

TESIS

**MODEL ADAPTASI PSIKOSOSIAL PADA KLIEN TUBERKULOSIS
PARU YANG MENJALANI PENGOBATAN DENGAN MENGGUNAKAN
PENDEKATAN *UNCERTAINTY IN ILLNESS* DI PUSKESMAS
WILAYAH KERJA JEMBER**



**Anita Fatarona
NIM. 131614153022**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

i

**MODEL ADAPTASI PSIKOSOSIAL PADA KLIEN TUBERKULOSIS
PARU YANG MENJALANI PENGOBATAN DENGAN MENGGUNAKAN
PENDEKATAN *UNCERTAINTY IN ILLNESS* DI PUSKESMAS
WILAYAH KERJA JEMBER**

TESIS

Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M. Kep)
dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Oleh:

Anita Fatarona
NIM. 131614153022


**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2018

ii

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
Telah saya nyatakan benar.

Nama	Anita Fatarona
NIM	13161415722
Tanggal	23 Mei 2018
Tanda Tangan	





LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh:

Nama: Anita Fatarona
NIM: 131614153022
Program Studi: Magister Keperawatan
Judul: Model Adaptasi Psikososial Pada Klien Tuberkulosis Paru-Paru Yang Menjalani Pengobatan Dengan Menggunakan Pendekatan Teori *Uncertainty In Illness* di Puskesmas Wilayah Kerja Jember.

Tesis ini telah diperiksa dan diterima oleh panitia pengesahan pada Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga pada tanggal 25 Mei 2015.

Panitia pengesahan:

1. Ketua Panitia: Dr. Ah. Yusuf, S.Kep., M.Kes.
2. Anggota: Dr. Soedjono, dr., Sp. F.I.S.
3. Anggota: Lully Huslapy, S.Kep., Ns., M.Kes.
4. Anggota: Dr. Makhluh, S.Kep., Ns., M.Ked.Tel.
5. Anggota: Khurni Dwi Lantia, S.Kep., Ns., M.Kes.

Mengesahkan,
Ketua Panitia Pengesahan Program Studi

Dr. Irena Sukarni, S.Kep., M.Kes.
NIP. 197212172000032001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan Tesis dengan judul "Model Adaptasi Psikososial pada klien Tuberkulosis Paru yang Menjalani Pengobatan dengan menggunakan Pendekatan Teori *Uncertainty In Illness* di Puskesmas Wilayah Kerja Jember" dapat terselesaikan.

Berkenaan dengan ini, penyusun mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons), selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah menyediakan arahan, fasilitas, dan motivasi dalam penyelesaian tesis;
2. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes, selaku Koordinator Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga telah menyediakan arahan, fasilitas, dan motivasi dalam penyelesaian tesis;
3. Dr. Soedarsono, dr., Sp.P (K), selaku Pembimbing I yang telah membimbing dan memberi arahan, motivasi, dan bimbingan dalam penyusunan tesis;
4. Laily Hidayati, S. Kep. Ns., M.Kep., selaku Pembimbing II yang telah membimbing, memberikan arahan, dorongan, dan memberikan motivasi dalam penyusunan tesis;
5. Kepala Puskesmas Rambipuji dan Kepala Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember, yang telah memberikan fasilitas dalam penyelesaian tesis.
6. Seluruh Dosen Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah membimbing dalam penyelesaian tesis;.

7. Anam dan Siwi Suharti (almh) serta Umi Yuna selaku orang tua yang selalu memberikan motivasi dan dukungan penuh dalam penyelesaian tesis;
8. Soewarno dan Siti Zaenab selaku mertua yang selalu memberikan motivasi dan dukungan penuh dalam penyelesaian tesis;
9. Suami saya, M. Nur Zainullah dan putra tercinta M. Maliq Javier yang telah memberikan doa, semangat dan motivasi serta dukungan penuh dalam penyelesaian tesis;
10. Sahabat saya Eka Afdi Septiono yang telah memberikan motivasi dan dukungan penuh dalam penyelesaian tesis;
11. Teman-teman magister keperawatan angkatan IX yang telah saling memberi semangat untuk menyelesaikan tesis;
12. Responden yang telah memberi waktu dan kesediannya dalam berjalannya proses pengambilan data sehingga peneliti bisa menyelesaikan tesis ini.

Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat sebaik-baiknya bagi para pembaca.

Surabaya, Mei 2018

Penulis

Anita Fatarona

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Anita Fatarona
NIM : 1316614153022
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

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

"Model Adaptasi Psikososial Pada Klien Tuberkulosis Paru Yang Menjalani Pengobatan Dengan Menggunakan Persebaran Teori Uncertainty In Illness Di Pesisiran Wilayah Kerja Jember"

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyediakan, mengali media/formasi, mengelola dalam bentuk publikasi dan database, merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama hidup memantapkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sejujurnya.

Dijerat di : Surabaya
Pada tanggal : 25 Mei 2018
Yang menyetujui,


6000
(Anita Fatarona)

RINGKASAN

MODEL ADAPTASI PSIKOSOSIAL PADA KLIEN TUBERKULOSIS PARU YANG MENJALANI PENGobatan DENGAN MENGGUNAKAN PENDEKATAN TEORI *UNCERTAINTY IN ILLNESS* DI PUSKESMAS WILAYAH KERJA JEMBER

Oleh: Anita Fatarona

Penyakit Tuberkulosis dimasyarakat dipandang sebagai penyakit yang terkait dengan penyakit yang najis, dan lokal secara luas terkait dengan kotoran dan kebiasaan buruk. Hal ini, akan berpengaruh terhadap proses penyembuhan klien. Penderita Tuberkulosis juga mendapatkan stigma sosial berupa pengucilan akibat stigma negatif dari masyarakat. Orang yang didiagnosis TB akan mengalami gangguan emosional. Peran keluarga dan pelayanan kesehatan sangat penting untuk mengurangi stigma dan membantu mengelola perasaan emosional klien TB. Pemberian informasi oleh petugas kesehatan pada klien dengan berfokus pada aspek psikologis sebagai upaya peningkatan penerimaan pasien terhadap penyakit.. Program yang ada saat ini, belum mengarah pada pemecahan masalah psikososial penderita, padahal dampak masalah psikososial (seperti, cemas, isolasi sosial, dan gangguan interaksi sosial) sangat besar pengaruhnya terhadap prognosis penyakit penderita TB. Menurut data yang dikumpulkan sebelum penelitian di Puskesmas wilayah kerja Jember Tidak ada model adaptasi psikososial pada pasien Tuberculosis. Model adaptasi psikososial ini menggunakan pendekatan teori *uncertainty in illness*

Desain penelitian ini adalah *explanatory survey approach* dengan pendekatan *cross sectional*, yang dilakukan dengan melakukan pengukuran mandiri dan dependen variabel pada satu titik waktu. Populasinya adalah penderita tuberculosis di Puskesmas wilayah kerja Jember. Sampel diukur dengan menggunakan 100 responden dan didasarkan pada kriteria inklusi. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *simple random sampling*. Variabel dalam penelitian ini adalah variabel bebas, yang terdiri dari: umur, jenis kelamin, status perkawinan, lama pengobatan, , tingkat pengetahuan, harapan, suku, stigma, pekerjaan, komunikasi dukungan keluarga, pendidikan, dan uncertainty dan variabel dependen yaitu koping dan adaptasi psikososial. Data dianalisis dengan menggunakan *Partial Least Square (PLS)*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa: (1) faktor kognitif memberi efek yang signifikan terhadap uncertainty, (2) faktor psikologis tidak memberikan pengaruh yang signifikan terhadap uncertainty, (3) faktor sosial memberikan pengaruh yang signifikan terhadap uncertainty (4) faktor uncertainty memberikan pengaruh yang signifikan terhadap koping. (5) faktor koping memberikan pengaruh pada adaptasi psikososial.

Penelitian ini mendapatkan hasil bahwa kognitif yakni pengetahuan mempunyai pengaruh secara langsung terhadap *uncertainty*. Peneliti menganalisis bahwa *uncertainty* menurun disebabkan karena pengetahuan klien TB meningkat. Pemahaman klien TB terkait informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan dapat mengurangi kekhawatiran dan kebingungan klien TB. Hal ini dibuktikan sebagian klien TB pada saat melakukan kunjungan pengobatan tidak banyak memberikan pertanyaan dan pada saat dilakukan evaluasi terkait pengobatan klien mampu menjawab sesuai dengan pertanyaan yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Penelitian ini menunjukkan bahwa *uncertainty* dapat menurun dengan pengetahuan meningkat jika perawat bisa menilai kebutuhan informasi pasien / keluarga dengan membangun kelas terstruktur atau membuat kelompok khusus untuk memberikan informasi mengenai penyakit TB.

Adaptasi psikososial dengan menggunakan pendekatan *uncertainty in illness* terdiri dari komponen kognitif, psikologi, dan sosial sebagai pertimbangan. Hal ini membantu para perawat untuk menjelaskan dan memprediksi tindakan untuk meningkatkan kemampuan adaptasi pasien. Hasil dari penelitian ini dapat digunakan oleh perawat untuk melakukan intervensi yang diperlukan untuk perawatan untuk meningkatkan adaptasi psikososial dan untuk meningkatkan kualitas perawatan untuk pasien tuberculosi. Penelitian ini juga bermanfaat untuk penelitian lain untuk menerapkan pengobatan dalam intervensi keperawatan melalui observasi yang komprehensif.

EXECUTIVE SUMMARY

PSYCHOSOSIAL ADAPTATION MODEL ON TUBERCULOSIS CLIENTS THAT HAVE TREATMENT USING UNCERTAINTY IN ILLNESS THEORY APPROACH IN COMMUNITY HEALTH CENTER (PUSKESMAS) IN JEMBER

By: Anita Fatarona

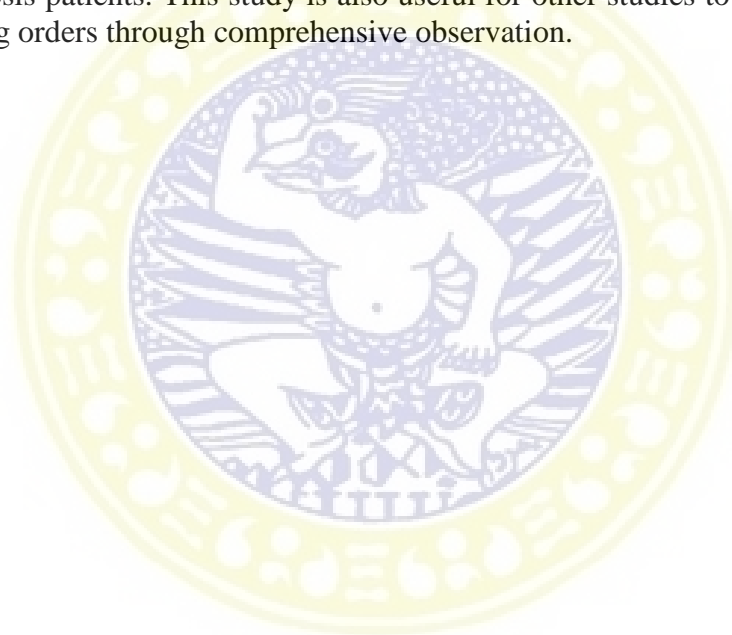
Tuberculosis disease in the community is seen as a disease associated with impurity, and local is widely associated with impurities and bad habits. This will affect the client's healing process. Tuberculosis sufferers also get social stigma in the form of ostracism due to negative stigma from society. People diagnosed with TB will experience emotional disturbance. Family roles and health services are essential to reduce stigma and help manage the emotional feelings of TB clients. Providing information by health workers to clients by focusing on psychological aspects as an effort to increase patient acceptance of disease. The current program, has not led to the psychosocial problem solving of patients, whereas the impact of psychosocial problems (such as, anxiety, social isolation, and interaction interactions social) is very large effect on the prognosis of TB disease. According to data collected prior to the study at Community Health Center (Puskesmas) In Jember model of psychosocial adaptation in tuberculosis pasien. this psychosocial adaptation model uses the uncertainty in illness theory approach.

This design of this research is an explanatory survey approach cross sectional, which is done by performing independent measurement and dependent variable at one point of time. The population is tuberculosis patients in Community Health Center (Puskesmas) In Jember. The sample was measured using 100 respondents and based on the inclusion criteria. The sampling technique used in this research is simple random sampling. The variables in this study are independent variables, which consist of: age, sex, marital status, duration of treatment, knowledge level, expectation, ethnicity, stigma, occupation, family support communication, education, and uncertainty and dependent variable ie coping and adaptation psychosocial. Data were analyzed using Partial Least Square (PLS).

The results showed that: (1) cognitive factor gave significant effect to uncertainty, (2) psychological factor did not give significant effect to uncertainty, (3) social factor gave significant influence to uncertainty (4) uncertainty factor gave significant influence against coping. (5) coping factors have an effect on psychosocial adaptation.

This study produces cognitive results that have a direct awareness of uncertainty. Researchers analyze that uncertainty decreases as the knowledge of TB clients increases. Understanding TB clients with information provided by health services can reduce the enthusiasm and TB of clients. This is evidenced by one of the TB clients at the time of the visit no one questions and when it is performed by the client relevant to that provided by the health worker. This study shows the uncertainty that can decrease by knowing that nurses can request information by building classes to create special groups to provide information about TB disease.

Psychosocial adaptation using the uncertainty in illness approach of cognitive, psychological, and sosial components as a consideration. This helps nurses to explain and predict actions to improve patient adaptability. The results of this study can be used by nurses to perform the necessary interventions for care to improve psychosocial adaptation and to improve the quality of care for tuberculosis patients. This study is also useful for other studies to apply treatment in nursing orders through comprehensive observation.



ABSTRAK

MODEL ADAPTASI PSIKOSOSIAL PADA KLIEN TUBERCULOSIS PARU YANG MENJALANI PENGobatan DENGAN MENGGUNAKAN PENDEKATAN TEORI UNCERTAINTY IN ILLNESS DI PUSKESMAS WILAYAH KERJA JEMBER.

Oleh: Anita Fatarona

Pendahuluan: Tuberkulosis paru merupakan penyakit paru kronis yang berdampak secara fisik dan psikososial bagi penderitanya. Program pemerintah saat ini, masih berfokus pada pengobatan dan pencegahan penularan penyakit. Tujuan penelitian ini adalah mengembangkan model adaptasi psikososial pada klien tuberkulosis paru yang menjalani pengobatan dengan menggunakan pendekatan teori *uncertainty in illness* di Puskesmas wilayah kerja Jember. **Metode:** Penelitian ini menggunakan metode *eksplanatif survei* dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel menggunakan 100 responden berdasarkan kriteria inklusi. Teknik pengambilan sampel adalah *simple random sampling*. Variabel dalam penelitian ini adalah variabel bebas, yang terdiri dari: umur, jenis kelamin, status perkawinan, lama pengobatan, tingkat pengetahuan, harapan, suku, stigma, pekerjaan, komunikasi dukungan keluarga, pendidikan, *uncertainty*, koping dan adaptasi psikososial. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner terstruktur dan dianalisis dengan menggunakan Partial Least Square (PLS). **Hasil dan Analisis:** Hasilnya dari penelitian menunjukkan bahwa: (1) faktor kognitif memberi efek yang signifikan terhadap *uncertainty*, (2) faktor psikologis tidak memberikan pengaruh yang signifikan terhadap *uncertainty*, (4) faktor sosial memberikan pengaruh yang signifikan terhadap *uncertainty* (5) faktor *uncertainty* memberikan pengaruh yang signifikan terhadap koping. (6) faktor koping memberikan pengaruh pada adaptasi psikososial. **Diskusi dan Kesimpulan:** Model adaptasi psikososial dan teori *uncertainty in illness* dapat mempertimbangkan faktor biofisik, kognitif, psikologis, sosial, dan penyedia struktur secara komprehensif untuk perawat dalam menjelaskan dan memprediksi peningkatan adaptasi psikososial klien TB.

Kata Kunci: Adaptasi Psikososial, Koping, Tuberkulosis, Teori *Uncertainty In Illness*

ABSTRACT

**PSYCHOSOSIAL ADAPTATION MODEL ON TUBERCULOSIS
CLIENTS THAT HAVE TREATMENT USING UNCERTAINTY IN
ILLNESS THEORY APPROACH IN COMMUNITY HEALTH CENTER
(PUSKESMAS) IN JEMBER**

By: Anita Fatarona

Introduction: Pulmonary tuberculosis is an automatic and psychosocial lung disease for the sufferer. The current government program, still applicable to the treatment and transmission of disease. The purpose of this study was to develop models of psychosocial adaptation in patients with pulmonary tuberculosis who underwent treatment using the theory of uncertainty in the disease at Puskesmas Jember working area. **Method:** This research use survey explanative method with cross sectional approach. The sample used 100 respondents based on the inclusion criteria. The sampling technique is simple random sampling. That research variable is. The variables in this study are independent variables, which consist of: age, sex, marital status, duration of treatment, knowledge level, expectations, ethnicity, stigma, occupation, family support communication, education, uncertainty, coping and psychosocial adaptation. Data were collected using structured questionnaires and analyzed using Partial Least Square (PLS). **Result and Analysis:** The result of the research showed that: (1) cognitive factor gave significant effect to uncertainty, (2) psychological factor did not give significant effect to uncertainty, (4) sosial factor gave significant influence to uncertainty (5) factor uncertainty has a significant effect on coping. (6) koping factors have an effect on psychosocial adaptation. **Discussion and Conclusions:** The psychosocial adaptation model and the uncertainty in illness theory can consider the biophysical, cognitive, psychological, sosial, and structural factors comprehensively for nurses in explaining and predicting improvements in the psychosocial adaptation of TB clients.

Keywords: Psychosocial Adaptation, Coping, Tuberculosis, Uncertainty In Illness Theory

DAFTAR ISI

Halaman Sampul.....	i
Halaman Prasyarat Gelar.....	ii
Halaman Pernyataan orisinalitas.....	iii
Lembar Pengesahan Pembimbing Tesis.....	iv
Lembar Pengesahan Tesis.....	v
Kata Pengantar.....	vi
Halaman Pernyataan Publikasi Tugas Akhir untuk Kepentingan Akademis.....	viii
Ringkasan.....	ix
<i>Executive Summary</i>.....	xi
Abstrak.....	Xiii
<i>Abstract</i>.....	xiv
Daftar Isi	xv
Daftar Tabel.....	xvii
Daftar Gambar.....	xviii
Daftar Lampiran.....	xix
Daftar Singkatan.....	xx
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Kajian Masalah	8
1.3 Rumusan Masalah	8
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.4 Manfaat Penelitian.....	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep TB Paru.....	11
2.2 Konsep teori <i>uncertainty in illness</i>	22
2.3 Konsep Stigma TB paru	31
2.4 Konsep Stres Adaptasi	33
2.5 Konsep Manajemen Stres	38
2.6 <i>Theoretical Mapping</i>	40
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	
3.1 Kerangka Konsep.....	49
3.2 Hipotesis	50

BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	52
4.2 Populasi, Sampel dan Sampling.....	52
4.3 Kerangka Operasional.....	55
4.4 Variabel dan Definisi Operasional.....	56
4.5. Instrumen Penelitian	60
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian	65
4.7 Proses Pengumpulan Data.....	66
4.8. Uji Validitas Reabilitas	68
4.9 Analisa Data.....	72
4.10 Etika Penelitian	76
BAB 5. HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN	78
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	78
5.2 Hasil Penelitian Deskriptif.....	79
5.3 Hasil Penelitian Analisis Inferensial.....	85
5.4 Model Akhir Adaptasi Psikososial Pada Klien TB.....	92
BAB 6. PEMBAHASAN	93
6.1 Faktor Koqnitif Terhadap <i>Uncertainty</i>	93
6.2 Faktor Biofisik Terhadap <i>Uncertainty</i>	96
6.3 Faktor Psikologis Terhadap <i>Uncertainty</i>	98
6.4 Faktor Sosial Terhadap <i>Uncertainty</i>	100
6.5 Faktor Penyedia Struktur Terhadap <i>Uncertainty</i>	102
6.6 Faktor <i>Uncertainty</i> Terhadap Koping.....	107
6.7 Faktor <i>Uncertainty</i> Terhadap Adaptasi Psikososial.....	109
6.8 Faktor Koping Terhadap Adaptasi Psikososial.....	112
6.9 Temuan Hasil Penelitian.....	114
6.10 Keterbatasan Penelitian.....	117
BAB 7. KESIMPULAN DAN SARAN	118
7.1 Kesimpulan.....	118
7.2 Saran.....	119
DAFTAR PUSTAKA	121
LAMPIRAN LAMPIRAN	126

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Kajian Masalah.....	8
Tabel 2.1	Jenis OAT.....	20
Tabel 2.2	Dosis OAT.....	20
Tabel 2.3	Dosis Dosis panduan OAT KTD.....	21
Tabel 2.6	<i>Theoretical Mapping</i>	40
Tabel 3.1	Kerangka Konseptual Dan Hipotesis Model Adaptasi Psikososial Pada Klien TB Paru Yang Menjalani Pengobatan Dengan Menggunakan Pendekatan Teori <i>Uncertainty In Illness</i> Di Puskesmas Wilayah Kerja Jember.....	49
Tabel 4.1	Variabel Penelitian Model Adaptasi Psikososial Pada Klien TB Paru Yang Menjalani Pengobatan Dengan Menggunakan Pendekatan Teori <i>Uncertainty In Illness</i> Di Puskesmas Wilayah Kerja Jember.....	56
Tabel 4.2	Definisi Operasional Model Adaptasi Psikososial Pada Klien Tb Paru Yang Menjalani Pengobatan Dengan Menggunakan Pendekatan Teori <i>Uncertainty In Illness</i> Di Puskesmas Wilayah Kerja Jember.....	57
Tabel 4.3	Blue Print Variabel Komunikasi.....	61
Tabel 4.4	Blue Print Variabel Harapan	62
Tabel 4.5	Blue Print Variabel Stigma.....	62
Tabel 4.6	Blue Print Variabel Dukungan Keluarga.....	63
Tabel 4.7	Blue Print Variabel <i>Uncertainty</i>	64
Tabel 4.8	Blue Print Variabel Koping.....	64
Tabel 4.9	Blue Print Variabel Adaptasi Psikososial.....	65
Tabel 5.1	Distribusi Komponen Koqnitif.....	79
Tabel 5.2	Distribusi Komponen Biofisik.....	79
Tabel 5.3	Distribusi Komponen Psikologis.....	80
Tabel 5.4	Distribusi Komponen Sosial.....	81
Tabel 5.5	Distribusi Komponen Penyedia Struktur.....	82
Tabel 5.6	Distribusi uncertainty, koping, adaptasi psikososial.....	83
Tabel 5.7	Hasil Convergent Validity Model Adaptasi Psikososial...	86
Tabel 5.8	Hasil Average Variance Extracted (AVE), Composite Reliability, dan Cronbach Alpha Model Adaptasi Psikososial.....	87
Tabel 5.9	Hasil Cross loadings Model Adaptasi Psikososial.....	89
Table 5.10	Hasil Uji Hipotesis Model Adaptasi Psikososial.....	90
Tabel 5.11	Hasil R ² Model Adaptasi Psikososial.....	91

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Identifikasi masalah.....	8
Gambar 2.1	Sumber Uncertainty Dalam Perawatan Kesehatan.....	22
Gambar 2.2	Model Teori <i>Uncertainty in Illness</i>	24
Gambar 2.3	Model Adaptasi Stres.....	33
Gambar 4.1	Kerangka Oprasional Model Adaptasi Psikososial.....	55
Gambar 4.2	<i>Measurement Model</i>	75
Gambar 5.1	Path Model 1 dan Nilai Outer Loading Model Adaptasi Psikososial.....	85
Gambar 5.2	Path Model 2 dan Nilai Outer Loading Model Adaptasi Psikososial.....	86
Gambar 5.3	Path Model Akhir dan Nilai Outer Loading Model Adaptasi Psikososial.....	88
Gambar 5.4	Model Adaptasi Psikososial klien Tuberkulosis.....	92
Gambar 6.1	Model Akhir Adaptasi Psikososial klien Tuberkulosis....	114



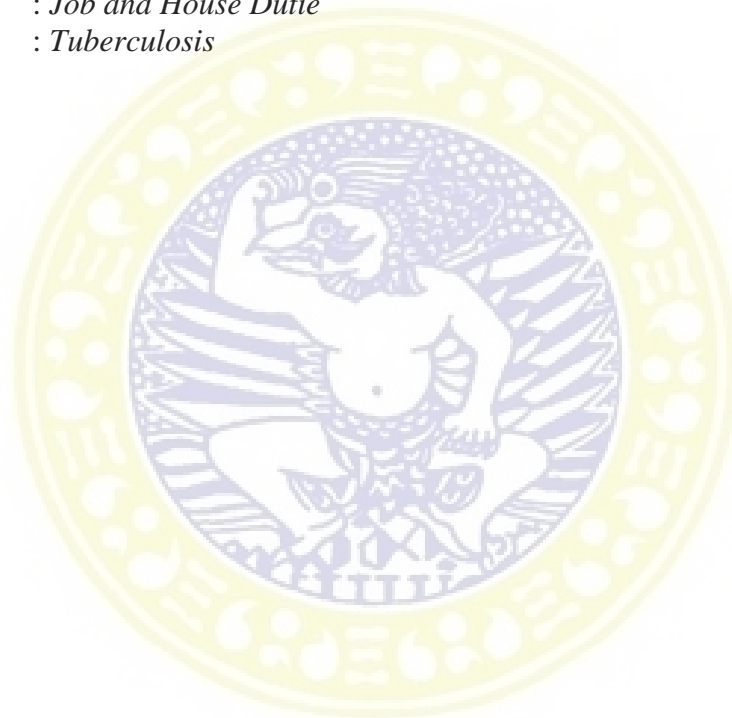
DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat ijin studi pendahuluan	127
Lampiran 2. Surat ijin validitas dan reabilitas	128
Lampiran 3. Surat ijin penelitian.....	130
Lampiran 4. Surat lolos uji etik.....	133
Lampiran 5. Surat keterangan selesai penelitian.....	134
Lampiran 6. <i>Information for Content</i>	136
Lampiran 7. Lembar persetujuan menjadi responden	137
Lampiran 8. Kuesioner penelitian	138



DAFTAR SINGKATAN

HHI	: <i>Herth Hope index</i>
MUIS	: <i>Mishel uncertainty illness</i>
PAIS-SR	: <i>Psychosocial Adjustment</i>
PPC	: <i>patient provider communication</i>
PSS F-Fa	: <i>Perceived Sosial Support From Family (PSS-Fa)</i>
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
SLA	: <i>Sosial and Leisurre Activity</i>
JHD	: <i>Job and House Dutie</i>
TB	: <i>Tuberculosis</i>



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Prevalensi penyakit TB (Tuberkulosis) di Indonesia meningkat setiap tahunnya dan meningkatnya angka kegagalan pengobatan TB, pemerintah mencanangkan program pengendalian TB dapat diharapkan menekan kegagalan pengobatan TB. Laporan kasus TB tetap mengalami peningkatan karena adanya resistensi terhadap OAT. Hal ini, disebabkan kurangnya pemahaman mengenai tahapan pengobatan. Hal lain yang perlu diperhatikan jumlah pasien dengan pengobatan tidak lengkap, meninggal, putus berobat (*lost to follow up*) sehingga dapat mengevaluasi keberhasilan pengobatan (Kemenkes RI, 2016).

