 | , |
| N | Perilaku Ketaatan Berobat pada Klien TB Paru | 28 | 28 | 28 |
| | Persepsi Manfaat yang Dirasakan | 28 | 28 | 28 |
| | Persepsi Kerugian/Hambatan yang Dirasakan | 28 | 28 | 28 |

Variables Entered/Removed^d

| Model | Variables Entered | Variables Removed | Method |
|-------|---|-------------------|--------|
| 1 | Persepsi Kerugian/Hambatan yang Dirasakan, Persepsi Manfaat yang Dirasakan ^a | | Enter |

- a. All requested variables entered.
b. Dependent Variable: Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru

Model Summary

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate | Change Statistics | | | | |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|-------------------|----------|-----|-----|---------------|
| | | | | | R Square Change | F Change | df1 | df2 | Sig. F Change |
| 1 | ,552 ^a | ,305 | ,249 | 3,71 | ,305 | 5,477 | 2 | 25 | ,011 |

- a. Predictors: (Constant), Persepsi Kerugian/Hambatan yang Dirasakan, Persepsi Manfaat yang Dirasakan

ANOVA^b

| Model | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-------|------------|----------------|----|-------------|-------|-------------------|
| 1 | Regression | 150,415 | 2 | 75,208 | 5,477 | ,011 ^a |
| | Residual | 343,299 | 25 | 13,732 | | |
| | Total | 493,714 | 27 | | | |

- a. Predictors: (Constant), Persepsi Kerugian/Hambatan yang Dirasakan, Persepsi Manfaat yang Dirasakan
b. Dependent Variable: Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru

Coefficients^a

| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. | Correlations | | |
|-------|---|-----------------------------|------------|---------------------------|-------|------|--------------|------------|---------|
| | | B | Std. Error | | | | Beta | Zero-order | Partial |
| | | 1 | (Constant) | ,420 | 9,247 | | ,045 | ,964 | |
| | Persepsi Manfaat yang Dirasakan | -5,43E-02 | ,220 | -,042 | -,247 | ,807 | ,027 | -,049 | -,041 |
| | Persepsi Kerugian/Hambatan yang Dirasakan | ,808 | ,244 | ,556 | 3,306 | ,003 | ,550 | ,551 | ,551 |

- a. Dependent Variable: Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru

Regression

Descriptive Statistics

| | Mean | Std. Deviation | N |
|--|-------|----------------|----|
| Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru | 22,29 | 4,28 | 28 |
| Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan | 27,79 | 3,12 | 28 |

Correlations

| | | Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru | Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan |
|---------------------|--|---|--|
| Pearson Correlation | Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru | 1,000 | ,238 |
| | Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan | ,238 | 1,000 |
| Sig. (1-tailed) | Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru | , | ,111 |
| | Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan | ,111 | , |
| N | Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru | 28 | 28 |
| | Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan | 28 | 28 |

Variables Entered/Removed^a

| Model | Variables Entered | Variables Removed | Method |
|-------|---|-------------------|--------|
| 1 | Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan ^a | , | Enter |

- a. All requested variables entered.
 b. Dependent Variable: Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru

Model Summary

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate | Change Statistics | | | | |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|-------------------|----------|-----|-----|---------------|
| | | | | | R Square Change | F Change | df1 | df2 | Sig. F Change |
| 1 | ,238 ^a | ,057 | ,020 | 4,23 | ,057 | 1,561 | 1 | 26 | ,223 |

a. Predictors: (Constant), Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan

ANOVA^b

| Model | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-------|------------|----------------|----|-------------|-------|-------------------|
| 1 | Regression | 27,966 | 1 | 27,966 | 1,561 | ,223 ^a |
| | Residual | 465,749 | 26 | 17,913 | | |
| | Total | 493,714 | 27 | | | |

a. Predictors: (Constant), Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan

b. Dependent Variable: Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru

Coefficients^a

| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. | Correlations | | |
|-------|--|-----------------------------|------------|---------------------------|-------|------|--------------|---------|------|
| | | B | Std. Error | Beta | | | Zero-order | Partial | Part |
| 1 | (Constant) | 13,220 | 7,299 | | 1,811 | ,082 | | | |
| | Persepsi Keseriusan dan Ancaman yang Dirasakan | ,326 | ,261 | ,238 | 1,249 | ,223 | ,238 | ,238 | ,238 |

a. Dependent Variable: Perilaku Kepatuhan Berobat pada Klien TB Paru