TB identik dengan penyakit menular yang mematikan, kotor, kebingungan, kecemasan dan kematian yang dirasakan oleh pasien dan anggota keluarga. Klien yang baru terdiagnosis TB dapat berpengaruh terhadap kehidupan sehari-hari. Penelitian yang dilakukan Cott (1987) telah menemukan bahwa menerima diagnosis TB adalah peristiwa traumatis atau krisis, secara fisik dan psikososial (misalnya, khawatir, sedih dan pengucilan dimasyarakat). Cott (1987) berpendapat bahwa profesional kesehatan dapat memberikan pelayanan yang lebih baik kepada pasien terutama kondisi psikososial untuk mengatasi kekhawatiran pasien, harapan dan makna budaya penyakit mereka.

Gotay (1984) menyatakan bahwa pemahaman tentang penyakit mempengaruhi kekhawatiran klien yang berdampak pada kondisi adaptasi psikososial sehingga dapat membantu pasien dan penyedia layanan kesehatan dalam berbagi perspektif pasien dan keluarga, dalam mengantisipasi kesulitan yang mungkin mereka hadapi, dan dalam memberikan dukungan yang efektif.

Kondisi yang mengancam jiwa, merupakan *uncertainty* mengenai sejauh mana penyakit, dan akhirnya prognosis, telah dijelaskan oleh individu sebagai stressor psikologis utama. Kasus penyakit kronis akan mengalami *uncertainty* penyakit yang diderita sehingga mempengaruhi psikologis yang dapat memiliki efek merugikan pada individu (Mishel, 1993; Reinoso, 2016). Diagnosis TB Paru banyak ditegakkan setelah individu dalam tahap kronis penyakit. Hal ini disebabkan sebagian besar seseorang tidak yakin apa yang sebenarnya menyebabkan seseorang menderita TB. Ada banyak spekulasi dan *uncertainty* apa yang sebenarnya menyebabkan TB (Nyasulu *et al.*, 2016)

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti dari hasil wawancara dengan 8 orang klien tuberkulosis paru yang menjalani pengobatan. Hasil wawancara menunjukkan sebanyak 7 klien tuberkulosis paru (87,5%) setelah ditegakkan diagnosis TB paru klien datang dengan sejumlah pertanyaan dan pertimbangan. Individu mengajukan pertanyaan (seperti, berapa banyak kerusakan yang telah terjadi dibagian paru saya, apakah ada obatnya, apakah saya akan mati dengan cepat).

Klien TB yang mengalami gangguan emosional sebanyak 7 klien (87.5%), seperti merasa sedih, cemas karena tidak bisa sembuh, dan takut ditinggalkan teman-temannya. Sebanyak 4 orang klien (50%) mengalami gangguan interaksi sosial karena kondisi penyakitnya takut menularkan penyakitnya dan stigma negatif masyarakat terkait penyakit TB Paru.

TB Paru merupakan penyakit infeksi dengan angka kematian tertinggi. TB Paru juga masih menjadi penyebab kematian ketiga tertinggi di dunia, setelah penyakit kardiovaskuler dan saluran pernapasan (Muhtar, 2013). TB merupakan penyakit infeksi menular yang dapat menyerang berbagai organ, terutama paru-paru. Penyakit TB merupakan masalah kesehatan terbesar di dunia, setelah HIV sehingga harus ditangani dengan serius. Berdasarkan data World Health Organization (WHO) pada tahun 2016 kasus baru TB di Indonesia sebanyak 156.723 kasus dan Januari tahun 2017 pada semua kasus TB sejumlah 298.128. Menurut data Kemenkes (2017) angka kejadian TB di Indonesia sudah mulai bergeser menyerang anak usia 0-14 tahun sebanyak (0,96%), 15-24 tahun sebanyak (16,33%), dan tertinggi pada usia rentang 25 sampai usia 60 tahun dengan rata-rata mencapai nilai (70%). Kabupaten Jember merupakan kota yang berada di Jawa Timur yang menyumbang kasus TB tertinggi kedua setelah Kota Surabaya. Kabupaten Jember pada tahun 2017 mempunyai kasus TB sebanyak 22.765 klien (Dinkes Jember, 2017).

Pengobatan TB paru di Kabupaten Jember salah satunya yang memberikan pelayanan kasus sistem pernapasan adalah puskesmas wilayah kerja Jember. Data laporan tahunan Dinas Kesehatan Jember pada tahun 2017 menunjukkan jumlah kasus tuberkulosis paru (BTA positif) di Puskesmas wilayah kerja Jember sebanyak kasus. Jumlah kejadian tuberkulosis paru selama tahun 2016 rata-rata mencapai 1.637 orang pasien (Dinkes Kabupaten Jember, 2016).

Puskesmas Rambipuji dan Puskesmas Sumbersari merupakan Puskesmas dengan kasus TB meningkat hampir 2 kali lipat dari tahun sebelumnya. Data tahun 2017 kasus TB di Puskesmas Sumbersari sebanyak 991 kasus dan Puskesmas Rambipuji sebanyak 845 kasus TB paru. Pada tahun 2017 Puskesmas Rambipuji dan Puskesmas Sumbersari sudah menerapkan investigasi kontak sehingga kasus TB dapat terdeteksi lebih cepat.

Penyakit TB Paru memiliki dampak yang sangat besar dalam kehidupan penderitanya, baik fisik, mental, maupun kehidupan sosial. Secara fisik, penyakit TB Paru yang tidak diobati secara benar akan menimbulkan komplikasi, seperti penyebaran infeksi ke organ lain, malnutrisi, batuk darah berat, resistensi obat, dan lain-lain (Smeltzer & Bare, 2001). Tuberkulosis paru merupakan penyakit paru kronis yang berdampak secara fisik dan psikososial bagi penderitanya. Hingga saat ini program-program pemerintah yang ada masih berfokus pada pengobatan dan pencegahan penularan penyakit. Program yang ada belum mengarah pada pemecahan masalah psikososial penderita, padahal dampak masalah psikososial (seperti, cemas, isolasi sosial, dan gangguan interaksi sosial) sangat besar pengaruhnya terhadap prognosis penyakit penderita TB.

Stigma pada klien dengan TB berpengaruh terhadap upaya mencari pengobatan. Klien dengan TB banyak menghindari perawatan dan banyak klien yang secara aktif menyembunyikan status TB positif sampai jatuh dalam kondisi yang parah dan membutuhkan perawatan sehingga mengharuskannya berobat ke pelayanan kesehatan (Ian Harper 2006, 2010; Macdonald, H. et al, 2016). Efek stigma negatif pada klien pengalaman TB menghancurkan hidupnya dan diidentikkan juga dengan kemiskinan (Macdonald, H. et al, 2016). Berdasarkan penelitian Ian Harper (2006, 2010), “bagi banyak orang penyakit TB adalah penyakit yang terkait dengan pengertian tentang kenajisan, dan lokal secara luas terkait dengan kotoran dan kebiasaan buruk”. Uraian diatas akan berpengaruh terhadap proses penyembuhan klien. Penderita juga mendapatkan stigma sosial berupa pengucilan akibat stigma negatif dari masyarakat. Sebagian orang berhenti mengenakan N95 masker karena dari segi pandang masyarakat bahwa memakai masker sebagai penanda seseorang sedang terkena TB. Masyarakat sering menganggap adanya penyakit yang ditunjukkan melalui jenis dan ukuran masker (Macdonald, H. et al, 2016).

Pencegahan dan pengendalian TB mengidentifikasi beberapa hambatan dalam kepatuhan pengobatan. Tindakan pengendalian infeksi TB terkendala oleh cara petugas kesehatan untuk mengarahkan klien dengan komunikasi yang efektif dengan pasien, rendahnya penyedia pelayanan kesehatan yang tidak sebanding dengan jumlah pasien di institusi kesehatan, tidak adanya unit TB isolasi untuk pasien dalam lembaga-lembaga kesehatan, dan terbatasnya ketersediaan masker pelindung untuk petugas kesehatan (Chapman, H. J. et al, 2017).

Program pengendalian TB Paru telah dieksplorasi dan dipromosikan oleh WHO. Berbagai kegiatan inovatif yang memberdayakan sumber nasional atau internasional juga telah dilaksanakan. Misalnya, pengendalian pada kelompok marginal dan rentan, peningkatan akses terhadap kualitas dan ketersediaan obat, memperluas layanan perawatan yang berkualitas, memberdayakan individu dan keluarga serta masyarakat melalui mobilisasi sosial, pendidikan kesehatan, dan cara-cara efektif untuk melakukan perawatan TB di komunitas, serta meningkatkan kemandirian penderita dalam aktivitas perawatan (WHO, 2006).

Upaya global terus untuk eliminasi TB akan membutuhkan menjembatani kesenjangan pengetahuan dan tindakan, termasuk mengikuti kebijakan pengendalian infeksi di lembaga-lembaga kesehatan dan mengintegrasikan pendekatan holistic dalam perawatan klinis untuk pasien dengan komorbiditas atau faktor risiko yang terkait dengan penyakit TB (Castro & LoBue, 2011, dalam Chapman, H. J. et al, 2017). Lewis dan Newell (2009) menunjukkan bahwa peningkatan komunikasi antara penyedia layanan kesehatan dan penderita, pemberdayaan individu, serta pengetahuan dan pemahaman penderita tentang program pengobatan, dapat meningkatkan kepercayaan diri penderita TB dalam perawatan dan pengobatan.

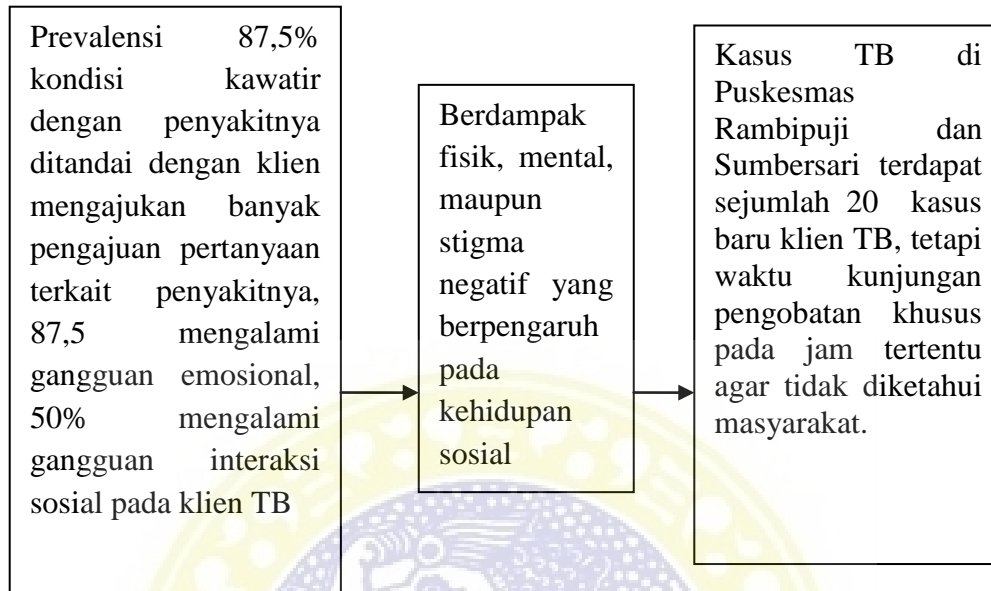
Stigma pada klien TB mungkin timbul akibat konsekuensi keseriusan penyakit TB, seperti penularan penyakit tersebut. Banyak orang masih percaya bahwa TB tidak dapat disembuhkan (Khan et al., 2000; dalam Woith, W. M. and Rappleyea, M. L, 2014), sehingga orang yang didiagnosis TB akan mengalami gangguan emosional.

Pada kondisi ini, peran keluarga dan pelayanan kesehatan sangat penting untuk mengurangi stigma dan membantu mengelola perasaan emosional klien TB. Pemberian informasi oleh petugas kesehatan pada klien dengan berfokus pada aspek psikologis sebagai upaya peningkatan penerimaan pasien terhadap penyakit.

Konsep Mishel (1990) *uncertainty in illness* mengembangkan teori *uncertainty* dalam penyakit kronis (salah satunya TB paru). Menurut teori ini, ketidaksesuaian antara harapan seseorang dan pengalaman, peristiwa asing dan pola gejala yang rumit atau tidak konsisten berkontribusi *uncertainty* dalam penyakit. Hal ini akan mengacu pada kemampuan individu untuk memproses informasi dan penyedia struktur yang didefinisikan sebagai sumber daya yang dapat membantu dengan interpretasi stimulus yang datang sehingga koping konstruktif.

Salah satu intervensi untuk meningkatkan keberhasilan pengobatan dengan mengatasi psikologis menggunakan pendekatan teori *uncertainty in illness*. Penelitian sebelumnya pernah dilakukan dengan pendekatan *uncertainty in illness* sudah pernah dilakukan pada pasien *Diabetes Mellitus* dapat meningkatkan latihan perawatan diri dan penyesuaian psikososial. Dari penelitian sebelumnya peneliti ingin mengembangkan model adaptasi psikososial pada penderita TB yang menjalani pengobatan dengan menggunakan Pendekatan Teori *Uncertainty in illness* dengan kombinasi teori adaptasi Stuart untuk meningkatkan adaptasi psikososial klien TB.

1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi masalah penelitian model adaptasi psikososial pada klien Tuberculosis yang menjalani pengobatan dengan menggunakan pendekatan *teori uncertainty in illness*

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana model keperawatan adaptasi psikososial pada klien TB paru yang menjalani pengobatan dengan menggunakan pendekatan *teori uncertainty in illness* di Puskesmas Wilayah Kerja Jember.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Mengembangkan model adaptasi psikososial pada klien TB paru yang menjalani pengobatan dengan pendekatan teori *Uncertainty in illness* di Puskesmas Wilayah Kerja Jember

1.4.2 Tujuan khusus

1.4.2.1 Menganalisis konsep model adaptasi psikososial pada klien TB

1. Menganalisis pengaruh kognitif terhadap *uncertainty* pada klien TB;
2. Menganalisis pengaruh biofisik terhadap *uncertainty* pada klien TB;
3. Menganalisis pengaruh sosial terhadap *uncertainty* pada klien TB paru;
4. Menganalisis pengaruh psikologis terhadap *uncertainty* pada klien TB;
5. Menganalisis pengaruh penyedia struktur terhadap *uncertainty* pada klien TB;
6. Menganalisis pengaruh *uncertainty* terhadap kemampuan koping pada klien TB;
7. Menganalisis pengaruh *uncertainty* terhadap adaptasi psikososial pada klien TB;
8. Menganalisis pengaruh koping terhadap kemampuan adaptasi psikososial klien TB.

1.5 Manfaat penelitian

1.5.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini dapat dijadikan untuk mengembangkan ilmu keperawatan dalam hal peningkatan kualitas asuhan keperawatan untuk masalah koping adaptasi dengan pendekatan teori *uncertainty in illness*.

1.5.2 Manfaat praktis

1. Bagi Rumah Sakit

Model keperawatan adaptasi psikososial dapat digunakan dalam memperbaiki pelayanan kesehatan khususnya keperawatan dalam upaya meningkatkan status kesehatan pada klien TB.

2. Bagi Perawat

Perumusan model keperawatan adaptasi psikososial dapat diterapkan sebagai konsep dasar intervensi keperawatan untuk meningkatkan adaptasi dan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada klien TB, serta dapat digunakan sebagai bahan referensi bagi peneliti lain.

3. Bagi Pasien

Model keperawatan adaptasi psikososial dapat berdampak pada pengobatan klien TB dapat terpenuhi dan mencapai derajat kesehatan dengan optimal. Dampak tidak hanya pada kesehatan fisik akan tetapi berdampak pada kesejahteraan kondisi psikososial.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep TB

2.1.1 Pengertian TB

TB merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* yang merupakan bakteri tahan asam (BTA) (Kemenkes, 2014). WHO (2015) mengemukakan bahwa TB adalah salah satu penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri yang berbentuk batang (*Mycobacterium tuberculosis*). Kuman ini menginfeksi organ paru-paru (TB paru) dan dapat menginfeksi organ lain (TB ekstraparu).

2.1.2 Penyebab TB

Mycobacterium tuberculosis merupakan penyebab utama TB. *Mycobacterium tuberculosis* merupakan kuman batang, bersifat aerob, dan tahan terhadap asam. Basil tuberkel berukuran 0,3 x 2 sampai 4 mm, lebih kecil dari ukuran sel darah merah. Basil TB dapat bertahan hidup berbulan-bulan pada suhu kamar dan dalam ruangan yang lembab (Price & Wilson, 2005). Seseorang terinfeksi TB melalui berbicara, tertawa, batuk, dan bersin yang mengandung droplet besar (lebih besar dari 100 μ) dan droplet kecil (1 sampai 5 μ). Droplet yang ukurannya besar menetap, sementara droplet yang kecil tertahan di udara dan terhirup oleh individu yang rentan terinfeksi (Smeltzer & Bare, 2001).

2.1.3 Tanda dan gejala TB

Tanda dan gejala pada tahap awal pada kasus TB yaitu terdapat infeksi primer. Infeksi TB bersifat asimtomatik dengan tanda dan gejala sebagai berikut (Smeltzer & Bare, 2001).:

1. Suhu badan meningkat;
2. Malaise;
3. Nyeri pada persendian;
4. Penurunan nafsu makan, mual, muntah, serta mengalami kelelahan;

Infeksi primer terjadi pada TB memerlukan waktu kurang lebih selama 12 minggu, tubuh akan berespon mengeluarkan kekebalan spesifik terhadap basil TB kelenjar limfe mengalami pembesaran sebagai penyebab penyebaran limfogen. Pada tahap tersebut tanda dan gejala yang muncul sebagai berikut:

- 1) Batuk yang disertai dengan peningkatan frekuensi napas;
- 2) Gerakan ekspansi paru abnormal pada tempat yang sakit;
- 3) Suara napas hilang dan terdapat ronki kasar;
- 4) Bunyi pekak pada saat perkusi;
- 5) Gejala demam persisten.

2.1.4 Klasifikasi TB

Klasifikasi TB menurut Kemenkes RI (2014), dibedakan menjadi:

1. Lokasi anatomi dari penyakit

- 1) TB paru:

TB terjadi pada parenkim (jaringan) paru-paru. Milier TB dianggap sebagai TB paru karena menyebabkan adanya lesi pada jaringan paru. Limfadenitis TB dirongga dada (*hilus* dan atau *mediastinum*) atau efusi pleura tanpa terdapat gambaran radiologis yang mendukung diagnosis TB pada paru, dan dinyatakan sebagai TB ekstra paru. Klien yang menderita TB paru dan sekaligus juga menderita TB ekstra paru, diklasifikasikan sebagai klien TB paru.

2) TB ekstra paru:

TB yang sudah menyebar pada organ selain paru, misalnya: pleura, kelenjar limfe, abdomen, saluran kencing, kulit, sendi, selaput otak dan tulang. Diagnosis TB ekstra paru dapat ditetapkan berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis atau klinis. Diagnosis TB ekstra paru harus diupayakan berdasarkan penemuan *Mycobacterium tuberculosis*. Klien TB ekstra paru yang menderita TB pada beberapa organ, diklasifikasikan sebagai klien TB ekstra paru pada organ menunjukkan gambaran TB yang terberat.

2. Riwayat pengobatan sebelumnya

- 1) klien baru TB : adalah klien yang belum pernah mendapatkan pengobatan TB sebelumnya atau sudah pernah menelan OAT namun kurang dari 1 bulan (< dari 28 dosis).
- 2) Klien yang pernah diobati TB : adalah klien yang sebelumnya pernah menelan OAT selama 1 bulan atau lebih (\geq dari 28 dosis).

Klien ini selanjutnya diklasifikasikan berdasarkan hasil pengobatan TB terakhir, yaitu:

- 1) klien kambuh: adalah klien TB yang pernah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap dan saat ini didiagnosis TB berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis atau klinis (baik karena benarbenar kambuh atau karena reinfeksi);
 - 2) klien yang diobati kembali setelah gagal: adalah klien TB yang pernah diobati dan dinyatakan gagal pada pengobatan terakhir;
 - 3) klien yang diobati kembali setelah putus berobat (*lost to followup*): adalah klien yang pernah diobati dan dinyatakan *lost to follow up* (klasifikasi ini sebelumnya dikenal sebagai pengobatan klien setelah putus berobat);
 - 4) lain-lain: adalah klien TB yang pernah diobati namun hasil akhir pengobatan sebelumnya tidak diketahui.
3. Klien yang riwayat pengobatan sebelumnya tidak diketahui.

3. Hasil pemeriksaan uji kepekaan obat

Pengelompokan klien disini berdasarkan hasil uji kepekaan contoh uji dari *Mycobacterium tuberculosis* terhadap OAT dan dapat berupa :

- 1) *Mono resistan* (TB MR) : resistan terhadap salah satu jenis OAT lini pertama saja.
- 2) *Poli resistan* (TB PR) : resistan terhadap lebih dari satu jenis OAT lini pertama selain Isoniazid (H) dan Rifampisin (R) secara bersamaan.
- 3) *Multi drug resistan* (TB MDR) : resistan terhadap Isoniazid (H) dan Rifampisin (R) secara bersamaan

- 4) *Extensive drug resistan* (TB XDR) : adalah TB MDR yang sekaligus juga resistan terhadap salah satu OAT golongan Fluorokuinolon dan minimal salah satu dari OAT lini kedua jenis suntikan (Kanamisin, Kapreomisin dan Amikasin).
- 5) Resistan Rifampisin (TB RR) : resistan terhadap Rifampisin dengan atau tanpa resistensi terhadap OAT lain yang terdeteksi menggunakan metode genotip (tes cepat) atau metode fenotip (konvensional).

4. Status HIV

1. Klien TB dengan HIV positif (klien ko-infeksi TB/HIV) :
 - 1) Hasil tes HIV positif sebelumnya atau sedang mendapatkan ARV, atau;
 - 2) Hasil tes HIV positif saat diagnosis TB
2. Klien TB dengan HIV negatif:
 - 1) Klien TB dengan hasil tes HIV negatif sebelumnya, atau;
 - 2) Klien TB dengan hasil tes HIV negatif saat diagnosis TB
3. Pasien TB dengan status HIV tidak diketahui: adalah klien TB tanpa ada bukti pendukung hasil tes HIV saat diagnosis TB ditetapkan.

2.1.5 Cara penularan TB

Penularan *Mycobacterium Tuberculosis* selain melalui transmisi udara juga dapat terjadi melalui kontak langsung dengan luka penderita TB paru. Sumber penularan TB Paru adalah klien TB paru dengan BTA positif yang menyebarkan kuman *Mycobacterium tuberculosis* ke udara dalam bentuk percikan dahak.

Penularan *Mycobacterium tuberculosis* menurut Kemenkes RI (2014), disebabkan oleh:

1. Sumber penularan TB adalah klien dengan BTA positif;
2. Klien TB pada waktu batuk dan bersin mengeluarkan percikan dahak yang mengandung kuman yang menyebar melalui udara. Batuk sekali dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak;
3. Penularan terjadi dalam ruangan tertutup yang diperoleh dari percikan dahak dan berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan dan resiko penularan, sinar matahari langsung dapat membantu membunuh kuman. Percikan dahak dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab;
4. Daya penularan seorang klien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari paru, semakin banyak artinya resiko penularan semakin tinggi;
5. Faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman TB Paru ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.

2.1.6 Risiko penularan TB

Individu yang berisiko tinggi rentan untuk penularan TB (Smeltzer & Bare, 2001) antara lain:

1. Individu yang selalu kontak dengan klien TB paru aktif;

2. Individu immunosupresif seperti; lansia, klien dengan kanker, klien dengan terapi kortikosteroid, klien HIV;
3. Pengguna obat-obat HIV dan pecandu alkohol;
4. Individu tanpa perawatan kesehatan yang adekuat seperti; tunawisma, tahanan, anak- anak dibawah usia 15 tahun dan dewasa muda antara yang berusia 15 sampai 44 tahun;
5. Individu dengan gangguan medis yang sudah ada sebelumnya seperti; diabetes, gagal ginjal kronis, dll;
6. Imigran dari negara dengan insidensi TB paru yang tinggi;
7. Setiap individu yang tinggal di sebuah lingkungan institusi seperti; fasilitas perawatan jangka panjang, institusi psikiatrik, dan penjara;
8. Individu yang tinggal di daerah perumahan kumuh;
9. Petugas kesehatan yang terpapar dengan klien TB.

2.1.7 Faktor lingkungan penyebab TB

Faktor lingkungan merupakan salah satu faktor yang berpengaruh untuk menyebabkan penyakit TB (Alsagaff & Mukty, 2002). Faktor lingkungan tersebut diantaranya:

1. Perumahan yang tidak memiliki ventilasi atau ventilasi tidak memenuhi standar;
2. Lingkungan dengan padat penduduk;
3. Tempat tinggal kumuh dan kotor yang dapat memungkinkan kuman berkembang;

4. Ruangan yang lembab dapat menjadi tempat pertumbuhan kuman.

2.1.8 Diagnosis Klien TB pada Klien Dewasa

Diagnosis TB dibedakan menjadi dua jenis (Kemenkes, 2014), yaitu:

1. Diagnosis TB paru

- 1) Diagnosis ditegakkan dengan pemeriksaan bakteriologis dengan pemeriksaan mikroskopis langsung.
- 2) Apabila pemeriksaan bakteriologis negatif maka diagnosis ditegakkan dengan pemeriksaan klinis dan penunjang (foto toraks).
- 3) Pada sarana terbatas klien didiagnosis secara klinis dilakukan setelah pemberian terapi antibiotika spectrum luas yang tidak memberikan perbaikan klinis.
- 4) Tidak dibenarkan mendiagnosis berdasarkan pemeriksaan serologis, uji tuberkulin, atau pemeriksaan foto toraks saja.
- 5) Pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung dengan uji SP (Sewaktu – Pagi), dan klien ditetapkan sebagai klien TB jika minimal satu pemeriksaan uji dahak SP hasilnya BTA positif.

2. Diagnosis TB ekstra paru

- 1) Gejala dan keluhan tergantung pada organ yang terkena, missal kaku kuduk pada meningitis TB dan deformitas tulang belakang pada spondylitis TB.

- 2) Diagnosis pasti pada klien TB ekstra paru ditegakkan dengan pemeriksaan klinis bakteriologis dan histopatologis dari sampel uji yang diambil dari organ terkena.
- 3) Dilakukan pemeriksaan bakteriologis apabila ditemukan keluhan dan gejala yang sesuai untuk menemukan kemungkinan adanya TB paru.

2.1.9 Pengobatan klien TB

Tujuan utama pengobatan TB adalah menyembuhkan klien dan memperbaiki produktivitas, mencegah terjadinya kematian oleh karena TB, mencegah terjadinya kekambuhan, menurunkan penularan TB, dan mencegah terjadinya resistan obat TB. Prinsip dalam pengobatan TB adalah pemberian Obat Anti TB (OAT) yang mengandung empat macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi, diberikan dalam dosis yang tepat, dan ditelan secara teratur dan diawasi oleh Pengawas Menelan Obat (PMO) sampai selesai pengobatan (Kemenkes, 2014).

1. Tahapan pengobatan TB

Pengobatan TB harus selalu meliputi pengobatan tahap awal dan tahap lanjutan. Pada tahap awal pengobatan obat diberikan setiap setiap hari. Hal ini digunakan untuk menurunkan jumlah kuman yang berada di dalam tubuh klien dan meminimalisirkan pengaruh dari sebagian kecil kuman yang mungkin resisten sejak klien belum mendapatkan pengobatan. Tahap awal ini diberikan selama 2 bulan dan pada umumnya dengan pengobatan secara teratur dan tanpa penyulit, daya penularan sudah sangat menurun setelah pengobatan selama 2 minggu.

Tahapan lanjutan merupakan tahapan yang penting untuk menurunkan dan membunuh sisa-sisa kuman yang masih ada dalam tubuh, khususnya kuman yang persisten sehingga klien dapat sembuh dan mencegah kekambuhan (Kemenkes, 2014).

2. Obat Anti TB

Tabel 2.1 Jenis OAT (Kemenkes, 2014)

Jenis	Sifat	Efek Samping
Isoniazid (H)	Bakterisidal	Neuropati perifer, psikosis toksik, gangguan fungsi hati, Kejang
Rimfapisin (R)	Bakterisidal	<i>Flu syndrome</i> , gangguan gastrointestinal, urine berwarna merah, gangguan fungsi hati, trombositopeni, demam, skin rash, sesak napas, anemia hemolitik
Pirazinamid (Z)	Bakterisidal	Gangguan gastrointestinal, gangguan fungsi hati, gout Arthritis
Streptomisin (S)	Bakterisidal	Nyeri ditempat suntikan, gangguan keseimbangan dan pendengaran, rejatan anafilaktik, anemia, agranulositosis, trombositopeni
Etambutol (E)	Bakteriostatik	Gangguan penglihatan, buta warna, neuritis perifer

3. Dosis pengobatan

Tabel 2.2 Dosis OAT (Kemenkes, 2014)

Jenis OAT Harian	Dosis			
			3x/minggu	
	Kisaran dosis (mg/kg BB)	Maksimum (mg)	Kisaran dosis (mg/kg BB)	Maksimum (mg)
Isoniazid (H)	5 (4-6)	300	10 (8-12)	900
Rimfapisin (R)	10 (8-12)	600	10 (8-12)	600
Pirazinamid (Z)	25 (20-30)	-	35 (30-40)	-
Streptomisin (S)	15 (15-20)	-	30 (25-35)	-
Etambutol (E)	15 (12-18)	-	15 (12-18)	1000

4. Panduan OAT yang digunakan di Indonesia

Panduan OAT yang digunakan oleh Program Nasional Pengendalian TB di Indonesia adalah (kemenkes, 2014):

- 1) Kategori 1 : 2(HRZE)/4 (HR)3
- 2) Kategori 2 : 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HR)3E3.
- 3) Kategori Anak : 2(HRZ)/4 (HR) atau 2HRZA(S)/4-10HR
- 4) Obat yang digunakan dalam tatalaksana klien TB resistan obat di Indonesia terdiri dari OAT lini ke 2 yaitu Kanamisin, Kapreomisin, Levofloksasin, Etionamide, Sikloserin, Moksiflosasin, dan PAS, serta OAT lini-1 yaitu Pirazinamid dan Etambutol.

5. Paduan Obat Anti TB Kombinasi Dosis Tetap (OAT KDT)

Lini Pertama dan Peruntukannya

- 1) Kategori-1 : 2(HRZE) / 4(HR)3

Paduan OAT ini diberikan untuk klien baru:

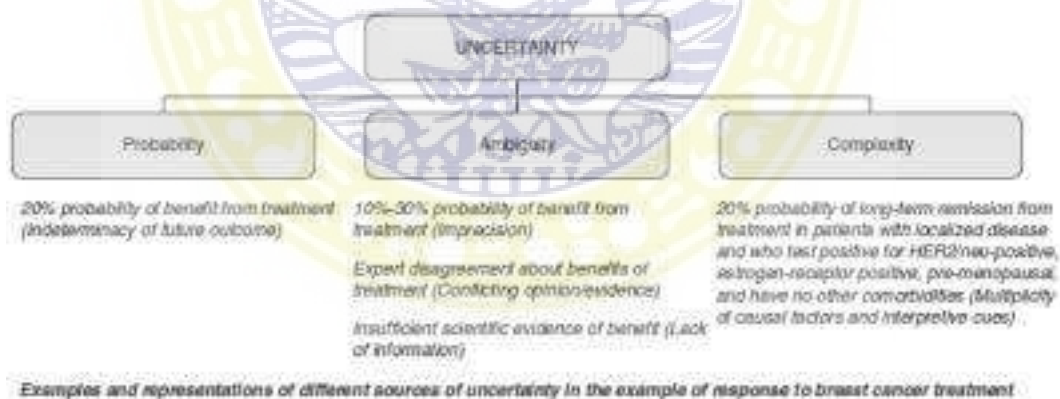
- (1) Klien TB paru terkonfirmasi bakteriologis.
- (2) Klien TB paru terdiagnosis klinis
- (3) Klien TB ekstra paru

Tabel 2.3 Dosis Paduan OAT KDT Kategori 1: 2(HRZE)/4(HR)3

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

2.2 Konsep Teori *Uncertainty In Illness*

Model teori *Uncertainty In Illness* adalah ketidakmampuan untuk mengartikan sebuah makna yang berkaitan dengan situasi sakit, terjadi ketika pengambil keputusan tidak mampu melaksanakan tugasnya dalam memaknai secara obyektif, atau ketidakmampuan memprediksi secara akurat hasil yang diharapkan. Mishel menggunakan teori sosial yang berfokus pada orientasi kepastian dan adaptasi. Mishel memasukkan berbagai teori dan system yang lebih akurat sehingga dapat merepresentasikan tentang bagaimana penyakit kronis menimbulkan ketidakseimbangan dan *uncertainty* secara terus menerus untuk menemukan makna baru dari penyakit yang dialaminya (Mishel, 1988, dalam Alligood, 2010).

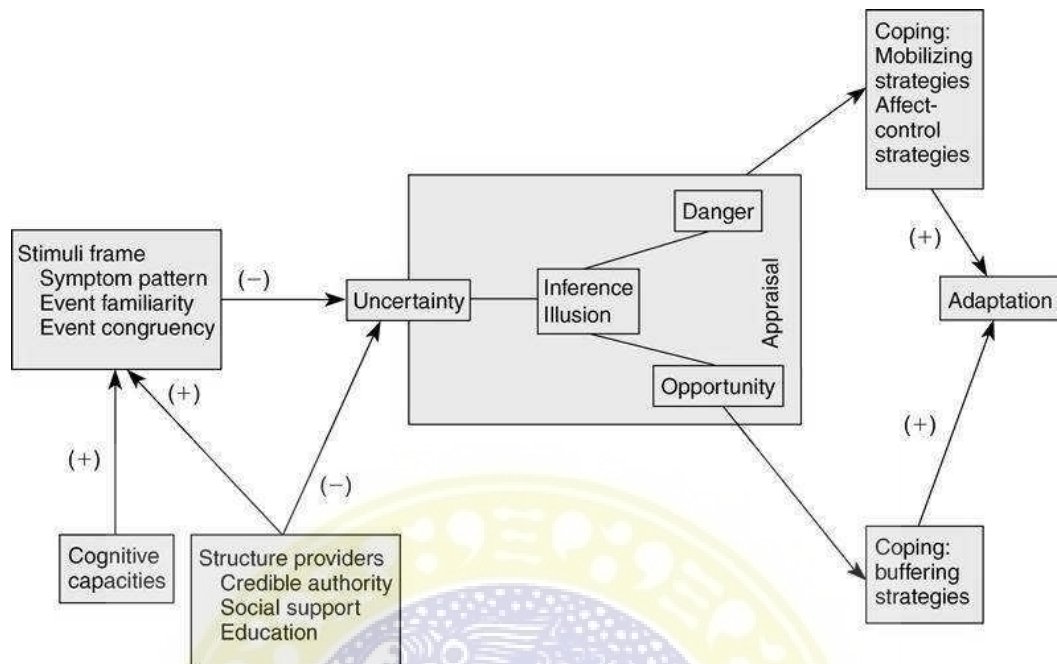


Gambar 2. 1. Sumber uncertainty dalam perawatan kesehatan (Han, Klein, & Arora, 2011)

2.2.1 Sumber dari *uncertainty*

Sumber dari *uncertainty* terdiri dari probabilitas, ambiguitas, dan kompleksitas (Han, 2010):

1. Probabilitas (atau dikenal sebagai “risiko” mengacu pada dasar keadaan yang tidak pasti hasilnya dimasa yang akan datang dan juga telah disebut “ tidak sengaja ” atau kesan pertama saat adanya *uncertainty*; contoh adalah estimasi titik risiko (misalnya, “20% kemungkinan manfaat dari pengobatan”).
2. Ambiguitas mengacu pada kurangnya keandalan, kredibilitas, atau kecukupan informasi tentang probabilitas dan juga dikenal sebagai epistemik atau penyebab kedua *uncertainty*. Ambiguitas muncul dalam situasi di mana informasi risiko tidak tersedia, tidak memadai, atau tidak tepat; contoh adalah tingkat kepercayaan dalam penilaian dari pengobatan (misalnya, “10% sampai 30% kemungkinan manfaat dari pengobatan”).
3. Kompleksitas mengacu pada informasi risiko yang membuat sulit untuk memahami; contoh termasuk kehadiran probabilitas dari banyaknya faktor risiko, hasil, atau alternatif putusan, yang mengurangi informasi yang bisa dimengerti klien atau menghasilkan informasi yang berlebihan.



Gambar 2.2 Model *Uncertainty in illness*. *The journal of Nursing Scholarship* (Mishel 1988)

2.2.2 Bagian-bagian teori *uncertainty*

Bagian-bagian dari *uncertainty* (Alligood 2010):

1. Skema kognitif

Adalah interpretasi subyektif seseorang tentang penyakit, pengobatan, dan pemberian asuhan

2. Kerangka stimulus

Adalah bentuk, komposisi, dan struktur stimulus mengenai persepsi seseorang yang dibentuk secara struktur membentuk suatu skema kognitif.

3. Pola gejala

Tingkat gejala yang ditunjukkan secara konsisten yang dimakna sebagai pola atau konfigurasi

4. Familiaritas kejadian
adalah derajat situasi kepercayaan atau pengulangan yang terdiri dari berbagai tanda yang dapat dipahami.
5. Kesesuaian kejadian
adalah sebagai konsistensi dan ekspitasi dan pengalaman terkait kondisi sakit
6. Penyedia struktur
adalah sumber yang dimiliki untuk membantu individu menginterpretasikan kerangka stimulus yang diperoleh
7. Otoritas yang kredibel
adalah derajat kepercayaan dan kepercayaan diri seseorang terhadap asuhan atau pelayanan kesehatan.
8. Dukungan sosial mempengaruhi *uncertainty* ketika membantu individu ketika menginterpretasikan makna dari suatu kejadian. Dukungan sosial yang ditunjukkan secara langsung memiliki pengaruh pada *uncertainty* dengan mengurangi kompleksitas dan secara tidak langsung mempengaruhi pembentukan pola gejala. Persepsi stigma berhubungan dengan berbagai kondisi seperti menderita TB paru yang dapat menimbulkan *uncertainty*
9. Kapasitas kognitif adalah kemampuan individu dalam memproses suatu informasi dan merefleksikannya baik kemampuan bawaan dan kendala situasional
10. Inferensi diartikan sebagai evaluasi mengenai *uncertainty* yang disebut dengan pengalaman
11. Ilusi Dijabarkan sebagai kepercayaan yang dibentuk akibat *uncertainty*

12. Adaptasi yaitu merefleksikan sikap biopsikososial didalam diri individual seseorang dalam rentang sikapnya secara umum.
13. Pandangan baru tentang kehidupan, menggambarkan perasaan baru yang dihasilkan dari *uncertainty* secara terus menerus dalam struktur sebagai individu yaitu *uncertainty* diterima sebagai ritme alami dari kehidupan
14. Pemikiran probabilitas dimaknai sebagai keyakinan terhadap kondisi yang terjadi yakni ekspitasi kepastian dan suatu prediksi atau peluang yang diabaikan.

2.2.3 Tahapan proses *uncertainty*

Tahapan dalam teori untuk pengalaman *uncertainty* (Mishel, 1988; Mishel & Braden, 1988; alligood, 2010):

1) Bingkai rangsangan (latar belakang *uncertainty*);

Bingkai rangsangan adalah profil gejala yang mengendap *uncertainty* (Mishel & Braden, 1988). Seseorang kapasitas kognitif mempengaruhi apakah rangsangan dikodekan sebagai tertentu atau tidak pasti. Penyedia struktur, seperti profesional kesehatan atau kontak sosial, juga mempengaruhi persepsi seseorang dari frame rangsangan dengan memberikan informasi yang membentuk interpretasi dari acara tersebut.

2) Penilaian terhadap *uncertainty*

Uncertainty dipandang sebagai keadaan netral tidak positif maupun negative, sampai *uncertainty* tersebut dinilai individu. Penilaian *uncertainty* melalui proses intrepretasi dan ilusi.

Intrepretasi dibangun dari kepribadian dan dipengaruhi oleh wawasan yang telah dipelajari individu, penguasaan keahlian. Karakteristik ini berkontribusi pada kepercayaan diri individu, yang berperan yaitu kemampuan untuk menangani peristiwa kehidupan. Ilusi didefinisikan sebagai keyakinan yang dibangun dari *uncertainty* yang mempertimbangkan aspek yang menguntungkan dari situasi atau masalah yang dihadapi. Proses penilaian dalam *uncertainty* dapat dipandang sebagai bahaya atau kesempatan. Ketika rangsangan dikodekan sebagai tidak pasti, akan dinilai sebagai salah satu sumber bahaya atau kesempatan.

Uncertainty dapat yang dinilai sebagai bahaya terjadi ketika individu mempertimbangkannya dalam hal negatif. *Uncertainty* dianggap sebagai kesempatan melalui penggunaan ilusi tetapi sebagai inferensi/intrepretasi juga dapat menyebabkan penilaian individu terhadap masalah yang dihadapinya mendapat hasil yang positif. Dalam situasi tersebut *uncertainty* lebih di pilih dan individu tetap memiliki harapan. Akhirnya, arah penilaian mengarah ke strategi koping yang mengurangi, mempertahankan, atau mengelola *uncertainty* (Tlucek, Audrey, *et al* 2010).

3) Strategi koping terhadap uncertainty

Koping terjadi dalam dua bentuk, dengan hasil akhir adaptasi. Jika *uncertainty* dinilai sebagai bahaya, maka koping yang dilakukan meliputi tindakan langsung, kewaspadaan, dan mencari informasi dari menggerakkan strategi dan hal tersebut mempengaruhi pengelolaan menggunakan kepercayaan, menjaukan diri, dan dukungan kognitif.

Jika *uncertainty* dinilai sebagai kesempatan, coping yang dilakukan yaitu menyangga dalam mempertahankan *uncertainty*.

2.2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi *uncertainty*:

1. Kognitif

Bukti menunjukkan bahwa pasien Afrika Amerika pembatasan pengetahuan dasar tentang arahan perawatan lanjutan akan cenderung menerima informasi yang kurang dalam interaksi mereka dengan anggota tim perawatan kesehatan (Davis, T.C 2002; Wolf MS, 2005; Berkman ND, 2004; Melhaldo, Lolita dan Bushy Angeline, 2011). Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi persepsi seseorang tentang *uncertainty* dalam berbagai cara (Tlucek, Audrey *et.al* 2010). Mack JW (2001) perencanaan perawatan memajukan berfokus pada *uncertainty* yang paling menantang dan diskusi yang dalam mendapatkan arahan untuk pilihan perawatan akhir kehidupan, tetapi jika dokter tidak pasti tentang prognosis atau tidak nyaman dengan diskusi tentang perawatan.

Uncertainty klinisi mungkin menambah beban perencanaan perawatan lanjutan yang mengarah pada keraguan untuk melanjutkan perawatan mendukung kehidupan. *uncertainty* putusan mungkin mencerminkan kurangnya pasien pemahaman (Hines SC. 2001; sudor, R.L 2010; Melhaldo, Lolita dan Bushy Angeline, 2011).

2. Biofisik

Kesalahpahaman dan salah tafsir informasi terjadi karena keyakinan yang berbeda, hambatan bahasa, perubahan sensorik dan kognitif, usia lanjut, dan penyakit kronis menambah kesadaran kesehatan fungsional. sistem perawatan kesehatan dan dokter mulai mengakui kompleksitas yang terkait dengan pengambilan keputusan pada individu dengan kesadaran kesehatan yang buruk, terutama kesulitan dengan komunikasi tertulis dan lisan yang dapat membatasi pemahaman istilah, seperti diagnosis dan prognosis yang buruk, akhirnya mempengaruhi kemampuan mereka untuk membuat pengambilan keputusan dan arahan perawatan lanjutan secara lengkap (U.S. Department of Health and Human Services 2010; Baker, D.W 2000; Melhaldo, Lolita dan Bushy Angeline, 2011).

3. Psikologis

Stimulus dari *uncertainty* dikodekan sebagai tidak pasti, akan dinilai sebagai salah satu sumber bahaya atau kesempatan. Akhirnya, arah penilaian mengarah ke strategi coping yang mengurangi, mempertahankan, atau mengelola *uncertainty* (Melhaldo, Lolita dan Bushy Angeline 2011).

Morse (2000, 2001) menjelaskan penderitaan sebagai terdiri dari dua respon afektif yaitu bertahan dan penderitaan emosional. Bertahan melibatkan fokus pada tugas-tugas ini bukan kerugian, dan secara aktif menghambat ekspresi emosional, sedangkan penderitaan emosional memungkinkan seseorang untuk memikirkan kerugian dan terbuka melepaskan perasaan terkait.

Perilaku ini, telah dikaitkan dengan masing-masing respon tersebut dengan transisi dari bertahan ke penderitaan emosional (Morse, Beres, Spires, Maya, & Olson, 2003). Bertahan melindungi seseorang dari rasa sakit psikologis yang mungkin mengganggu melakukan kegiatan penting dari kehidupan sehari-hari. penderitaan emosional sangat penting untuk resolusi kerugian karena membantu orang untuk merumuskannya atau hidupnya dan menemukan harapan untuk masa depan cara (Tlucek, Audrey *et.al* 2010).

4. Spiritual

Dari kondisi sakit seseorang dan penderitaan mungkin dirasakan oleh individu erat kaitannya dengan hubungan dengan spiritual dan dapat menyampaikan martabat dan kebanggaan, perspektif inti dalam identitas individu (Crawley L 2000; Melhaldo, Lolita dan Bushy Angeline, 2011).

5. Sosial

Pentingnya kesadaran kesehatan sebagai sejauh mana individu memiliki kapasitas untuk memperoleh, mengolah, dan memahami informasi dasar dan layanan yang dibutuhkan untuk membuat keputusan yang tepat tentang kesehatan mereka (Shea JA, 2000; Sudore RL 2007; Davis, T.C 2002; Melhaldo, Lolita dan Bushy Angeline, 2011).

Gambaran keterampilan kognitif dan sosial bersama dengan motivasi dan kemampuan individu Institute of Medicine, 2004; Melhaldo, Lolita dan Bushy Angeline, 2011). Sebuah tingkat yang lebih tinggi dari menyadari pentingnya kesehatan dikaitkan dengan manfaat sosial yang lebih besar dan modal sosial.

Pengetahuan yang rendah dapat mengganggu pemahaman pasien dan keluarga dari penyakit, perkembangan, dan pilihan untuk pengobatan (Nutbeam D. 2000; Melhaldo, Lolita dan Bushy Angeline, 2011).

2.3 Stigma TB

Stigma adalah segala bentuk atribut fisik dan sosial yang mengurangi identitas sosial seseorang, mendiskualifikasikan orang itu dari penerimaan seseorang (Erving Goffman, 1968). Stigma juga berarti sebuah fenomena yang terjadi ketika seseorang diberikan labeling, stereotip, separation, dan mengalami diskriminasi (Link Phelan dalam Scheid & Brown, 2010).

Beberapa definisi dari stigma tersebut, maka peneliti menyimpulkan definisi stigma adalah pikiran dan kepercayaan yang salah serta fenomena yang terjadi ketika individu memperoleh labeling, *stereotip*, *separation* dan mengalami diskriminasi sehingga memengaruhi diri individu secara keseluruhan. Stigma akan berdampak pada bagaimana individu mencari pengobatan dan kepatuhan dalam pengobatan (Abney, 2011 Macdonald, H. *et al.* (2016)). Stigma TB akan berinteraksi dan berdampak dengan kondisi sosial ekonomi individu.

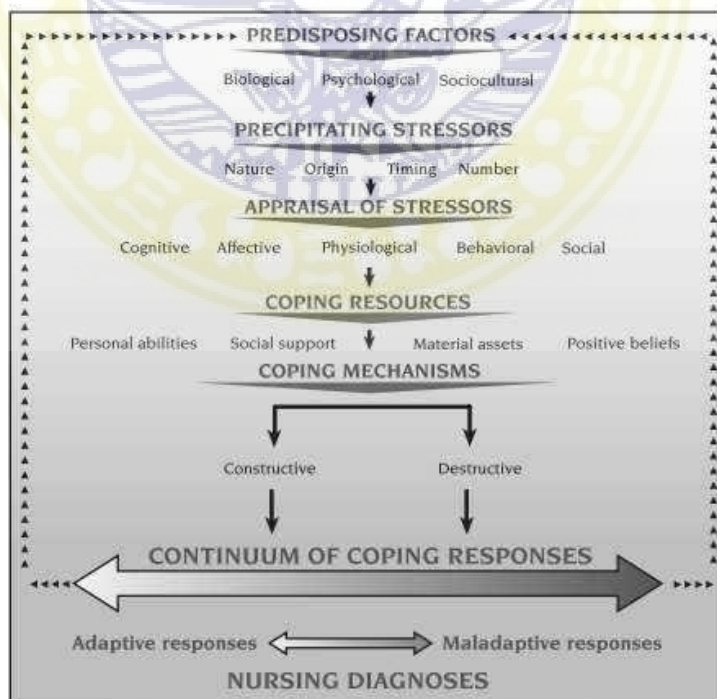
Stigma merupakan proses sosial di mana orang dari takut penyakit ingin mempertahankan kontrol sosial oleh kontras mereka yang normal dengan mereka yang berbeda (Parker dan Aggleton, 2003 dalam Macdonald, H. *et al.*, 2016. Goffman juga diakui stigma sebagai proses moral, dimana individu mengembangkan identitas sosial sesuai dengan kategori sosial dibangun.

Hail ini, memungkinkan seorang individu untuk mengukur bagaimana masyarakat akan atau tidak akan menanggapi karakteristik tertentu dikenali mendiskreditkan. Goffman dan ahli teori lainnya membedakan antara “diberlakukan” dan “merasa” stigma (Chapple, Ziebland, & McPherson, 2004; Gilbert & Walker, 2010; Parker & Aggleton, 2003; Scambler, 2004; Weiss, Ramakrishna, & Somma, 2006, dalam Macdonald, H. *et al*, 2016). Teori Deacon (2005) dan Yang *et al*. (2007) menganggap bahwa stigma menghasilkan diskriminasi.

Stigma akan terlihat melalui proses fisik dan lisan, dan muncul dalam bentuk suatu peristiwa atau serangkaian peristiwa yang bisa dilihat. Merasa stigma adalah fenomena sulit untuk memahami dan penelitian karena merupakan diinternalisasi negara-itu tidak dapat disaksikan oleh siapapun kecuali individu mengalami itu. Seseorang dengan TB yang memenuhi syarat dengan kekurangan berat badan akan diberikan suplemen makanan gratis. Pada kenyataannya klien tersebut malu untuk membawa suplemen makanan dari klinik ke rumah karena dididalam kota diberi label jelas yaitu suplemen untuk penderita TB sehingga dalam mengambil suplemen tersebut klien berusaha menyembunyikan bahwa suplemen tersebut bukan untuk penderita TB (Truyts 2013, dalam Macdonald, H. *et al*, 2016). Stigmatisasi pasien TB disebabkan oleh masyarakat anggota. Beberapa orang mengungkapkan rasa takut akan sosial. Konsekuensi yang biasanya diikuti setelah seseorang didiagnosis dengan TB. Stigma yang dibangun secara sosial, atributnya adalah Stigmatisasi dikenal dan dibagi dalam budaya. Dengan demikian, anggota masyarakat anggota menyadari sikap dan perilaku stigmatisasi mereka terhadap pasien TB (Jaramillo, 1999; Nyasulu, P. *et al*.2016).

2.4 Model Stres Adaptasi

Model stres adaptasi Stuart mengidentifikasi sehat sakit sebagai hasil berbagai karakteristik individu yang berinteraksi dengan faktor lingkungan. Model ini mengintegrasikan komponen biologis, psikologis, serta sosial dalam pengkajian dan penyelesaian masalahnya. Beberapa hal yang harus diamati dalam model stres adaptasi adalah faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber koping, dan mekanisme koping yang digunakan. Koping yang dihasilkan adalah koping terpilih yang berada antara adaptif dan maladaptif. Koping ini bersifat dinamis, bukan statis pada satu titik yang megakibatkan perilaku manusia selalu dinamis, yakni sesuai berbagai faktor yang memengaruhi koping terpilih (Yusuf, 2015).



Gambar 2.3 Model Stres Adaptasi Stuart (Stuart, 2013)

2.4.1 Faktor Predisposisi

Stuart (2013) menjelaskan bahwa faktor predisposisi adalah faktor risiko dan pelindung yang mempengaruhi yang memengaruhi tipe dan sumber dari individu untuk menghadapi stres baik yang biologis, psikososial, dan sosiokultural. Stuart (2013) membagi faktor predisposisi meliputi hal sebagai berikut.

1. Biologi: latar belakang genetik, status nutrisi, kepekaan biologis, kesehatan umum, dan terpapar racun.
2. Psikologis: kecerdasan, keterampilan verbal, moral, personal, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, pertahanan psikologis, dan kontrol.
3. Sosiokultural: usia, gender, pendidikan, pendapatan, okupasi, posisi sosial, latar belakang budaya, keyakinan, politik, pengalaman sosial, dan tingkatan sosial.

2.4.2 Faktor presipitasi

Stuart (2013) menjelaskan bahwa faktor presipitasi adalah stimulus yang mengancam individu. Faktor presipitasi memerlukan energi yang besar dalam menghadapi stres atau tekanan hidup. Faktor presipitasi berupa biologis, psikologis, dan sosiokultural. Stuart (2013) menjelaskan bahwa faktor presipitasi yang sering muncul adalah:

1. *Stressfull life event*

Ada tiga cara mengategorikan kejadian yang menekan kehidupan, yaitu aktivitas sosial, lingkungan sosial, dan keinginan sosial.

(1) Aktivitas sosial meliputi keluarga, pekerjaan, pendidikan, sosial, kesehatan, keuangan, aspek legal, dan krisis komunitas. (2) Lingkungan sosial adalah kejadian yang dijelaskan sebagai jalan masuk dan jalan keluar. (3) Keinginan sosial adalah keinginan secara umum seperti pernikahan, masalah finansial.

2. *Life Strains and Hassles*

Stres dibangun melalui strategi dalam menanggapi stress itu sendiri. Stress ini dapat meningkat karena menjadi kondisi kronis yang meliputi ketegangan keluarga yang terus-menerus, ketidakpuasan kerja, dan kesendirian.

2.4.2 Penilaian terhadap Stressor

Penilaian terhadap stresor meliputi penentuan arti dan pemahaman terhadap pengaruh situasi yang penuh dengan stres bagi individu. Penilaian terhadap stresor ini meliputi respons kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan respons sosial (Yusuf, 2015).

1. Respons kognitif

Faktor kognitif memainkan peran sentral dalam adaptasi. Faktor kognitif mencatat kejadian yang menekan, memilih pola koping yang digunakan, serta emosional, fisiologis, perilaku, dan reaksi sosial seseorang. Terdapat tiga tipe penilaian stresor primer dari stres yaitu kehilangan, ancaman, dan tantangan.

2. Respons afektif

Penilaian terhadap stresor respons afektif adalah reaksi tidak spesifik atau umumnya merupakan reaksi kecemasan, yang hal ini diekspresikan dalam bentuk emosi. Respons afektif meliputi sedih, takut, marah, menerima, tidak percaya, antisipasi, atau kaget.

3. Respons fisiologis

Respons fisiologis merefleksikan interaksi beberapa neuroendokrin yang meliputi hormon, prolaktin, hormon adrenokortikotropik (ACTH), vasopresin, oksitosin, insulin, epineprin morepineprin, dan neurotransmitter lain di otak.

4. Respons perilaku

Respons perilaku hasil dari respons emosional dan fisiologis.

5. Respons sosial

Respons ini didasarkan pada tiga aktivitas, yaitu mencari arti, atribut sosial, dan perbandingan sosial.

2.4.4 Sumber koping

Sumber koping merupakan sesuatu yang membantu memfasilitasi strategi koping atau mekanisme koping. Pemilihan sumber koping yang tepat dapat membantu menyelesaikan stress secara efektif. Sumber koping meliputi aset ekonomi, kemampuan dan keterampilan, teknik pertahanan, dukungan sosial, serta motivasi (Stuart, 2013).

Mekanisme Koping

Stuart (2013) menjelaskan bahwa mekanisme koping adalah suatu usaha langsung dalam manajemen stres. Mekanisme koping ini merupakan poin penting dalam model yang menjadi pencegahan utama terhadap stress. Stuart (2013) membagi mekanisme koping menjadi tiga yaitu:

1. Mekanisme koping *problem focus*

Mekanisme ini terdiri atas tugas dan usaha langsung untuk mengatasi ancaman diri. Contoh: negosiasi, konfrontasi, dan mencari nasihat.

2. Mekanisme koping *cognitively focus*

Mekanisme ini berupa seseorang dapat mengontrol masalah dan menetralkannya. Contoh: perbandingan positif, *selective ignorance*, *substitution of reward*, dan *devaluation of desired objects*.

3. Mekanisme koping *emotion focus*

Klien menyesuaikan diri terhadap distress emosional secara tidak berlebihan. Contoh: menggunakan mekanisme pertahanan ego seperti *denial*, supresi, atau proyeksi.

Mekanisme koping dapat bersifat konstruktif dan destruktif. Mekanisme konstruktif terjadi ketika kecemasan diperlakukan sebagai sinyal peringatan dan individu menerima sebagai tantangan untuk menyelesaikan masalah. Mekanisme koping destruktif menghindari kecemasan tanpa menyelesaikan konflik (Yusuf, 2015).

2.5 Manajemen stress

2.5.1 Definisi dan tujuan manajemen stress

Manajemen stress (Greenberg, 2002), merupakan intervensi yang digunakan untuk mengendalikan stress dan ketegangan yang pada akhirnya bertujuan agar individu dapat mengelola stress dan dapat mengurangi tingkat stress. (Lazarus dan Folkman, 1984). Berdasarkan hal diatas manajemen stress merupakan kondisi bagaimana individu mengatur kondisi pikiran dan emosi untuk mengatasi suatu masalah sehingga dapat mencapai keseimbangan hidup, waktu, sosial, relaksasi dan kebahagiaan dalam menghadapi suatu masalah.

2.5.2 Teknik manajemen stress

Menurut Martin (2012) teknik manajemen stress dibagi menjadi 4 fase antara lain;

1. Fase psikologi (*thinking skill dan imagery skill*)

Pada tahap ini merupakan fase awal yang menjadi keterampilan dasar yang harus dikuasai individu sehingga pada tahap psikologis ini individu mampu memiliki kesadaran diri. Pada tahap *thinking skill* bertujuan agar individu dapat memahami sumber stress baik dalam kehidupan sehari-hari (masalah dilingkungan sosial, kekawatiran, kecemasan). Pada tahap *imagery skill* tentang bagaimana analisis emosi dalam memahami emosi yang di hadapi dan apa yang sebaiknya muncul tindakan sebagai reaksi terhadap stimulus emosi. Pemikiran individu yang negatif (misalnya, takut, menghina diri sendiri, mengecam diri sendiri, meragukan kemampuan dan mengharapkan kegagalan. Pada pemikiran positif individu cenderung mampu menghadapi masalah yang dihadapi.

2. Fase perilaku (*time management*)

Waktu merupakan bagaimana perilaku individu dalam keterampilan manajemen waktu. Ekspresi senyum termasuk kedalam fase perilaku ekspresi wajah tersenyum merupakan ekspresi positif yang merupakan isyarat verbal yang paling mudah dipahami.

3. Fase sosial (*social support dan komunikasi asertif*)

Komunikasi termasuk pada fase sosial. Komunikasi dibagi menjadi 3 yaitu, pola komunikasi asertif, pasif, dan agresif. Komunikasi asertif merupakan komunikasi secara langsung tanpa mengucilkan orang lain terkait apa yang sedang dirasakan. Komunikasi pasif merupakan komunikasi yang didasari dengan perasaan ketakutan sehingga apa yang dirasakan tidak tersampaikan, dan komunikasi agresif merupakan komunikasi yang sepihak tanpa memperhatikan perasaan orang lain. Komunikasi yang baik akan membuat individu mampu berinteraksi dengan orang lain sehingga akan terbentuk suatu dukungan sosial.

4. Fase kesehatan fisik (pengetahuan kegiatan fisik yang mengurangi tekanan dengan olahraga, konsumsi makanan, dan keterampilan relaksasi)

Aktivitas yang menyenangkan (olahraga) dan pola hidup sehat serta keterampilan dalam relaksasi termasuk kedalam fase kesehatan fisik. Menurut Grennerg (2011) aktivitas jalan cepat, bersepeda, berenang, mendayung, jogging) dapat membantu mengurangi stress. Pijatan merupakan efek relaksasi yang merangsang endorphin dan menurunkan jumlah kortisol dan epinefrin penyebab stress.

2.6 Theoretical Mapping/ Riset Pendukung/ Keaslian Penelitian

Penelitian model keperawatan berdasarkan pendekatan teori *uncertainty in illness* telah beberapa kali dilakukan. Sumber artikel yang digunakan peneliti didapat dari pencarian menggunakan key word "*uncertainty in illness*", "*adaptation*", "Tuberculosis", "*sosial support*", dan dibatasi tahun 2012 sampai 2017. Hasil pencarian penelitian tersebut mendapatkan 50 artikel. Artikel yang direview sejumlah 13 artikel diantaranya sebagai berikut:

Tabel 2.1 *Theoretical Mapping/ Riset Pendukung/ Keaslian Penelitian Model Adaptasi Psikososial berdasarkan Pendekatan Teori Uncertainty in Illness*

No	Judul	Desain	Sampel /Teknik Sampling	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
1	<i>Uncertainty in illness among patients with chronic heart failure is less in person-centred care than in usual care</i> (Dudas, et., al, 2012)	kuantitative	123 pada kelompok perawatan biasa dan 125 diintervensi PCC	Independen: Uncertainty Dependen: Perawatan diri	-Cardiovascular Population Scale (CPS), -Mishel's development of uncertainty scales for specific clinical populations. MUIS instrument untuk menggambarkan karakter <i>uncertainty in illness and recovery</i> .	Mann-Whitney U-test. Ordered categorical variables Were alysedith the Mantel-Haenszel Chi Square exact test	Pasien dengan CHF kurang menentu pada penyakit mereka setelah PCC, yang dapat membantu untuk melengkapi dan memberdayakan pasien untuk mengelola penyakit mereka. Bersama-sama dengan temuan sebelumnya tinggal di rumah sakit dipersingkat dan kegiatan peningkatan hidup sehari-hari, ini menunjukkan bahwa

No	Judul	Desain	Sampel /Teknik Sampling	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
							PCC harus menjadi pendekatan standar untuk perawatan rumah sakit pasien dengan CHF.
2	<i>The Sosial Environment and Illness Uncertainty in Chronic Obstructive Pulmonary Disease</i> (Hoth, Karin F, et., al,2015)	kuantitative	462 responden	Independen; Lingkungan Sosial Dependen: Penyakit Paru Obstruktif Kronik	<i>MUIS (Measurement Uncertainty Illness Scale)</i>	Regresi linier	Lingkungan sosial yang kompleks dan mencakup lebih dari dukungan sosial. Beberapa aspek lingkungan sosial yang berhubungan dengan uncertainty, termasuk kritik yang dirasakan, memiliki anggota keluarga dengan penyakit yang sama, dan partisipasi dalam kelompok dukungan.
3	<i>Uncertainty and Decision Making for Residents with Dementia</i> (Lopez, Ruth Palan and A. J. Guarino, 2011)	kuantitatif	155 responden	Independen: penduduk, karakteristik sosiodemografi SDM, Muka Directive, Otoritas Kredibel, Dukungan Sosial, dan Perceived Self-Efficacy	<i>Mishel Uncertainty in Illness Scale for Family Members</i>	Pearson's correlation coefficients	Kerabat keluarga dekat yang berfungsi sebagai pengembangan sekolah model untuk NH penduduk dengan demensia bisa mendapatkan manfaat dari meningkatnya dukungan sosial dan meningkatkan

No	Judul	Desain	Sampel /Teknik Sampling	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
				Dependen: Pengambilan Keputusan pengganti			pengembangan sekolah model <i>self-efficacy</i> untuk pengambilan keputusan.
4	<i>Outcomes of and Intervention to Reduce Uncertainty Among African American Women With Diabetes</i> (Amoako Emelia, et., al, 2008)	kuantitatif	68 responden	<i>Uncertainty</i> , perawatan diri	<i>Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Form</i>	Chisquare and Fisher's exact tests	Mengurangi <i>uncertainty</i> yang berhubungan dengan diabetes perawatan diri meningkatkan latihan perawatan diri, serta penyesuaian psikososial.
5	<i>Uncertainty of Parents With Children Undergoing Herniorrhaphy</i> (Wang. Kai-Wei K, I-Hung Chen, and Marcelo Chen, 2016)	kuantitatif	123 responden	Independen: Agama, urutan kelahiran (anak pertama), dan hernia situs (bilateral) Dependen: uncertainty	deskriptif, desain cross-Persepsi Orang Tua Skala Uncertainty (PPUS) dimodifikasi dari Mishel Uncertainty di Skala Penyakit (MUIS)	independen <i>t</i> test, one-way analysis of variance, Scheffe's test posterior comparison ($\alpha = .05$), and Pearson's product-moment correlation	Penelitian ini memiliki tiga implikasi yang signifikan. Pertama, informasi kesehatan dalam kaitannya dengan peristiwa terkait penyakit dan gejala manajemen penting bagi orang tua dari anak-anak yang menjalani operasi seperti herniorrhaphy. Kedua, profesional kesehatan harus mendorong orang tua dengan afiliasi keagamaan

No	Judul	Desain	Sampel /Teknik Sampling	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
							untuk mencari kegiatan ritual pada kecepatan dan tingkat kenyamanan mereka sendiri untuk membantu perasaan mereka dalam <i>uncertainty</i> .
							Ketiga, dukungan khusus harus aktif ditawarkan kepada para orang tua yang anaknya pertama menjalani herniorrhaphy dan penyajian dengan hernia bilateral.
6	<i>Sources of the Uncertainty Experienced by Women With HPV</i> (Kosenko. A, Ryan J. Hurley, and Jacquelyn A. Harvey, 2012)	kualitatif	25 responden	Independen: diagnosis, potensi perkembangan penyakit, keuangan, sumber infeksi, pengungkapan, seks dan reproduksi, dan vaksin HPV. Dependen:	wawancara	analitik komparatif dan laten konstan	Intervensi untuk wanita dengan HPV pada upaya penelitian yang diperluas untuk mengakui uncertainty perempuan tentang vaksin HPV, pengungkapan, sumber infeksi, keuangan, perkembangan potensi infeksi, seks dan reproduksi, dan arti

No	Judul	Desain	Sampel /Teknik Sampling	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
				Pengalaman uncertainty			diagnosis.
7	<i>Understanding uncertainty in young-onset Parkinson disease</i> (Ravenek, Michael, Debbie L Rudman, Mary E Jenkins, and Sandi Spaulding, 2017)	kualitatif	39 responden	Independen: identitas, kontrol, kesedihan, Dependen: Pemahaman <i>uncertainty</i>	wawancara mendalam, kelompok fokus dan / atau papan diskusi online. Empat belas otobiografi yang ditulis oleh individu yang hidup dengan penyakit Parkinson juga digunakan sebagai sumber data.	Transkrip dari sumber data elisitasi, dan bentuk ekstraksi dari sumber data yang masih ada, disimpan dalam program perangkat lunak kualitatif NVivo 10 dari QSR International	Pertama, mereka mengalami <i>uncertainty</i> sehubungan dengan identitas mereka sebagai muda-dan-orang dewasa setengah baya, menyimpang dari ideal usia dinilai jalan hidup ditandai dalam konteks sosio-budaya mereka. Kedua, mereka mengalami <i>uncertainty</i> sehubungan dengan fungsi mereka, karena sifat heterogen dari perkembangan Parkinson berarti bahwa hal itu tidak akan mungkin untuk memetakan bagaimana penyakit mereka akan berubah dari waktu ke waktu. <i>Uncertainty</i> ini dikaitkan dengan perasaan kehilangan kendali atas hidup mereka dan meningkatkan

No	Judul	Desain	Sampel /Teknik Sampling	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
							kesedihan.
8	<i>Family Resiliency, Uncertainty, Optimism, and the Quality of Life of Individuals With HIV/AIDS</i> (Frain, Michael P. Norman L. Berven Fong Chan, Molly K. Tschopp, 2008)	kuantitatif	125 responden	<i>HIV/AIDS; family; Internet; quality of life; outcomes</i>	<i>The Mishel Uncertainty in Illness Scale (MUIS)</i> Likert-type scale	Analisis regresi	Model prediksi secara keseluruhan, terdiri dari tiga set variabel-kognitif prediktor penilaian, ketahanan keluarga, dan pengembangan. Penyakit ditemukan untuk menjelaskan lebih dari 60% dari varians dalam kualitas hidup orang dengan HIV / AIDS.
9	<i>How does uncertainty shape patient experience in advanced illness? A secondary analysis of qualitative data</i> (Etkind. Simon Noah, Katherine Bristowe, Katharine Bailey, Lucy Ellen Selman and Fliss EM Murtagh, 2016)	kualitatif	30 responden	<i>Uncertainty, perawatan paliatif, perawatan terminal, penelitian kualitatif, komorbiditas, komunikasi</i>	analisis sekunder dari transkrip wawancara kualitatif	pendekatan tematik dengan 10% dari coding diperiksa silang untuk meningkatkan keandalan.	<i>Uncertainty</i> mempengaruhi pengalaman pasien dalam penyakit maju melalui mempengaruhi informasi pasien kebutuhan, preferensi dan prioritas masa depan untuk perawatan. Kami tipologi bantu pemahaman tentang bagaimana pasien dengan penyakit lanjut menanggapi <i>uncertainty</i> . Penilaian

No	Judul	Desain	Sampel /Teknik Sampling	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
							ketiga faktor ini mungkin menjadi titik awal yang berguna untuk memandu penilaian klinis dan pengambilan keputusan bersama.
10	<i>Uncertainty of Sosial Network Members in the Case of Communication-Debilitating Illness or Injury</i> (Kicken. Erin Donovan, dan Jennifer J. Bute, 2008)	Kualitatif	31 responden	<i>Uncertainty</i> ; komunikasi; penyakit kronis; hubungan dekat; stroke	wawancara	Kaset audio yang ditranskrip untuk keperluan analisis data	konseptualisasi dominan <i>uncertainty</i> penyakit dan mengatasi prevalensi komunikasi baik sebagai sumber signifikan dari <i>uncertainty</i> dan sarana penting untuk mengelola <i>uncertainty</i> .
11	<i>When the Cystic Fibrosis Label Does Not Fit: A Modified Uncertainty Theory</i> (Tluczek. Audrey, Anne Chevalier McKechnie, and Patrice A. Lynam, 2010)	kualitatif	5 pasangan suami istri	cystic fibrosis; analisis dimensi; genetika; masalah psikososial; penderitaan; <i>uncertainty</i>	wawancara	Proses analitik mengikuti prosedur yang dianjurkan oleh Strauss dan Corbin. Tim penelitian yang dilakukan pengkodean terbuka menggunakan baris demi baris analisis komparatif konstan data	Hasil penelitian menunjukkan bahwa orang tua melewati serangkaian tahapan mirip dengan proses yang dijelaskan oleh <i>uncertainty</i> Mishel dalam teori penyakit. Temuan menginformasikan modifikasi yang dilakukan pada teori yang asli,

No	Judul	Desain	Sampel /Teknik Sampling	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
						ditranskrip.	memperpanjang penerapan teori <i>uncertainty</i> keadaan dimana kehadiran penyakit tidak pasti,
12	<i>Uncertainty and the Treatment Experience of Individuals With Chronic Hepatitis C</i> (Reinoso, Humberto, 2016)	kuantitatif	134 responden	<i>health care authority figure, hepatitis C, sosial network, uncertainty, viral hepatitis</i>	Kuesioner untuk data demografi pasien, <i>Mishel's Uncertainty in Illness Scale; Duke Sosial Support Index abbreviated Version; HCO subscale of the Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report (PAIS-SR)</i>	Pearson ' s korelasi	Penelitian ini telah memberikan wawasan mengenai variabel yang berbagi hubungan yang signifikan dengan <i>uncertainty</i> pada orang-orang yang terkena hepatitis kronis C.
13	<i>Managing uncertainty about treatment decision making in early stage prostate cancer: A randomized clinical trial</i> (Mishel, Merle H, Barbara B. Germino, Lin Lin, Raj S. Pruthi, Eric M. Wallen, Jaime Crandell, Diane Blyler, 2009)	Kuantitatif	256 responden	<i>Prostate cancer Treatment Decision making, Uncertainty theory</i>	<i>The Medical Communication Competence Scale (MCCS), Types of Information Checklist, Decisional Regret Subscale, Quality of Life Scale</i>	Fisher's	Hasil penelitian signifikan efek kelompok yang diberikan perlakuan dengan <i>uncertainty management (cancer knowledge, problem-solving, and patient-provider communication), medical communication competence, number and helpfulness of</i>

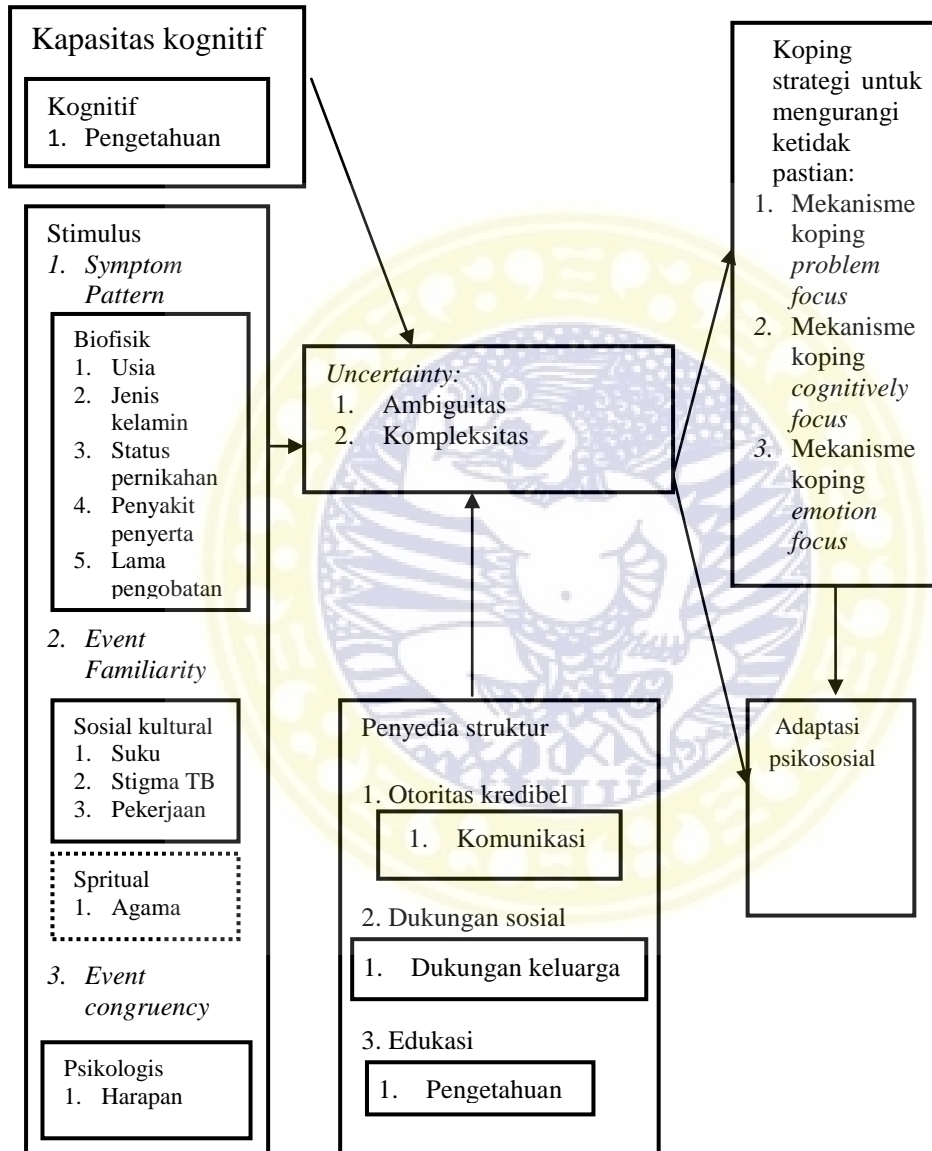
No	Judul	Desain	Sampel /Teknik Sampling	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
							<i>resources for information, and decisional regret.</i>



BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan: ----- tidak diteliti
 : ————— diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konsep adaptasi psikososial pada klien TB yang menjalani pengobatan menggunakan pendekatan teori *uncertainty in illness* di Puskesmas Wilayah Kerja Kabupaten Jember

Teori *Uncertainty in illness* menegaskan bahwa *uncertainty* merupakan kemampuan individu dalam memproses informasi dan merefleksikannya (kondisi kognitif) sebagai hasil tidak cukupnya isyarat terhadap situasi atau kejadian internal yang dipersepsikan. Variabel independen dalam penelitian ini merupakan integrasi dari teori *Uncertainty in illness*, berupa variabel kapasitas kognitif dan stimulus. Integrasi variabel kapasitas kognitif dan stimulus dirumuskan dalam komponen biofisik, kognitif, psikologis, sosial, penyedia struktur. Berbagai variabel dari teori diatas menjadi bentuk model keperawatan Adaptasi psikososial dan teori *Uncertainty in illness* yang dilakukan Mishel (1988) diyakini klien TB mampu beradaptasi psikososial efektif. Dengan demikian, variabel dependen dalam penelitian ini yaitu daya adaptasi psikososial. Teori *Uncertainty in illness* dan hubungan teoritis menunjukkan bahwa teori ini adalah logis memadai dan komprehensif bagi perawat untuk menjelaskan dan memprediksi meningkatkan daya adaptasi psikososial klien TB.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian merupakan jawaban atau dugaan sementara penelitian atau dalil sementara yang kebenarannya dibuktikan dalam sebuah penelitian (Setiadi, 2007). Hipotesis penelitian ini adalah:

1. H1: Ada pengaruh kognitif terhadap *uncertainty* pada klien TB paru;
2. H1: Ada pengaruh biofisik terhadap *uncertainty* pada klien TB paru;
3. H1: Ada pengaruh sosial terhadap *uncertainty* pada klien TB paru;
4. H1: Ada pengaruh psikologis terhadap *uncertainty* pada klien TB paru;
5. H1: Ada pengaruh penyedia struktur terhadap *uncertainty* pada klien TB paru;

6. H1: Ada pengaruh *uncertainty* terhadap mekanisme koping pada klien TB paru;
7. H1: Ada pengaruh *uncertainty* terhadap adaptasi psikososial pada klien TB paru;
8. H1: Ada pengaruh koping terhadap kemampuan adaptasi klien TB paru.



BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *eksplanatif survey*. Eksplanasi adalah sebuah cara menggali sesuatu yang baru dan bagaimana melaporkan hubungan sebab akibat variabel bebas dan variabel terikat (Sugiyono, 2015; Kowalczyk, 2015, Rahmawati, 2016). Hal ini, untuk mengembangkan pengetahuan tentang sebuah topik dan menjelaskan (*explain*) temuan penelitian perlu dilanjutkan dengan penelitian deskripsi (Kowalczyk, 2015, Rahmawati, 2016). Pendekatan waktu yang digunakan pada penelitian ini adalah *cross sectional*. Penelitian ini akan melakukan pengamatan atau pengukuran variabel bebas dan variabel terikat pada saat yang bersamaan atau dalam satu waktu (Sugiono, 2015).

4.2 Populasi, Sampel, Teknik Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi penelitian adalah keseluruhan objek penelitian yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2010). Populasi pada penelitian ini adalah klien TB Paru di unit rawat jalan Puskesmas wilayah kerja Jember yang terdiri dari Puskesmas Rambipuji dan Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember sejumlah 300 responden.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipergunakan sebagai responden penelitian yang diambil melalui teknik sampling (Nursalam, 2016). Penelitian ini memiliki kriteria inklusi dan kriteria eklusi untuk mendapatkan populasi yang *eligible* atau yang memenuhi kriteria.

1. Kriteria inklusi:

- 1) Klien TB yang berobat di Puskesmas wilayah kerja jember;
- 2) Klien TB yang sudah menjalani pengobatan tuberkulosis < 1 bulan (<28 dosis);
- 3) Klien TB yang sudah menjalani pengobatan tuberkulosis tahap awal minimal 1 bulan (28 dosis)
- 4) klien TB rentang usia (21-60 tahun);
- 5) Klien TB tanpa komplikasi penyakit lain

2. Kriteria eklusi:

- 1) Klien pendatang yang berobat di Puskesmas wilayah kerja jember
- 2) Klien ibu hamil.

4.2.3 Besar Sampel

Pengambilan sampel penelitian menggunakan rumus Taro Yamane (1967), yaitu:

$$n = \frac{N}{N.d^2+1}$$
$$n = \frac{250}{250 \cdot 0.1^2+1}$$
$$=71,42 \text{ responden}$$

Keterangan:

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi klien TB Paru

d_2 = Presisi (ditetapkan 10%)

Dalam penelitian ini, menggunakan 2 kecamatan di wilayah kabupaten jember yaitu:

Puskesmas Sumpalsari

$$= \frac{N_i}{N} \cdot n$$

$$= \frac{100}{250} \cdot 71 = 28,4 = 28$$

Puskesmas Rambipuji

$$= \frac{N_i}{N} \cdot n$$

$$= \frac{150}{250} \cdot 71 = 42,6 = 43$$

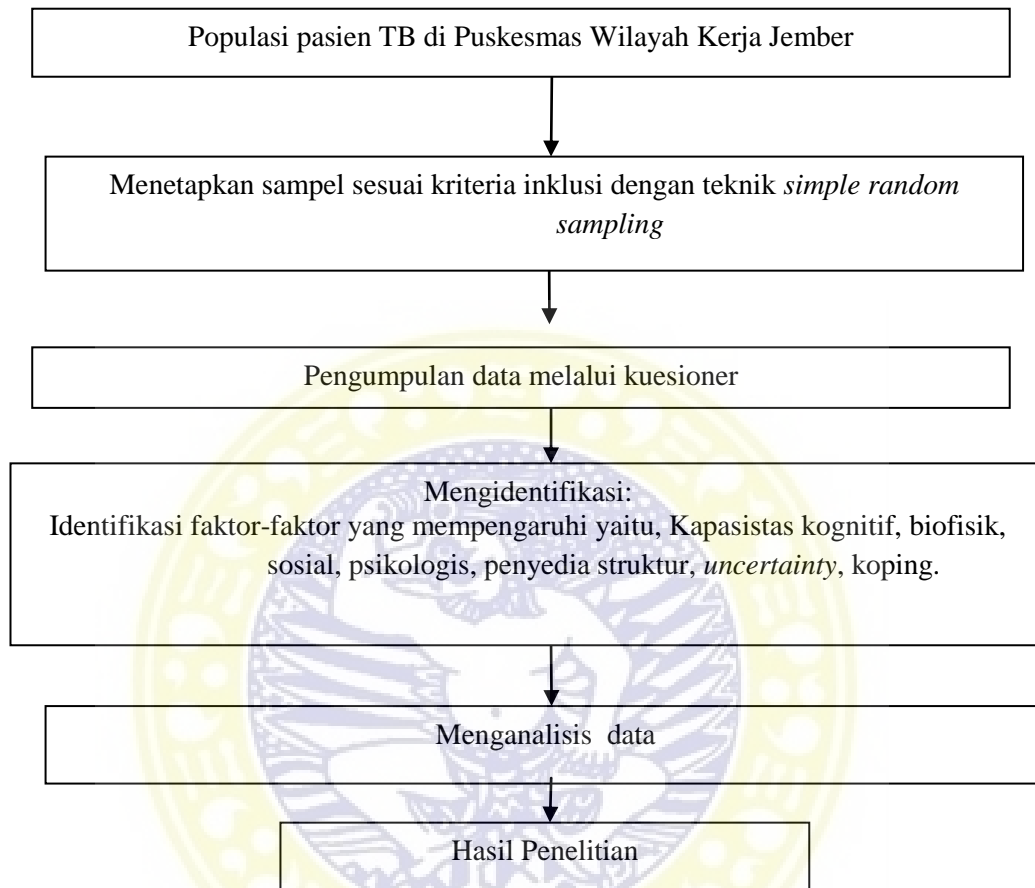
Besar sampel minimal pada penelitian ini sebesar 71 responden. Pada penelitian ini, peneliti menetapkan besar sampel 100 responden.

4.2.4 Teknik Pengambilan Sampel

Sampling adalah proses menyeleksi ketepatan proporsi dari populasi yang dapat mewakili dari populasi (Nursalam 2014). Teknik sampling pada penelitian ini menggunakan *probability sampling* dengan cara *simple random sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel yang dilakukan dengan memberi kesempatan yang sama pada setiap anggota populasi untuk menjadi anggota sampel (Nursalam 2014).

4.3 Kerangka Operasional

Langkah-langkah penelitian sebagai berikut:



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Model Adaptasi Psikososial pada Klien TB Paru yang Menjalani Pengobatan dengan menggunakan pendekatan teori *uncertainty in illness* di Puskesmas Wilayah Kerja Jember

Prosedur penelitian diawali dengan memilih responden melalui teknik *simple random sampling*. Responden dipilih sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Selanjutnya peneliti, mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi dalam adaptasi psikososial klien TB, kemudian melakukan analisis data menggunakan PLS. Hasil analisis merupakan hasil yang didapatkan dalam model struktural adaptasi psikososial.

4.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Variabel adalah suatu ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok tersebut (Nursalam 2016). Variabel dalam penelitian ini terdiri dari variabel independen : kapasitas kognitif (pengetahuan), biofisik (usia, jenis kelamin, status perkawinan, lamanya pengobatan), psikologis (harapan), sosial (suku, *felt stigma*, pekerjaan), penyedia struktur (komunikasi, dukungan keluarga, pendidikan), *uncertainty*, koping; dan variabel dependen : adaptasi psikososial

Tabel 4.1 Variabel Penelitian Model Adaptasi Psikososial pada Klien TB paru yang menjalani pengobatan dengan menggunakan pendekatan teori *uncertainty in illness* di Puskesmas rambipuji Jember

Variabel	Keterangan	Sub Variabel
Variable independen X	X1:Kognitif X2: Biofisik X3: Psikologis X4: Sosial X5: Penyedia struktur X6. <i>Uncertainty</i>	X1.1 Pengetahuan X2.1 Usia X2.2 Jenis kelamin X2.3 Status perkawinan X2.4 Lama pengobatan X3.1 Harapan X4.1 Suku X4.2 Stigma X4.3 Pekerjaan X5.1 Komunikasi X5.2 Dukungan keluarga X5.3 Pendidikan X6.1 Ambiguitas X6.2 Kompleksitas
Variable dependen Y	Y1. Koping Y2. Adaptasi Psikososial	Y1.1 <i>Problem Focus</i> Y1.2 <i>Cognitive focus</i> Y1.3 <i>Emotion focus</i> Y2.1 <i>Sosial and leisure activities</i> Y2.2 <i>Job and household duties</i> Y2.3 <i>Pshychological distress</i> Y2.4 <i>relationship with family</i> Y2.5 <i>Health care orientation</i>

Tabel 4.2 Definisi Operasional Penelitian Model Adaptasi Psikososial pada pasien TB yang menjalani Pengobatan dengan menggunakan pendekatan teori *uncertainty in illness* di Puskesmas Wilayah Kerja Jember bulan Februari – Maret 2018

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel Independen					
X1 Kemampuan kognitif	Kemampuan berfikir yang mencakup kemampuan intelektual yang lebih sederhana, yaitu mengingat, sampai pada kemampuan memecahkan masalah				
X1.1 Pengetahuan	Tingkat pengetahuan klien TB tentang definisi, penyebab, tanda dan gejala, dan penularan penyakit TB, dampak penyakit	Mengerti tentang penyakit yang dialami	Kuesioner	Ordinal	1. kurang : < 55% 2. Cukup & baik: 55 - > 75 % (Arikunto, 2010) Skor untuk jawaban: Benar: 1 Salah: 0
X2 Biofisik	Data biologis dan kondisi fisik individu				
X2.1 Usia	Lama hidup seseorang yang bertambah setiap tahunnya	KTP	Kuesioner	Ordinal	1. 21-26 tahun 2. 27-32 tahun 3. 33-38 tahun 4. 39-44 tahun 5. 45-50 tahun 6. 51-56 tahun 7. 57-60 tahun
X2.2 Jenis Kelamin	Golongan kelompok responden yang terbagi laki-laki dan perempuan	KTP	Kuesioner	Nominal	1. Perempuan 2. Laki-laki
X2.3 Status perkawinan	Mempunyai hubungan yang sakral dengan lawan jenis dengan adanya ikatan yang sah	KTP	Kuesioner	Nominal	1. Belum menikah 2. Menikah
X2.4 Lama pengobatan	Kurun waktu klien TB menjalani Pengobatan	Rekam medis	Kuesioner	Ordinal	1. < 28hari 2. 28 hari
X3 Psikologis	Interaksi antara proses-proses maturasional atau kebutuhan biologis dengan tuntutan masyarakat dan kekuatan-kekuatan sosial yang dihadapi dalam kehidupan sehari-hari				

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
X3.1 Harapan	Persepsi individu terhadap kemampuan untuk strategi dalam mencapai tujuan dengan mempertahankan motivasi.	-Willpower -Tujuan hidup (goals) -Waypower (jalan menuju tujuan yang diinginkan)	Kuesioner yang dimodifikasi Herth Hope index	Ordinal	Min- max: 12- 48 Hasil ukur akan dikategorikan berdasarkan <i>cut of point</i> data menjadi 2 kategori yaitu: 1. Tinggi \geq mean 2. Rendah $<$ mean
X4 Sosial	Kemampuan seseorang berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan, membina dan memelihara keakraban dengan orang lain yang dibangun dan terjadi pada suatu situs komunitas				
X4.1 Suku	Latar belakang kebudayaan seseorang	Latar belakang etnis di pulau Jawa	Kuesioner	Nominal	1. Jawa 2. Madura
X4.2 Felt stigma	Persepsi sosial yang negative yang dirasakan oleh penderita TB	-Labeling - Stereotip -Pemisahan Diskriminasi	Kuesioner ILEP	Ordinal	Min – Max 16- 64 Hasil ukur akan dikategorikan berdasarkan <i>cut of point</i> data menjadi 2 kategori yaitu: 1. Tinggi \geq mean 2. Rendah $<$ mean
X4.3 Pekerjaan	Aktivitas sehari-hari yang dilakukan untuk memperoleh penghasilan.	Pekerjaan yang ditekuni	KK	Nominal	1. Tidak bekerja 2. PNS/ swasta 3. Wiraswasta 4. buruh
X5 Penyedia struktur	Sumber daya yang dapat membantu individu dalam menerima stimulus kondisi penyakitnya				
X5.1 Komunikasi	Kemampuan interaksi berdasarkan bahasa tertentu	Kejelasan dalam memberikan informasi	Kuesioner Modifikasi Patient provider communication (Mishel, 2009)	Ordinal	Min-max: 5-20 Hasil ukur akan dikategorikan berdasarkan <i>cut of point</i> data menjadi 2 kategori yaitu: 1. Baik \geq mean 2. Kurang $<$ mean

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
X5.2 Dukungan keluarga	Persepsi klien mengenai bantuan yang diterima dan dirasakan dari seluruh anggota keluarga dan masyarakat sehingga dapat berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan	1. Emosional 2. Penilaian 3. Instrumental 4. Informasional	Modifikasi kuesioner dukungan keluarga modifikasi dari <i>Perceived Sosial Support From Family (PSS-Fa)</i> (Procidano dan Heller)	Ordinal	Min- max: 16-48 Hasil ukur akan dikategorikan berdasarkan <i>cut of point</i> data menjadi 2 kategori yaitu: 1. Baik \geq mean 2. Kurang $<$ mean
X5.3 Pendidikan	Pendidikan Tingkat pengetahuan yang dinilai berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki	Ijazah pendidikan terakhir	Kuesioner	Ordinal	1. Tidak Sekolah 2. SD 3. SMP 4. SMA/SMK 5. PT
X6 <i>Uncertainty</i>	Penilaian individu terhadap sesuatu dalam menghadapi masalah	1. Ambiguitas 2. Kompleksitas	Modifikasi Kuesioner MUIS-C (Mishel, 1997; Torres Ortega, <i>et., al.</i> , 2014)	Ordinal	Min – Max: 10-50 Hasil ukur akan dikategorikan berdasarkan <i>cut of point</i> data menjadi 2 kategori yaitu: 1. Baik \geq mean 2. Kurang $<$ mean
Variabel dependen					
Y1 Koping	Usaha yang dilakukan individu untuk mengatasi masalah	1. <i>Problem focus</i> 2. <i>Cognitive focus</i> 3. <i>Emotion focus</i>	Kuesioner	Ordinal	Min –Max: 14-56 1. Tinggi $>$ 40 2. Sedang 31-39 3. Rendah $<$ 30
Y2 Adaptasi psikososial	Kemampuan individu dalam upaya meningkatkan berinteraksi	1. <i>Sosial and leisure activities</i> 2. <i>Job and household duties</i> 3. <i>Psychologic distress</i> 4. <i>Relationship with pathner and family</i> 5. <i>Health care orientatio</i>	Modifikasi kuesioner <i>HCO subscale of the Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report (PAIS-SR)</i>	Ordinal	Min- max: 24-72 Hasil ukur akan dikategorikan berdasarkan <i>cut of point</i> data menjadi 2 kategori yaitu: 1. Baik \geq mean 2. Kurang $<$ mean

4.5 Instrumen Penelitian

Jenis instrumen yang digunakan dengan mengumpulkan data secara formal kepada subyek penelitian untuk menjawab pertanyaan (Nursalam 2016). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner adalah beberapa pertanyaan tertulis berhubungan dengan masalah penelitian dan tiap pertanyaan merupakan jawaban yang mempunyai makna menguji hipotesis penelitian (Setiadi 2007). Berikut ini adalah kisi-kisi dari instrumen penelitian:

1. Instrumen Karakteristik Klien

Instrumen yang diberikan yaitu data responden yang dibuat sendiri oleh peneliti. Instrumen ini untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden dan gambaran karakteristik penyakit TB Paru responden. Karakteristik responden meliputi pendidikan, usia, jenis kelamin, status pernikahan, lama pengobatan TB, suku, pekerjaan. Kuesioner ini disusun dalam bentuk pertanyaan tertutup dan terbuka.

2. Instrumen tingkat pengetahuan

Instrument tingkat pengetahuan 10 item pertanyaan. Kuesioner pertanyaan tentang TB meliputi: pengetahuan tentang definisi penyakit TB (soal nomor 1 dan 2), tanda dan gejala (soal nomor 4 dan 6), cara penularan (5 dan 6) pengobatan (soal nomor 7 dan 8), cara pencegahan (soal nomor 3 dan 9). Hasil analisis reliabel kuesioner menghasilkan *Alpha Cronbah* sebesar 0,972 yang memiliki arti kuesioner reliabel.

3. Instrumen Komunikasi

Instrumen komunikasi merupakan modifikasi dari *patient-provider communication* untuk menilai kemampuan pemahaman informasi dan hubungan antara klien dan penyedia layanan kesehatan (Mishel 2009). Kuesioner disusun dalam bentuk pertanyaan tertutup dengan menggunakan skala likert yaitu skala pengukuran yang digunakan untuk mengukur *Patient-provider*. Nilai masing-masing jawaban pada variabel komunikasi akan dibagi menjadi jawaban sangat baik, cukup baik, sedikit, hampir tidak pernah, tidak pernah sama skali. Masing-masing item pertanyaan terdiri dari pertanyaan yang mendukung atau positif (*favorable*) dan yang tidak mendukung atau negatif (*unfavourable*) pertanyaan. Kuisisioner terdiri dari 5 pertanyaan tentang komunikasi.

Tabel 4.3 *Blue Print* Variabel Komunikasi

Indikator	Item	Favorable	Unfavorable	Total
<i>Patient-provider</i>	1, 2, 3, 4, 5	1, 2, 3, 4, 5,	-	5
Total				5

4. Instrumen Harapan

Instrumen harapan merupakan modifikasi dari *Herth Hope Index (HHI)* untuk menilai harapan klien (Herth 1989). Kuesioner disusun dalam bentuk pertanyaan tertutup dengan menggunakan skala likert yaitu skala pengukuran yang digunakan untuk mengukur *willpower*, tujuan hidup (*goals*), *waypower* (jalan menuju tujuan yang diinginkan).

Nilai masing-masing jawaban pada variabel komunikasi akan dibagi menjadi jawaban sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju, dan sangat setuju. Masing-masing item pertanyaan terdiri dari pertanyaan yang mendukung atau positif (*favorable*) dan yang tidak mendukung atau negatif (*unfavourable*) pertanyaan. Kuisisioner terdiri dari 12 pertanyaan tentang harapan.

Tabel 4.4 *Blue Print* Variabel Harapan

Indikator	Item	Favorable	Unfavorable	Total
<i>Willpower</i>	1, 6, 7, 9, 10, 11	1, 6, 7, 9, 11	10	6
Tujuan hidup (<i>goals</i>)	2, 8, 12	2, 8, 12	-	3
<i>Waypower</i> (jalan menuju tujuan yang diinginkan)	3, 4, 5	3, 5	4	3
Total				12

5. Instrumen *felt stigma*

Instrumen *felt stigma* merupakan modifikasi dari *Internalized Stigma of Mental Illness Scale ILEP* (2011). Kuesioner ini dengan pertanyaan tertutup dengan jumlah 16 item. Indikator item masing-masing terdapat item *favourable* dan item *unfavourable*. Nilai masing-masing jawaban pada variabel stigma akan dibagi menjadi jawaban sangat tidak setuju (1), tidak setuju (2), setuju (3), dan sangat setuju (4) pada item pertanyaan yang *unfavourable* dan skor nilai sebaliknya pada item pertanyaan *favorable*. Selanjutnya nilai pada item tunggal dapat dijumlahkan. Semakin tinggi skor berarti, semakin besar bukti diri stigma.

Tabel 4.5 *Blue Print* Variabel Stigma

Indikator	Item	Unfavorable	Favorable	Total
<i>Labeling</i>	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4	-	4
Streotipe	5, 6, 14	5, 6, 14	-	3
<i>Diskriminasi</i>	7, 8, 9, 10	7, 8, 9, 10	-	4
Pemisahan	11, 12, 13, 15, 16	11, 12, 13, 15, 16	-	5
Total				16

6. Instrumen dukungan keluarga

Instrumen dukungan keluarga merupakan modifikasi dari *Perceived Sosial Support Form Family* (Procidano dan Heller 1983). Kuesioner ini terdiri dari 20 item pertanyaan. Nilai masing-masing jawaban pada variabel dukungan keluarga akan dibagi menjadi jawaban iya, tidak, dan tidak tahu. Masing-masing item pertanyaan terdiri dari pertanyaan yang mendukung atau positif (*favorable*) dan yang tidak mendukung atau negatif (*unfavourable*) pertanyaan.

Tabel 4.6 *Blue Print* Variabel Dukungan Keluarga

Indikator	Item	Favorable	Unfavorable	Total
Emosional	1, 2, 3, 4, 5, 6	1, 2, 3, 4, 5, 6,	-	6
Penilaian	7, 8, 9, 10, 11, 12	7, 8, 9, 10, 11, 12	-	6
Informasional	13, 14, 15, 16, 17, 18	16, 17, 18	13, 14, 15	6
Total				20

7. Instrumen *uncertainty*

Instrumen *uncertainty* merupakan modifikasi dari kuesioner MUIS / Mishel *Uncertainty in illness* (Mishel dan Torres 2014). Kuesioner disusun dalam bentuk pertanyaan tertutup dengan menggunakan skala likert yaitu skala pengukuran yang digunakan untuk mengukur probabilitas, ambiguitas dan kompleksitas. Nilai masing-masing jawaban pada variabel *uncertainty* akan dibagi menjadi jawaban sangat setuju, ragu-ragu, tidak setuju, dan sangat tidak setuju. Masing-masing item pertanyaan terdiri dari pertanyaan yang mendukung atau positif (*favorable*) dan yang tidak mendukung atau negative (*unfavourable*) pertanyaan. Kuisisioner terdiri dari 18 pertanyaan tentang *uncertainty*.

Tabel 4.7 *Blue Print* Variabel *Uncertainty In Illness*

Indikator	Item	Favorable	Unfavorable	Total
Ambiugitas	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	-	6
Kompleksitas	11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18	11, 12, 16, 17, 18	13, 14, 15	6
Total				18

8. Instrumen koping

Instrumen koping merupakan yang melibatkan proses persepsi, belajar, menilai, dan emosi. Mekanisme koping pada subsistem strategi koping yang bisa digunakan oleh klien tuberkulosis yaitu mekanisme koping *problem focus* yaitu mekanisme terkait usaha langsung untuk mengatasi ancaman diri, mekanisme koping *cognitively focus* yaitu suatu usaha dengan pengontrolan masalah dan menetralsasinya, dan Mekanisme koping pada subsistem koping penyangga menggunakan mekanisme koping *emotion focus* yaitu dimana usaha seseorang menyesuaikan diri terhadap distres emosional secara tidak berlebihan (Stuart, 2013).

Tabel 4.8 *Blue Print* Variabel Koping

Indikator	Item	Unfavorable	Favorable	Total
<i>Problem focus</i>	1, 2, 3, 4, 5, 6	1, 3, 4, 5, 6	2	6
<i>Cognitive focus</i>	7, 8, 9, 10, 11, 12, 13	7, 8, 9, 10, 11, 12, 13	-	7
<i>Emotion focus</i>	14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21	15, 16, 17, 18, 19, 20, 21	14	8
Total				21

9. Instrumen adaptasi psikososial

Instrumen adaptasi psikososial merupakan modifikasi dari *HCO subscale of the Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report (PAIS-SR)* (Merluzzi, 1997). Kuesioner disusun dalam bentuk pertanyaan tertutup dengan menggunakan skala likert yaitu skala pengukuran yang digunakan untuk mengukur *social and leisure activities, job and household duties, psychological*

distress, relationship with pathner and family, health care orientation. Nilai masing-masing jawaban pada variabel adaptasi psikososial akan dibagi menjadi jawaban iya, tidak, dan tidak tahu. Masing-masing item pertanyaan terdiri dari pertanyaan yang mendukung atau positif (*favorable*) dan yang tidak mendukung atau negatif (*unfavourable*) pertanyaan. Kuisisioner terdiri dari 36 pertanyaan tentang adaptasi psikososial.

Tabel 4.9 *Blue Print* Variabel Adaptasi Psikososial

Indikator	Item	Favorable	Unfavorable	Total
<i>Sosial and leisure activities</i>	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	1, 2, 3, 5, 6, 7	4, 8	8
<i>Job and household duties</i>	9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17	9, 11, 15, 16, 17	10, 12, 13, 14	9
<i>Psychological distress</i>	18, 19, 20, 21, 22, 23, 24	19, 22, 24, 20	18, 21, 23	7
<i>Relationship with pathner and family</i>	25, 26, 27, 28, 29, 30	25, 26, 27, 28, 29, 30	-	6
<i>Health care orientation</i>	31, 32, 33, 34, 35, 36	31, 32, 33, 34, 35, 36	-	6
Total				36

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Wilayah Kerja Jember. Waktu pelaksanaan penelitian (pengumpulan data) dilaksanakan pada bulan Januari – Maret 2018.

4.7 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2016).

Langkah – langkah dalam pengumpulan data antara lain:

1. Tahap persiapan

- 1) Peneliti mengajukan uji kelayakan etik proposal tesis yang telah disetujui dosen penguji kepada KEPK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- 2) Tahap sebelum memulai penelitian dengan mengurus surat izin penelitian kepada kepala Puskesmas Rambipuji dan Puskesmas Sumbersari Jember yang sebelumnya meminta surat dari Bakesbangpol Jember dan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
- 3) Proses jawaban dari surat pengambilan data diterima, kemudian peneliti menemui kepala bagian terkait dengan penelitian untuk mendapatkan keterangan secara teknis penelitian. Peneliti memberikan penjelasan dan menyerahkan proposal penelitian.
- 4) Peneliti melakukan seleksi untuk menetapkan responden yang memenuhi kriteriadengan membuat sampling frame sesuai daftar nama klien TB yang ada pada buku kuning pengobatan pasien TB.
- 5) Peneliti membuat *sampling frame* sesuai daftar nama klien TB yang ada pada buku kuning pengobatan pasien TB.
- 6) Peneliti mengambil sampel secara acak nama klien sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.
- 7) Setelah didapatkan nama-nama klien peneliti memvalidasi kembali dengan menanyakan kesesuaian responden dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

- 8) Peneliti mengundi ulang secara acak bila ditemukan responden yang tidak sesuai dengan kriteria penelitian
- 9) Peneliti menyiapkan surat persetujuan (*inform consent*) untuk responden yang menyetujui dan bersedia menandatangani surat persetujuan (*inform consent*).
- 10) Peneliti melakukan pengumpulan data bulan Februari sampai Maret 2018 yang dilakukan di Puskesmas Rambipuji dan Puskesmas Summersari dengan menggunakan kuesioner.
- 11) Peneliti membagikan kuesioner kepada responden
- 12) Pengisian kuesioner membutuhkan waktu 60 menit dan peneliti mendampingi responden sampai selesai mengisi kuesioner, dan mengumpulkan kembali kuesioner yang telah diisi partisipan.
- 13) Peneliti melakukan wawancara yang terkait dengan kuesioner untuk memvalidasi dari beberapa pertanyaan kuesioner.
- 14) Data yang telah terkumpul selanjutnya, peneliti melakukan analisis dan menghubungkan antar variabel.
- 15) Hasil analisa data yang didapat dari perhitungan skor kuesioner dideskripsikan dalam frekuensi, dan persentase.

4.8 Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian diperlukan untuk hasil pengukuran dari instrumen yang memiliki makna yang kuat sehingga dinyatakan sah dan andal (Arikunto 2010). Uji validitas dan reliabilitas dalam penelitian ini, akan dilakukan ditempat yang memiliki karakter yang sama di tempat penelitian. Peneliti menggunakan tempat di Puskesmas Ajung Jember. Reliabilitas instrumen penelitian dilaksanakan uji coba terhadap 15 responden dengan tingkat kepercayaan sebesar 95%.

4.8.1 Uji Validitas

Uji validitas adalah ukuran yang menunjukkan sejauh mana pertanyaan pengukur mampu mengukur sesuatu yang ingin diukur. Uji validitas untuk mengetahui apakah item pertanyaan mempunyai kemampuan mengukur apa yang akan diukur oleh peneliti. Uji validitas instrumen pengumpulan data menggunakan *Pearson Product Moment* (r) dengan membandingkan antara skor nilai setiap item pertanyaan dengan skor total pertanyaan. Dasar pengambilan keputusan adalah valid jika r hitung $>$ r tabel dan tidak valid jika r hitung $<$ r table (Riwidikdo, 2007). Hasil uji instrumen menunjukkan bahwa koefisien korelasi lebih dari r tabel sebesar 0,514 ($df = 13; \alpha = 5\%$). yang dapat dilihat pada kolom "*Corrected Item-Total Correlation*".

1. Instrumen Pengetahuan

Kuesioner pengetahuan terdiri dari 10 pertanyaan. Setelah dilakukan uji validitas didapatkan 10 pertanyaan memiliki nilai r hitung $>$ r tabel (0,514) yang berarti item pertanyaan tersebut adalah valid (Makhfudli, 2010).

2. Instrumen Harapan

Kuesioner harapan terdiri dari 12 pertanyaan. Setelah dilakukan uji validitas didapatkan 10 pertanyaan memiliki nilai r hitung $>$ r tabel (0,514) yang berarti item pertanyaan tersebut adalah valid, sedangkan 2 pertanyaan yang lain memiliki nilai r hitung $<$ r tabel (0,514) pada item pertanyaan no.10 (r hitung = 0,344), no.11 (r hitung = 0,142), yang berarti item pertanyaan tersebut tidak valid sehingga peneliti mengeluarkan 2 item pertanyaan tersebut dengan pertimbangan bahwa 2 item tersebut sudah terwakili oleh pertanyaan yang lainnya pada indikator yang sama.

3. Instrumen stigma

Kuesioner stigma terdiri dari 16 pertanyaan. Setelah dilakukan uji validitas didapatkan 11 pertanyaan memiliki nilai r hitung $>$ r tabel (0,514) yang berarti item pertanyaan tersebut adalah valid, sedangkan 5 pertanyaan yang lain memiliki nilai r hitung $<$ r tabel (0,514) pada item pertanyaan no.2 (r hitung = 0,308), no.7 (r hitung = 0,507), no.12 (r hitung = 0,210), no.15 (r hitung = 0,202), no.16 (r hitung = 0,189) yang berarti item pertanyaan tersebut tidak valid sehingga peneliti mengeluarkan 5 item pertanyaan tersebut dengan pertimbangan bahwa 5 item tersebut sudah terwakili oleh pertanyaan yang lainnya pada indikator yang sama.

4. Instrumen Komunikasi

Kuesioner dukungan keluarga terdiri dari 5 pertanyaan. Setelah dilakukan uji validitas didapatkan 5 pertanyaan memiliki nilai r hitung $>$ r tabel (0,514) yang berarti item pertanyaan tersebut adalah valid.

5. Instrumen Dukungan Keluarga

Kuesioner dukungan keluarga terdiri dari 20 pertanyaan. Setelah dilakukan uji validitas didapatkan 16 pertanyaan memiliki nilai r hitung $>$ r tabel (0,514) yang berarti item pertanyaan tersebut adalah valid, sedangkan 4 pertanyaan yang lain memiliki nilai r hitung $<$ r tabel (0,514) pada item pertanyaan no.2 (r hitung = 0,253), no.6 (r hitung = 0,475), no.15 (r hitung = 0,420), no.19 (r hitung = 0,420) yang berarti item pertanyaan tersebut tidak valid sehingga peneliti mengeluarkan 3 item pertanyaan tersebut dengan pertimbangan bahwa 3 item tersebut sudah terwakili oleh pertanyaan yang lainnya pada indikator yang sama.

6. Instrumen *uncertainty*

Kuesioner *uncertainty* terdiri dari 18 pertanyaan. Setelah dilakukan uji validitas didapatkan 10 pertanyaan memiliki nilai r hitung $>$ r tabel (0,514) yang berarti item pertanyaan tersebut adalah valid, sedangkan 8 pertanyaan yang lain memiliki nilai r hitung $<$ r tabel (0,514) pada item pertanyaan no.5 (r hitung = 0,102), no.6 (r hitung = 0,308), no.7 (r hitung = 0,018), no.10 (r hitung = 0,217), no.11 (r hitung = 0,320), no.13 (r hitung = 0,289), dan no.15 (r hitung = 0,421), no.18 (r hitung = 0,372) yang berarti item pertanyaan tersebut tidak valid sehingga peneliti mengeluarkan 8 item pertanyaan tersebut dengan pertimbangan bahwa 8 item tersebut sudah terwakili oleh pertanyaan yang lainnya pada indikator yang sama.

7. Instrumen Koping

Kuesioner koping terdiri dari 21 pertanyaan. Setelah dilakukan uji validitas didapatkan 14 pertanyaan memiliki nilai r hitung $>$ r tabel (0,514) yang berarti item pertanyaan tersebut adalah valid, sedangkan 7 pertanyaan yang lain memiliki nilai r hitung $<$ r tabel (0,514) pada item pertanyaan no.5 (r hitung = 0, 017), no.6 (r hitung = 0,387), no.10 (r hitung = 0,010), no.11 (r hitung = 0,010), no.15 (r hitung = 0, 320), no.19 (r hitung = 0,281), no.20 (r hitung = 0, 281) yang berarti item pertanyaan tersebut tidak valid sehingga peneliti mengeluarkan 7 item pertanyaan tersebut dengan pertimbangan bahwa 7 item tersebut sudah terwakili oleh pertanyaan yang lainnya pada indikator yang sama.

8. Instrumen Adaptasi psikososial

Kuesioner koping terdiri dari 36 pertanyaan. Setelah dilakukan uji validitas didapatkan 24 pertanyaan memiliki nilai r hitung $>$ r tabel (0,514) yang berarti item pertanyaan tersebut adalah valid, sedangkan 12 pertanyaan yang lain memiliki nilai r hitung $<$ r tabel (0,514) pada item pertanyaan no.5 (r hitung = 0, 450), no.7 (r hitung = 0,224), no.8 (r hitung = 0,319), no.11 (r hitung = 0,326), no.12 (r hitung = 0, 145), no.14 (r hitung = 0,450), no.16 (r hitung = 0, 450), no.19 (r hitung = 0, 118), no.21 (r hitung = 0,326), dan no.26 (r hitung = 0,293), no.35 (r hitung = 0, 416), no.36 (r hitung = 0, 481), yang berarti item pertanyaan tersebut tidak valid sehingga peneliti mengeluarkan 12 item pertanyaan tersebut dengan pertimbangan bahwa 12 item tersebut sudah terwakili oleh pertanyaan yang lainnya pada indikator yang sama.

4.8.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat diandalkan (Notoadmojo, 2010). Uji reliabilitas dilakukan untuk melihat sejauh mana kemampuan suatu instrument mempunyai keterpercayaan, keterandalan, konsistensi, dan dapat digunakan secara berulang (Syarifudin, 2010). Item pertanyaan pada kuesioner diuji dengan rumus Alpha Cronbach.

Item dikatakan reliabel jika nilai r alpha lebih besar dari nilai r table (Notoadmojo, 2010).

Tabel 4.10 Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner Penelitian Model Adaptasi psikososial

Variabel	Alfa Cronbach	Kesimpulan
Pengetahuan	0,972	Reliabel
Harapan	0,902	Reliabel
Stigma	0,922	Reliabel
Komunikasi	0,975	Reliabel
Dukungan keluarga	0,927	Reliabel
Uncertainty	0,630	Reliabel
Koping	0,889	Reliabel
Adaptasi psikososial	0,960	Reliabel

4.9 Cara Pengolahan dan Analisis Data

1. Analisis deskriptif

Analisis deskriptif dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi dari masing-masing variabel dalam bentuk kategori dan menghasilkan data berupa persentasi. Analisis deskriptif juga ditujukan untuk menggambarkan persepsi responden terhadap indikator yang merefleksikan variabel penelitian, berdasarkan kecenderungan tanggapan responden terhadap butir pertanyaan dalam instrument penelitian.

2. Analisis inferensial

Analisis inferensial digunakan untuk menguji hipotesis yang diusulkan dalam penelitian ini. Uji yang digunakan menggunakan *Partial Least Square* (PLS) yaitu salah satu teknik *Structural Equation Modelling* (SEM) yang mampu menganalisis variabel laten, variabel indikator dan kesalahan pengukuran secara langsung.

Partial Least Square (PLS) merupakan metode analisis yang powerful karena dapat diterapkan pada semua skala data (nominal, ordinal), tidak banyak membutuhkan asumsi dan ukuran sampel tidak harus besar. Selain dapat digunakan untuk mengkonfirmasi teori, *Partial Least Square* (PLS) juga dapat digunakan untuk membangun hubungan yang belum ada landasan teorinya atau untuk menguji proposisi (Wiyono, 2011). Unit yang diteliti dalam penelitian ini adalah klien TB Paru di Puskesmas wilayah kerja Jember.

Evaluasi model terdiri dari:

1. Evaluasi model pengukuran (*outer model*) dengan indikator reflektif. Model dievaluasi berdasarkan hasil validitas dan reliabilitas indikator.

1) *Convergen validity*

Korelasi *antara* skor indikator reflektif dengan skor variabel latennya.

Indikator dikatakan memenuhi *convergent validity* jika memiliki *outer loading* $> 0,5$.

2) *Composite reliability*

Kelompok indikator yang mengukur sebuah variabel memiliki *composite reliability* yang baik jika memiliki nilai $> 0,7$, walaupun bukan merupakan indikator absolute.

3) *Average variance extracted (AVE)*

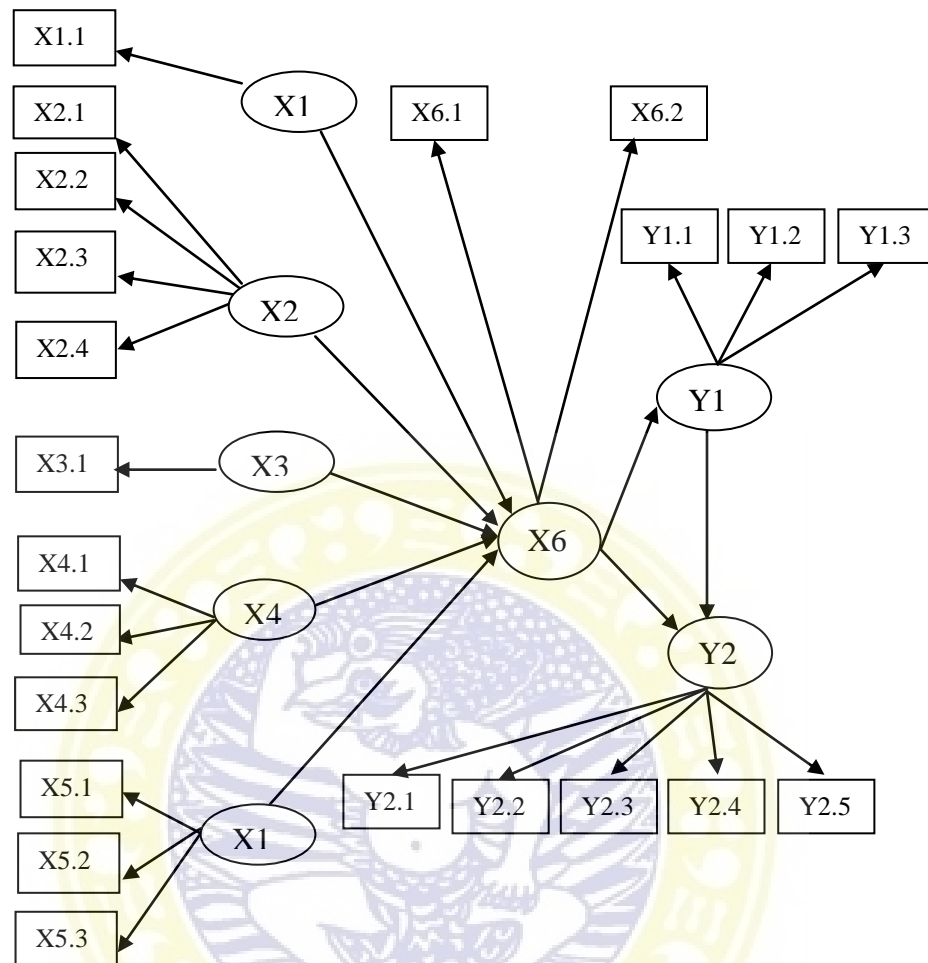
Nilai AVE harus diatas 0,5

4) *Discriminant validity*

Nilai korelasi *across loading* dengan variabel latennya harus lebih besar dibandingkan dengan korelasi terhadap variabel laten lain.

2. Evaluasi model struktural (*inner model*)

Evaluasi inner model bertujuan untuk mengetahui besarnya pengaruh atau hubungan kausalitas antar variabel-variabel di dalam penelitian yaitu dengan mendapatkan *R square* atau koefisien determinasi yang merupakan sebuah nilai yang menjelaskan tentang ukuran kebaikan model atau besarnya pengaruh-pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat serta nilai Q² atau relevansi prediksi. Apabila diperoleh nilai Q² lebih dari 2 dan mendekati 1, hal tersebut memberikan bukti bahwa model memiliki *predictive relevance* namun apabila diperoleh Q² dibawah nol maka terbukti bahwa model tidak memiliki *predictive relevance*. Pada penelitian ini akan dilakukan pada semua variabel penelitian dengan membuat distribusi frekuensi berdasarkan kategori masing-masing variabel dan deskripsi kategori dengan pendekatan analisis baris, kolom, tabulasi silang. Analisis univariat pada umumnya ini akan menghasilkan distribusidan presentase dari tiap variabel (Martini, 2007)

Gambar 4.2 *Measurement Model*

Keterangan:

X1 : Kognitif
 X1.1 : Pengetahuan
 X2 : Biofisik
 X2.1 : Usia
 X2.2 : Jenis kelamin
 X2.3 : Status Perkawinan
 X2.4 : Lama pengobatan
 X3 : Psikologis
 X3.1 : Harapan
 X4 : Sosial
 X4.1 : Suku
 X4.2 : *Felt* stigma
 X4.4 : Pekerjaan
 X5 : Penyedia Struktur
 X5.1 : Komunikasi
 X5.2 : Dukungan keluarga
 X5.3 : Pendidikan

X6 : *Uncertainty*
 X6.1 Ambiguitas
 X6.2 Kompleksitas
 Y1 : Koping
 Y1.1 *Problem Focus*
 Y1.2 *Cognitive focus*
 Y1.3 *Emotion focus*
 Y2 : Adaptasi psikososial
 Y2.1 Sosial and leisure activities
 Y2.2 Job and household duties
 Y2.3 Pshychological distress
 Y2.4 relationship with family
 Y2.5 Health care orientation

4.10 Etika Penelitian

Penelitian ini telah lolos untuk kaji etik yang dilakukan oleh Komisi Etik Penelitian Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dengan nomor 646-KEPK tertanggal Februari 2018. Etika penelitian terdiri dari:

1. Menghormati harkat martabat manusia (*Respect for persons*)

Penghormatan terhadap martabat manusia sebagai pribadi yang bebas berkehendak, memiliki dan sekaligus bertanggung jawab secara pribadi terhadap keputusannya sendiri (Pudji Rahaju, 2015). Peneliti dalam melakukan penelitian akan menghormati otonomi klien dengan memberikan *informed consent*. *Informed consent* adalah proses pemberian informasi oleh peneliti kepada subjek penelitian yang meliputi hak dan kewajiban responden selama dilakukan penelitian. Tujuan dari *informed consent* untuk meminta persetujuan pada masing-masing subjek penelitian apakah berpartisipasi atau tidak dalam suatu penelitian. (Brockopp dan Tolsma, 2000). Jika responden bersedia diteliti maka dianjurkan menandatangani lembar persetujuan pada penelitian ini, sedangkan jika responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak-hak responden;

2. Berbuat baik dan tidak merugikan (*Beneficence and non-maleficence*)

Peneliti harus memperhitungkan manfaat dan kerugian (*balancing harms and benefits*) yang ditimbulkan dari penelitian yang dilakukan kepada responden. Penelitian yang dilakukan harus memiliki manfaat yang maksimal khususnya bagi responden, dan meminimalisasi dampak yang merugikan bagi responden (Notoatmodjo, 2010). Peneliti akan melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur yang dianjurkan sehingga tidak membahayakan responden;

15. Keadilan (*Justice*)

Responden atau subjek penelitian harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama, dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian (Nursalam, 2009). Setiap responden harus diperlakukan secara adil tanpa diskriminasi baik status, haknya sebagai responden, manfaat yang diperoleh, keanonimitas, dan kerahasiaan.

BAB 5**HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN**

Pada bab ini akan disajikan gambaran umum lokasi penelitian, hasil penelitian dan analisis hasil penelitian model adaptasi psikososial di Puskesmas Wilayah Kerja Jember. Hasil penelitian ini menjelaskan hasil dari analisis deskriptif dan analisis inferensial.

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas wilayah kerja Jember yang digunakan pada penelitian ini meliputi Puskesmas Sumbersari dan Puskesmas Rambipuji. Puskesmas Sumbersari merupakan Puskesmas yang terletak pada pusat kota Kabupaten Jember sehingga Puskesmas ini mendapat julukan sebagai Puskesmas perkotaan. Puskesmas Sumbersari Jember merupakan puskesmas yang memberikan pelayanan yang diberikan Puskesmas Sumbersari Jember kepada masyarakat umum salah satunya adalah Pelayanan rawat inap dan pelayanan rawat jalan terdiri dari beberapa poli : Poli Umum, Poli Paru, Poli lansia, Poli KIA, Poli gigi. Tahun 2007 Puskesmas Sumbersari terpilih sebagai Puskesmas percontohan dengan standart mutu pelayanan ISO 9001:2000 se-Kabupaten Jember. Puskesmas Rambipuji Jember merupakan puskesmas yang memiliki poli paru Pelayanan yang diberikan Puskesmas Sumbersari Jember kepada masyarakat umum salah satunya adalah Pelayanan rawat inap dan pelayanan rawat jalan terdiri dari beberapa poli : Poli Umum, Poli Paru, Poli lansia, Poli KIA, Poli gigi.

5.2 Hasil Penelitian Deskriptif

5.2.1 Kognitif

Tabel 5.1 Distribusi Komponen Kognitif (tingkat pengetahuan) pada Pasien TB di Puskesmas Wilayah Kerja Jember bulan Februari- Maret 2018

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
Tingkat pengetahuan		
Kurang	7	7%
Cukup dan Baik	93	93%
Total	100	100%

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan cukup yaitu sebesar 93 responden (93%).

Peneliti mendapatkan data tambahan dari hasil wawancara yang telah dilakukan terhadap klien TB. Klien TB menyatakan bahwa mereka terbiasa memakai masker ketika berkumpul dengan anggota keluarga karena takut menularkan penyakit pada keluarga, akan tetapi klien merasa malu memakai masker bila berada diluar rumah karena takut dijauhi dan dikucilkan masyarakat. Beberapa klien sudah mengetahui bahwa mencegah penularan TB dengan memakai alat makan yang saya gunakan harus tersendiri karena penyakit TB bisa menularkan lewat penggunaan alat makan bersama-sama.

5.2.2 Biofisik

Tabel 5.2 Distribusi Komponen Biofisik (Usia, Jenis Kelamin, Status Pernikahan, Lama Pengobatan) pada Pasien TB di Puskesmas Wilayah Kerja Jember Februari- Maret 2018

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
a. Usia		
21-26 tahun	16	16
27-32 tahun	9	9
33-38 tahun	15	15
39-44 tahun	12	12
45-50 tahun	15	15
51-56 tahun	7	7
57-60 tahun	26	26
Total	100	100%

b. Jenis kelamin		
Perempuan	45	45
Laki-laki	55	55
Total	100	100%
c. Status Pernikahan		
Belum menikah	14	14
Menikah	86	86
Total	100	100%
d. Lama pengobatan		
< 1 bulan	70	70
1 bulan	30	30
Total	100	100%

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa usia responden sebagian besar berada pada rentang usia 57-60 tahun sebanyak 26 responden (26%). Jenis kelamin sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki yaitu sebesar 55 responden (55%) dan perempuan sebanyak 45 (45%). Status pernikahan responden sebagian besar menikah sebesar 86 (86%). Lama pengobatan pasien sebagian besar <1 bulan sebesar 70 (70%).

5.2.3 Psikologis

Tabel 5.3 Distribusi Komponen Psikologis (Harapan) pada Pasien TB di Puskesmas Wilayah Kerja Jember Februari- Maret 2018

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
Harapan		
Tinggi	55	55
Rendah	45	45
Total	100	100%

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan bahwa harapan responden sebagian besar baik sebanyak 55 responden (55%) dan rendah sebanyak 45 responden (45%).

Peneliti mendapatkan data tambahan dari hasil wawancara antara peneliti dan responden. Klien TB menyatakan bahwa merasa yakin akan sembuh karena saya sudah menjalani pengobatan pada tenaga kesehatan professional dan saya bisa kembali mengikuti kembali kegiatan dimasyarakat.

5.2.4 Sosial

Tabel 5.4 Distribusi Komponen Sosial (Suku, Stigma, Pekerjaan) pada Pasien TB di Puskesmas Wilayah Kerja Jember Februari- Maret 2018

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
a. Suku		
Jawa	56	56
Madura	44	44
Total	100	100%
b. Stigma		
Rendah	14	14
Tinggi	86	86
Total	100	100%
c. Pekerjaan		
Tidak bekerja	41	41
PNS/ swasta	4	4
Wiraswasta	49	49
Buruh	6	6
Total	100	100%

Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan bahwa suku responden sebagian besar suku Jawa sebanyak 56 responden (56%). Stigma sebagian besar tinggi yaitu sebesar 86 responden (86%). Pekerjaan responden sebagian besar wiraswasta sebesar 49 (49%).

Data tambahan berupa pernyataan klien dengan peneliti saat pengumpulan data bahwa klien TB merasa dikucilkan pada saat masyarakat mengetahui penyakit TB yang diderita saat ini, dan sebagian klien mengungkapkan sejak didiagnosis penyakit TB klien merasa malu karena harus memakai masker ketika berinteraksi dengan lingkungan sekitar dan akhirnya klien memutuskan untuk diam dirumah saja daripada harus dijauhi orang lain. Klien mengungkapkan cenderung menyembunyikan penyakitnya terutama dimasyarakat karena karena klien merasa malu mempunyai penyakit menular dan takut kehilangan pekerjaannya.

5.2.5 Penyedia struktur

Tabel 5.5 Distribusi Komponen Penyedia Struktur (Komunikasi, Dukungan Sosial, dan Pendidikan) pada Pasien TB di Puskesmas Wilayah Kerja Jember Februari- Maret 2018

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
a. Komunikasi		
Baik	47	47
Kurang	53	53
Total	100	100%
b. Dukungan keluarga		
Baik	64	64
Kurang	36	36
Total	100	100%
c. Pendidikan		
Tidak sekolah	3	41
SD	27	4
SMP	36	49
SMA	29	6
PT	5	
Total	100	100%

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwa komunikasi sebagian besar berada kategori kurang sebanyak 53 (53%) dan baik sebesar 47(47%). Dukungan keluarga sebagian besar baik yaitu sebesar 64 responden (64%). Pendidikan responden sebagian besar SMP sebesar 36 (36%).

Data tambahan berupa hasil wawancara antara peneliti dan responden menunjukkan adanya komunikasi yang rendah dan dukungan sosial yang baik dapat menaurunkan kekhawatiran tentang kondisi penyakit yang diderita sehingga dapat menurunkan *uncertainty* dan dapat meningkatkan coping adaptasi psikososial. Berdasarkan hasil wawancara klien menyatakan dukungan keluarga baik. Hal ini, dibuktikan bahwa saat klien melakukan kunjungan pengobatan keluarga mendampingi klien untuk melakukan kunjungan pengobatan. Selain itu, klien juga mengatakan bahwa keluarganya juga memberika dukungan emosial misalnya, mengingatkan minum obat, memakai masker ketika berinteraksi dengan orang lain, dan keluarga juga selalu menjenguk ketika dirinya sakit.

Peneliti juga mendapatkan data berupa pernyataan klien bahwa komunikasi kurang dengan petugas kesehatan disebabkan klien kurang memahami apa yang disampaikan terkait informasi penyakit TB dan pengobatannya karena jumlah pasien yang banyak serta ada beberapa klien yang mengalami keterbatasan dalam komunikasi menggunakan bahasa Indonesia sehingga apa yang disampaikan tenaga kesehatan kurang dipahami secara maksimal oleh klien TB.

5.2.6 *Uncertainty*, koping, dan adaptasi psikososial

Tabel 5.6 Distribusi Komponen *uncertainty*, koping, dan adaptasi psikososial pada Pasien TB di Puskesmas Wilayah Kerja Jember Februari-Maret 2018

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
a. <i>Uncertainty</i>		
Baik	58	58
Kurang	42	42
Total	100	100%
b. Koping		
Tinggi	0	0
Rendah	31	31
Sedang	69	69
Total	100	100%
c. Adaptasi Psikososial		
Baik	60	60
Kurang	40	40
Total	100	100%

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan bahwa *uncertainty* sebagian besar berada kategori baik sebesar 58 (58%) dan kurang sebanyak 42 (42%). Koping sebagian besar sedang yaitu sebesar 69 responden (69%). Adaptasi Psikososial baik sebagian baik sebesar 60 (60%).

Peneliti mendapatkan data tambahan yaitu berupa pernyataan dalam mengatasi suatu masalah. Klien mengalami *uncertainty* saat awal mula terdiagnosis TB dan harus menjalani pengobatan selama 6 bulan. Hal ini, membuat klien TB bingung dan khawatir terhadap kondisinya karena diwajibkan memakai masker saat interaksi dengan orang lain. Klien TB mencari dukungan keluarga untuk membantu proses penyembuhan dan kekhawatiran klien seperti, memberikan dukungan emosional pada klien misalnya perhatian dan kasih sayang, serta melakukan mendampingi saat melakukan kunjungan pengobatan. Klien mengatakan keluarga menjadi sumber penguatan dalam mengatasi segala permasalahan yang dialami klien dalam menjalani pengobatan.

Peneliti mendapatkan data lainnya yaitu status perkawinan berkaitan pasangan sebagai sumber dukungan sosial dalam menurunkan *uncertainty* sehingga dapat meningkatkan kemampuan adaptasi psikososial. Klien TB menyatakan bahwa merasa menjadi orang yang paling bahagia karena beruntung memiliki pasangan suami/istri sangat perhatian dan mendampingi saat melakukan pengobatan yang dijalani. Perbedaan pendapat terjadi pada klien TB yang sudah tidak mempunyai pasangan menyatakan bahwa merasa sedih karena usia yang senja sudah hidup sendiri karena pasangan sudah lama tiada dan anak - anak sudah berpisah dengannya sehingga ketika dirinya sedang sakit tidak ada keluarga yang datang menjenguk karena penyakit ini menular dan membutuhkan pengobatan yang lama.

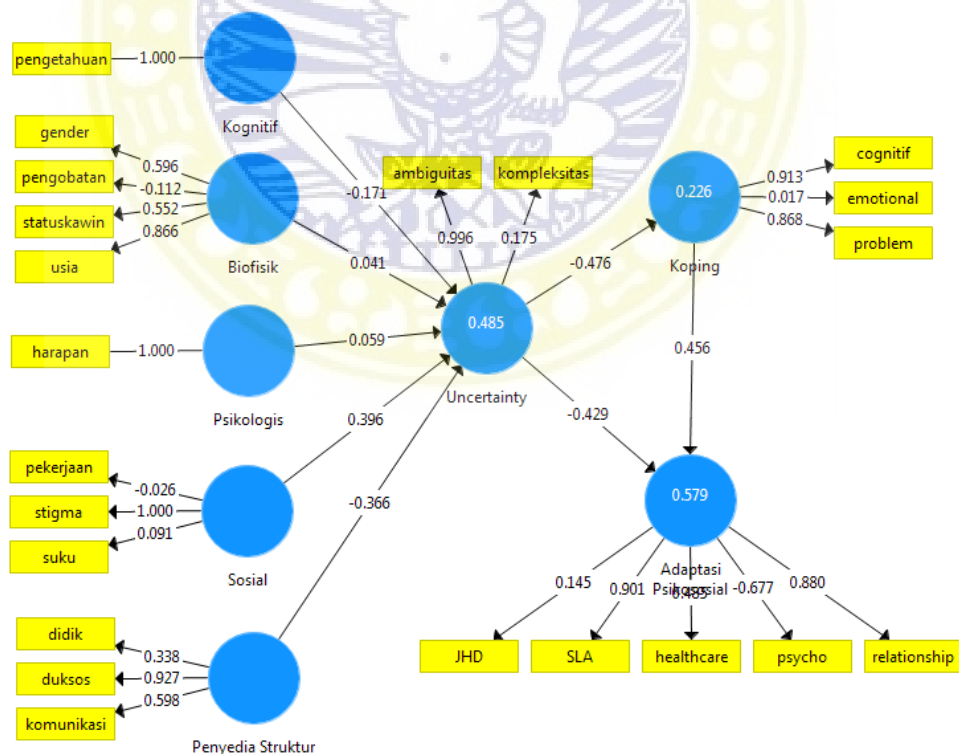
5.3 Hasil Penelitian Analisis Inferensial

5.3.1 Pengujian hipotesis

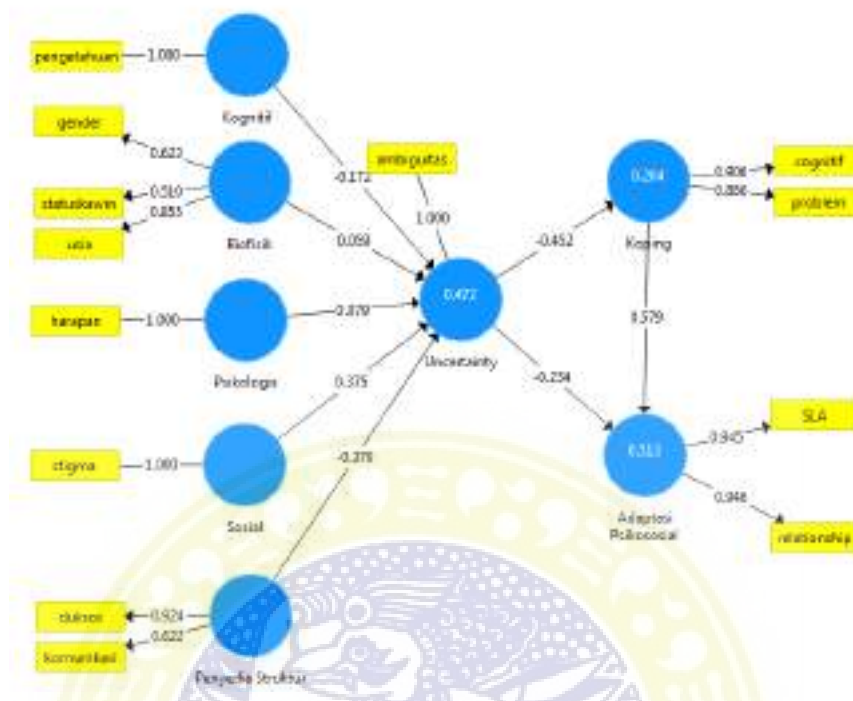
5.3.1.1 Pengujian measurement (outer) model

1. Uji validitas (*convergent validity*)

Evaluasi awal model pengukuran bersifat reflektif yaitu *convergent validity* dan *discriminant validity*. Evaluasi *convergent validity* dimulai dengan melihat item *reliability* (indikator validitas) yang ditunjukkan dengan nilai loading faktor (*outer loading*). Indikator dikatakan memenuhi *convergent validity* jika memiliki outer loading $>0,5$. Pada penelitian ini nilai *convergent validity* dapat dilihat pada gambar dan tabel berikut:



Gambar 5.1 Path model dan nilai outer loading pada model adaptasi psikososial



Gambar 5.2 Model Path 2 dan nilai outer loading pada model adaptasi psikososial. Nilai outer loading untuk sebagian besar indikator baik dari indikator untuk variabel laten seperti faktor kognitif dan faktor psikologis. Faktor biofisik, faktor sosial, penyedia struktur, *uncertainty* ada beberapa indikator yang tidak valid, hal ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.7 Hasil Convergent Validity Model Adaptasi Psikososial

No	Variabel	Sub variabel	Outer Loading	Keterangan
1	Kognitif (X1)	X1.1 : Pengetahuan	1,000	Valid
2	Biofisik (X2)	X2.1 : Usia	0,866	Valid
		X2.2 : Jenis kelamin	0,596	Valid
		X2.3: Status Perkawinan	0,552	Valid
		X2.4 : Lama pengobatan	-0,112	Tidak valid
3	Psikologis (X3)	X3.1 : Harapan	1,000	Valid
4	Sosial (X4)	X4.1 : Suku	0,091	Tidak valid
		X4.2 : <i>Felt</i> stigma	1,000	Valid
		X4.4 : Pekerjaan	-0,026	Tidak valid
5	Penyedia Struktur (X5)	X5.1 : Komunikasi	0,598	Valid
		X5.2 : Dukungan keluarga	0,927	Valid
		X5.3 : Pendidikan	0,338	Tidak Valid
6	Uncertainty (X6)	X6.1 Ambiguitas	0,966	Valid
		X6.2 Kompleksitas	0,175	Tidak valid

Berdasarkan tabel 5.7 dapat diketahui bahwa terdapat beberapa indikator yang tidak valid yaitu lama pengobatan, pendidikan, suku, pekerjaan, dan kompleksitas. Indikator yang tidak valid tersebut dapat direduksi karena nilai *outer loading* <0,5. Indikator dengan nilai *outer loading* >0,5 menunjukkan bahwa indikator tersebut di dalam struktural telah memenuhi uji validitas.

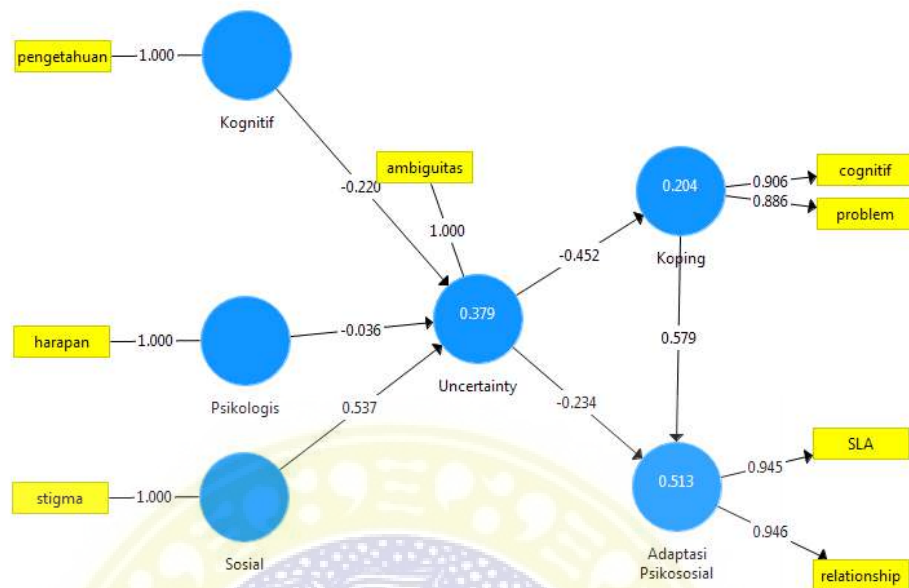
2. Uji reliabilitas

Composite reliability menguji nilai reliabilitas indikator pada suatu konstruk. Suatu konstruk atau variabel dikatakan memenuhi uji reliabilitas jika memiliki nilai *composite reliability* dan nilai *cronbachs alpha* >0,7.

Tabel 5.8 Hasil *Average Variance Extracted (AVE)*, *Composite reliability*, dan *Cronbachs alpha* Model Adaptasi Psikososial

No	Variabel	AVE	<i>Composite reliability</i>	<i>Cronbachs alpha</i>	Keterangan
1	Kognitif (X1)	1,000	1,000	1,000	Reliabel
2	Biofisik (X2)	0,460	0,709	0,522	Tidak Reliabel
3	Psikologis (X3)	1,000	1,000	1,000	Reliabel
4	Sosial (X4)	1,000	1,000	1,000	Reliabel
5	Penyedia Struktur (X5)	0,621	0,759	0,432	Tidak Reliabel
6	Uncertainty (X6)	1,000	1,000	1,000	Reliabel

Berdasarkan tabel 5.8 nilai *composite reliability* dan *cronbachs alpha* variabel laten (faktor biofisik dan penyedia struktur) tidak memenuhi uji reliabilitas karena nilai *composite reliability* dan *cronbachs alpha* menunjukkan < 0,7.



Gambar 5.3 Model Akhir dan nilai outer loading pada model adaptasi psikososial

Pemeriksaan selanjutnya dari *convergent validity* adalah *nilai average variance extracted (AVE)*. Nilai AVE diatas 0,5 sangat direkomendasikan. Berdasarkan tabel diatas, nilai AVE untuk konstruk atau variabel laten adalah diatas <0,5 variabel biofisik dan variabel penyedia struktur tidak direkomendasikan. Evaluasi *discriminant validity* dimulai dengan melihat cross loadings. Nilai *cross loadings* menunjukkan besarnya korelasi antara setiap konstruk atau variabel laten dengan indikatornya dan indikator dari konstruk blok lainnya. Suatu model pengukuran memiliki *discriminant validity* yang baik bila korelasi antar konstruk dengan indikatornya lebih tinggi daripada korelasi dengan indikator dari kontrak blok lainnya.

Tabel 5.9 Hasil *Cross Loadings* Model Adaptasi Psikososial

	Adaptasi Psikososial	Kognitif	Koping	Psikologis	Sosial	Uncertainty
SLA	0,945	-0,000	0,630	0,427	-0,633	-0,507
Ambiguitas	-0,496	-0,272	-0,452	-0,311	0,573	1,000
Cognitive focus	0,632	-0,033	0,906	0,222	-0,339	-0,435
Harapan	0,455	0,106	0,287	1,000	-0,469	-0,311
Pengetahuan	-0,044	1,000	-0,021	0,106	-0,090	-0,272
Problem focus	0,594	-0,004	0,886	0,295	-0,314	-0,373
Relationship	0,946	-0,083	0,666	0,434	-0,502	-0,432
Stigma	-0,600	-0,090	-0,365	-0,469	1,000	0,573

Berdasarkan tabel 5.9 menunjukkan bahwa sebagian besar indikator dalam setiap komponen kontrak berkorelasi lebih tinggi dengan masing-masing kontraknya. Setelah pemeriksaan *convergent validity* dan *discriminant validity* terpenuhi, selanjutnya adalah melakukan evaluasi model struktural (*inner*) model.

5.3.1.2 Pengujian model struktural (*inner*) model

Evaluasi *inner* model bertujuan untuk mengetahui besarnya pengaruh atau hubungan kausalitas antar variabel-variabel di dalam penelitian atau menguji hipotesis penelitian. Hipotesis penelitian dapat diterima jika nilai t hitung $>$ t tabel dengan α 5% yang ditunjukkan oleh nilai t statistik $>$ 1,6 (Sofyan Yamin & Heri K., 2011). Selanjutnya melakukan pengujian R square atau koefisien determinasi yang merupakan sebuah nilai yang menjelaskan tentang ukuran kebaikan model atau besarnya pengaruh pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat serta nilai Q2 atau relevansi prediksi. Nilai koefisien jalur dan nilai t hitung pada *inner* model disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 5.10 Hasil Uji Hipotesis Model Adaptasi Psikososial

Variabel	Original Sampel (0)	T Statistic	Keterangan
Pengaruh faktor kognitif (X1) terhadap <i>uncertainty</i> (X6)	-0,220	2,686	Ada pengaruh signifikan kognitif terhadap <i>uncertainty</i>
Pengaruh faktor koping (Y1) terhadap adaptasi psikososial (Y2)	0,579	7,911	Ada pengaruh signifikan koping terhadap adaptasi psikososial
Pengaruh faktor psikologis (harapan) (X4.2) terhadap <i>uncertainty</i> (X6)	-0,036	0,418	Tidak ada pengaruh signifikan faktor psikologis terhadap <i>uncertainty</i>
Pengaruh faktor sosial (stigma) (X4.2) terhadap <i>uncertainty</i> (X6)	0,537	7,496	Ada pengaruh signifikan faktor sosial terhadap <i>uncertainty</i>
Pengaruh <i>uncertainty</i> (X6) terhadap adaptasi psikososial (Y2)	-0,234	2,616	Ada pengaruh signifikan <i>uncertainty</i> terhadap adaptasi psikososial
Pengaruh <i>uncertainty</i> (X6) terhadap koping (Y1)	-0,452	5,572	Ada pengaruh signifikan <i>uncertainty</i> terhadap koping

Berdasarkan tabel 5.10 menunjukkan bahwa faktor kognitif (t statistic 2,686 >1,6), faktor sosial (t statistik 7,496 >1,6), dan faktor *uncertainty* terhadap adaptasi psikososial (t statistik 2,616 >1,6), faktor *uncertainty* terhadap koping (t statistik 5,572 >1,6), dan faktor koping terhadap adaptasi psikososial (t statistik 7,911 >1,6), sehingga faktor kognitif dan faktor sosial, memiliki pengaruh positif yang signifikan terhadap faktor *uncertainty*. Faktor *uncertainty*, faktor koping memiliki pengaruh positif yang signifikan terhadap kemampuan koping dan adaptasi psikososial klien TB. Faktor Psikologis tidak memiliki pengaruh positif yang signifikan terhadap *uncertainty* (t statistik 0,418 <1,6). Besarnya pengaruh hubungan antar konstruk atau variabel laten ditunjukkan oleh nilai koefisien jalurnya, faktor sosial memiliki pengaruh positif yang signifikan terhadap *uncertainty* (7,496) sehingga faktor sosial merupakan faktor yang paling berpengaruh kuat terhadap *uncertainty*.

Faktor *uncertainty* dan koping terhadap adaptasi psikososial nilai koefisien jalurnya, faktor koping memiliki pengaruh positif yang signifikan terhadap adaptasi psikososial (0,579) sehingga faktor koping merupakan faktor yang paling berpengaruh kuat terhadap psikososial. Selanjutnya adalah melihat nilai R square (R²) untuk kontrak atau variabel laten kemampuan koping dan adaptasi psikososial pada pasien TB.

Tabel 5.11 Hasil R² Model Adaptasi Psikososial

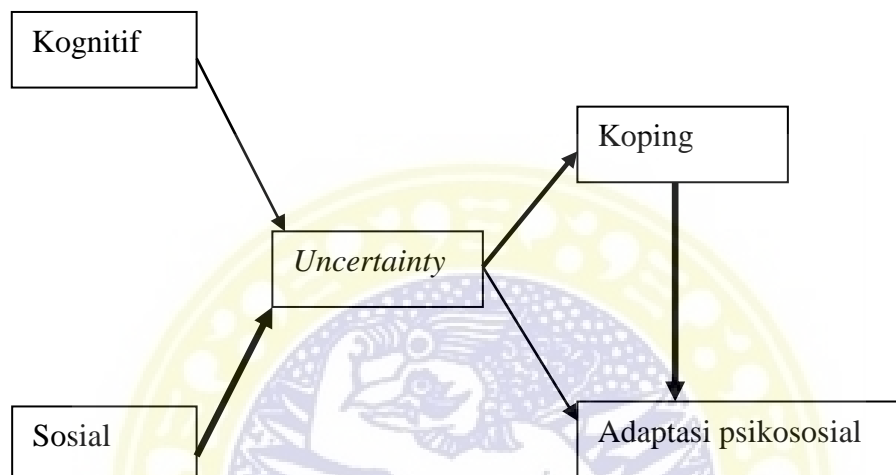
Variabel	AVE	Composite Reliability	Cronbachs alpha	R ²
Adaptasi Psikososial (Y2)	0,894	0,944	0,881	0,513
Koping (Y1)	0,802	0,890	0,754	0,204

Berdasarkan tabel 5.11 menunjukkan bahwa faktor kognitif, psikologis, dan sosial mampu menjelaskan variability kontrak atau variabel laten kemampuan adaptasi psikososial sebesar 51,3% (nilai R²) sisanya 48,7% diterangkan oleh kontrak lainnya yang tidak dihipotesiskan dalam model, dan kemampuan koping sebesar 20,4% dan sisanya 79,6% diterangkan oleh kontrak lainnya yang tidak dihipotesiskan dalam model. Menurut Chin (1998, dalam Sofyan Yamin & Heri, 2011) nilai ini termasuk dalam kategori tinggi. Untuk memvalidasi model secara keseluruhan, dapat dilihat dengan GOF (*Goodness of Fit*) dapat menghitung *Q-Square predictive relevance* dengan melihat nilai (R²) yaitu:

$$\begin{aligned}
 Q_2 &= 1 - (1 - R_1^2) (1 - R_2^2) (1 - R_3^2) \\
 &= 1 - (1 - 0,513) (1 - 0,204) (1 - 0,472) \\
 &= 1 - (0,487) (0,796) (0,528) \\
 &= 1 - 0,205 \\
 &= 0,795
 \end{aligned}$$

Q-square predictive relevance sebesar 0,795 yang berarti bahwa model adaptasi psikososial memiliki *predictive relevance* yang baik karena mendekati nilai 1

5.4 Model Akhir Adaptasi Psikososial



Gambar 5.4 Model Adaptasi Psikososial Klien TB di puskesmas wilayah kerja Jember

Berdasarkan bagan 5.1 menunjukkan bahwa model akhir adaptasi psikososial klien TB di puskesmas wilayah kerja Jember merupakan hasil analisis *Partial Least Square* diantaranya komponen faktor kognitif (pengetahuan) berpengaruh terhadap *uncertainty*, dimana komponen faktor sosial (stigma) yang memiliki pengaruh kuat yaitu, faktor sosial terhadap *uncertainty*. faktor *uncertainty* terhadap koping berpengaruh lebih kuat daripada *uncertainty* terhadap adaptasi psikososial serta koping terhadap adaptasi psikososial.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Faktor koqnitif terhadap *uncertainty*

Analisis faktor kognitif berpengaruh signifikan terhadap *uncertainty*. Faktor kognitif yang terdiri dari tingkat pengetahuan mempengaruhi *uncertainty*. Hal ini didukung oleh penelitian Amoamoko (2010) manajemen *uncertainty* secara positif dapat dilakukan dengan cara membantu seseorang dengan meningkatkan kemampuan kognitif sehingga akan mengurangi kekhawatiran terkait penyakit dan masalah dengan cara yang baik untuk membantu penyelesaian masalah mereka. Seseorang dapat diberikan strategi pemecahan masalah, informasi, dan sumber daya yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan diabetes dan perawatan diri keterampilan, serta strategi untuk meningkatkan komunikasi pasien *provider*. Komponen kognitif dapat dinilai dari bagaimana klien TB menyampaikan tanggapan terkait penyakit dan memfokuskan kembali perhatian pada pengobatan sehingga proses pengobatan bisa terkontrol.

Penderita TB sebagian besar memiliki pengetahuan cukup mengenai penyakit TB yang diderita. Pengetahuan yang baik akan pentingnya kunjungan berobat rutin akan menurunkan tingkat keparahan penyakit dan pengobatan merupakan prioritas kesembuhan penyakit TB sehingga akan menurunkan *uncertainty* dan meningkatkan adaptasi psikososial. Hasil wawancara yang didapatkan bahwa pengetahuan tentang pengobatan klien TB cukup dapat mengurangi cemas dan khawatir terhadap penyakit sehingga menurunkan *uncertainty*.

Peneliti mendapatkan data tambahan dari hasil wawancara yang telah dilakukan terhadap klien TB. Klien TB menyatakan bahwa mereka terbiasa memakai masker ketika berkumpul dengan anggota keluarga karena takut menularkan penyakit pada keluarga, akan tetapi klien merasa malu memakai masker bila berada diluar rumah karena takut dijauhi dan dikucilkan masyarakat. Beberapa klien sudah mengetahui bahwa mencegah penularan TB dengan memakai alat makan yang saya gunakan harus tersendiri karena penyakit TB bisa menularkan lewat penggunaan alat makan bersama-sama. Berdasarkan uraian diatas pengetahuan merupakan kemampuan seseorang dalam menilai sesuatu dan bagaimana dalam mengatasi atau menghadapi suatu masalah sehingga akan berdampak dalam mempertahankan atau menurunkan *uncertainty*.

Pengetahuan yang baik pada penderita TB akan mampu untuk menurunkan *uncertainty* dan meningkatkan coping dan adaptasi psikososial klien TB. Uraian diatas sejalan dengan penelitian Polonsky et al (1995) bahwa strategi pemecahan masalah yang digunakan untuk mendefinisikan masalah; menghasilkan solusi alternatif; dan memilih, rencana, dan menerapkan solusi. Komunikasi pasien dan penyedia ditingkatkan melalui penyediaan informasi kepada peserta tentang masalah yang akan disampaikan kepada dokter dan dengan melatih peserta untuk menghasilkan pertanyaan selama kunjungan dokter. Misalnya, peserta diberi informasi tentang penanda kontrol setiap 1 minggu pengambilan obat, penambahan berat badan, dan mereka disediakan dengan buklet untuk penyesuaian psikososial penyakit didefinisikan sebagai kemampuan untuk beradaptasi secara psikososial.

Peneliti menganalisis komponen kognitif menjadi bagian dari *uncertainty* yang akan mempengaruhi adaptasi psikososial, dimana pengetahuan juga berperan penting dalam meningkatkan atau menurunkan *uncertainty*. Seseorang yang memiliki pengetahuan cukup akan mudah mengurangi kecemasan dan kebingungan sehingga menurunkan *uncertainty* sehingga akan meningkatkan adaptasi psikososialnya. Seseorang yang sendiri atau memiliki pengetahuan kurang akan meningkatkan *uncertainty* sehingga adaptasi psikososialnya rendah atau kurang. Hal ini sesuai dengan pernyataan Martin et al (2010) manajemen *uncertainty* termasuk diantaranya mencari atau menghindari informasi.. Mencari informasi dapat dimanfaatkan sebagai strategi untuk mengurangi *uncertainty*, Namun, seorang individu juga mungkin terlibat dalam mencari informasi dengan tujuan menemukan informasi yang bertentangan untuk meningkatkan *uncertainty* tentang hasil yang tidak diinginkan. Berbagai cara individu mungkin lebih memilih menghindari informasi untuk menunda menghadapi informasi yang berpotensi menyedihkan sehingga akan mempengaruhi *uncertainty* (Martin, et al, 2010).

Asumsi peneliti terkait temuan penelitian klien TB, pendidikan dapat menurunkan *uncertainty* dan dapat meningkatkan adaptasi psikososial dengan adanya pengetahuan yang cukup artinya informasi yang didapatkan klien baik dari tenaga kesehatan maupun media informasi lainnya sangat membantu klien dalam meningkatkan motivasi kunjungan dalam pengobatan karena klien sadar bahwa dampaknya sangat merugikan bila tidak teratur dalam pengobatannya.

Pengetahuan kurang akan mengarahkan klien pada rasa cemas dan khawatir yang terus menerus karena informasi yang didapatkan klien tidak dipahami. Hal ini, dikarenakan penggunaan bahasa yang kurang sederhana dan penggunaan bahasa karena sebagian klien terbiasa menggunakan bahasa Madura pada kehidupan sehari-hari. Latar belakang pendidikan responden sangat membantu juga dalam pemberian informasi tentang penyakit TB sehingga meningkatkan kesadaran dalam melakukan pencegahan dan meningkatkan kesembuhan pasangannya sehingga mengurangi *uncertainty* dan meningkatkan coping serta adaptasi psikososial klien TB.

6.2 Faktor biofisik terhadap *uncertainty*

Hasil analisis menunjukkan bahwa faktor biofisik tidak reliabel sehingga dieliminasi dari model karena nilai tidak memenuhi uji reliabilitas karena nilai *composite reliability* dan *cronbachs alpha* menunjukkan $< 0,7$. Faktor biofisik yang terdiri dari jenis kelamin, usia, dan status perkawinan tidak mempengaruhi *uncertainty* pada klien TB. Komponen biofisik dieliminasi dari model adaptasi psikososial. Asumsi peneliti dikarenakan komponen biofisik terkait jenis kelamin dan usia erat kaitannya dengan kondisi biologis klien. Hal ini didukung dengan penelitian Berry et al (1999) menyatakan laki-laki memiliki mental yang kuat bila ada stimulus yang mengancam dirinya dan memiliki sifat petualang dibandingkan perempuan yang mempunyai tingkat emosional yang tinggi.

Pernyataan ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Joanne (2014) bahwa laki-laki cenderung mudah beradaptasi karena sifat laki-laki sebagai petualang daripada wanita yang lama beradaptasi karena faktor emosi sehingga laki-laki lebih dominan dalam menurunkan *uncertainty* dan meningkatkan coping dan adaptasi psikososial daripada perempuan.

Peneliti menganalisis komponen biofisik menjadi bagian dari *uncertainty* yang akan mempengaruhi adaptasi psikososial, dimana status perkawinan juga berperan penting dalam meningkatkan atau menurunkan *uncertainty*. Seseorang yang memiliki pasangan akan mudah dalam menurunkan *uncertainty* sehingga meningkatkan adaptasi psikososialnya.

Seseorang yang sendiri atau tidak memiliki pasangan akan meningkatkan *uncertainty* sehingga adaptasi psikososialnya rendah atau kurang karena pasangan merupakan salah satu sumber dukungan sosial untuk klien TB. Hal ini sejalan dengan pernyataan Arora (2012) hasil penelitian yang telah dilakukan terdapat pasien TB dengan status menikah atau memiliki pasangan sebesar 120 (80%). Pasangan dapat meningkatkan motivasi pasien dalam menjalani pengobatannya. Motivasi meningkat akan menurunkan *uncertainty* sehingga dapat meningkatkan kemampuan coping dan adaptasi psikososial klien TB dalam menjalani pengobatannya.

Asumsi peneliti terkait temuan penelitian klien TB dapat menurunkan *uncertainty* dan dapat meningkatkan adaptasi psikososial dengan adanya peran pasangan dalam pendampingan perawatan dirumah dalam proses menjalani masa pengobatan. Pendampingan pasangan seperti mengingatkan jadwal minum obat, mendampingi dalam kontrol pengobatan dan berperan dalam melakukan konsultasi pengobatan dan tindakan pencegahan untuk meningkatkan kesembuhan klien TB dan dapat mencegah penularan pada anggota keluarga lainnya. Peran pasangan sangat membantu juga dalam pemberian informasi tentang penyakit TB sehingga meningkatkan kesadaran keluarga dalam melakukan pencegahan dan meningkatkan kesembuhan pasangannya sehingga mengurangi *uncertainty* dan meningkatkan adaptasi psikososial klien TB. Uraian tersebut selaras dengan pernyataan Arora (2012) hasil penelitian yang telah dilakukan terdapat pasien TB dengan status menikah atau memiliki pasangan sebesar 120 (80%). Pasangan dapat meningkatkan motivasi pasien dalam menjalani pengobatannya. Motivasi meningkat akan menurunkan *uncertainty* sehingga dapat meningkatkan kemampuan adaptasi klien TB dalam menjalani pengobatannya.

6.3 Faktor psikologis terhadap *uncertainty*

Analisis faktor psikologis tidak berpengaruh signifikan terhadap *uncertainty*. Faktor psikologis yang terdiri dari harapan tidak mempengaruhi *uncertainty*. Hal ini tidak selaras dengan penelitian Mishel (2009), *uncertainty* terkait dengan stres dan kecemasan dan dapat berfluktuasi di lintasan penyakit, hal terpenting adalah yang selama fase keputusan diagnosis pengobatan pasien.

Penderita TB sebagian besar memiliki harapan yang baik mengenai penyakit TB yang diderita sehingga akan menurunkan *uncertainty* dan meningkatkan adaptasi psikososial. Peneliti mendapatkan data tambahan dari hasil wawancara antara peneliti dan responden. Klien TB menyatakan bahwa merasa yakin akan sembuh karena saya sudah menjalani pengobatan pada tenaga kesehatan professional dan saya bisa kembali mengikuti kembali kegiatan dimasyarakat.

Harapan yang baik pada penderita TB akan mampu untuk menurunkan *uncertainty* dan meningkatkan coping dan adaptasi psikososial klien TB. Uraian diatas sejalan dengan penelitian Amoamoko (2008) dalam studi ini, partisipan yang mengalami *uncertainty* berkurang dan mengalami peningkatan yang signifikan lebih besar dalam penyesuaian psikososial. *uncertainty* berkurang berkorelasi dengan penyesuaian psikososial, sehingga *uncertainty* menurun maka penyesuaian psikososial dan kesejahteraan meningkat.

Peneliti menganalisis bahwa harapan pada dasarnya yang menentukan kondisi psikologis seorang klien TB. Klien TB akan memiliki harapan yang baik yang akan menurunkan perasaan stress dan menurunkan *uncertainty* sehingga klien dapat melakukan penyesuaian adaptasi psikososial. Kondisi psikologis klien TB akan baik ketika penerimaan dirinya di keluarga dan masyarakat baik sehingga akan meningkatkan motivasi dan pikiran positif sehingga klien TB akan meningkatkan kunjungan perawatan dan pengobatan TB. Uraian diatas didukung oleh penelitian lain telah menunjukkan bahwa psikososial dengan terapi kognitif perilaku dan pemberdayaan serta dukungan keluarga akan memperbaiki status psikologis (Anderson, *et., al*, 2000).

Asumsi peneliti terkait temuan penelitian yaitu, sebagian besar klien TB telah mampu memiliki harapan yang baik karena saat menjalani pengobatan 2 minggu awal klien merasa dirinya sudah sembuh. Hal ini ditandai dengan penurunan gejala klinis dari pernyataan klien. Klien TB menampilkan perilaku positif dengan keyakinan akan sembuh dengan teratur melakukan kunjungan tahapan pengobatan TB. Peran serta pendampingan keluarga dalam kunjungan pengobatan meningkatkan motivasi dan semangat klien TB dalam menjalani pengobatannya. Hubungan dengan keluarga yang erat berkaitan dengan harapan yang baik pada klien TB sehingga akan menurunkan kondisi seperti cemas dan khawatir dan menurunkan *uncertainty*.

6.4 Faktor sosial terhadap *uncertainty*

Analisis faktor sosial berpengaruh signifikan terhadap *uncertainty*. Faktor sosial yang terdiri dari stigma mempengaruhi *uncertainty*. Kipp et al (2011) mendefinisikan stigma yang berkaitan dengan masalah kesehatan/penyakit sebagai proses sosial atau pengalaman pribadi yang ditandai dengan pengucilan, penolakan, celaan, atau devaluasi karena adanya anggapan sosial yang merugikan tentang individu tersebut maupun kelompoknya berkaitan dengan masalah kesehatan tertentu. Stigma yang berhubungan dengan penyakit berdampak negatif terhadap pencegahan, prosedur pelayanan, dan kebijakan yang berkaitan dengan kesehatan pada penyakit (Cramm and Nieboer, 2011). Stigma sering kali melekat pada masalah-masalah kesehatan, termasuk tuberkulosis.

Alasan mengapa bisa muncul stigma pada TB diantaranya, penularannya, pengetahuan yang kurang tepat akan penyebabnya, perawatannya atau berhubungan dengan kelompok-kelompok marjinal seperti kemiskinan, ras minoritas (Kipp et al, 2011).

Hal tersebut diperkuat dengan pernyataan klien dengan peneliti saat pengumpulan data bahwa klien TB merasa dikucilkan pada saat masyarakat mengetahui penyakit TB yang diderita saat ini, dan sebagian klien mengungkapkan sejak didiagnosis penyakit TB klien merasa malu karena harus memakai masker ketika berinteraksi dengan lingkungan sekitar dan akhirnya klien memutuskan untuk diam dirumah saja daripada harus dijauhi orang lain. Klien mengungkapkan cenderung menyembunyikan penyakitnya terutama dimasyarakat karena karena klien merasa malu mempunyai penyakit menular dan takut kehilangan pekerjaannya.

Uraian diatas sejalan dengan penelitian Martin et al (2010). Reaksi stigma pada pasien posttransplant mungkin merasakan *uncertainty* tentang reaksi orang lain untuk transplantasi. Beberapa peserta melaporkan menerima komentar stigma. klien yang menggambarkan dampak negatif dari stigma bahwa obat memiliki kemampuan untuk bekerja dan menjelaskan bahwa dia tidak menyukai stigma karena diklasifikasikan sebagai seseorang yang cacat. Dia menjelaskan ada labeling stigma terkait dengan menerima transplantasi (Martin, et al, 2010).

Orang Ekuador dengan TB dilaporkan takut kehilangan pekerjaan mereka dicegah mereka dari memberi tahu majikan tentang diagnosis mereka (Armijos et al., 2008; Chang et al., 2004). Ketakutan ini tidak berdasar 15 persen dari atasan menegaskan bahwa mereka akan memecat seseorang segera setelah mempelajari diagnosis TB (Armijos et al., 2008). Beberapa penelitian, termasuk satu studi di Rusia, ketakutan akan stigmatisasi, isolasi, dan hilangnya keluarga, peran sosial, dan keuangan mempengaruhi orang keputusan untuk mencari pengobatan dan / atau untuk mematuhi pengobatan (Armijos et al., 2008; Dodor et al., 2008; Woith dan Larson, 2008). Sumber stigma yang negatif ada didalam keluarga pasien, atasan, dan petugas kesehatan. Orang Bangladesh dengan TB dilaporkan keluarga mereka cenderung akan mengisolasi keluarga mereka ketika didiagnosis TB (Karim et al., 2007). Dengan demikian klien TB yang memiliki stigma yang rendah, menunjukkan bahwa klien mampu mengurangi *uncertainty* sehingga klien dapat beradaptasi terhadap dampak negatif stigma dimasyarakat dengan cara menurangi kontak dengan masyarakat dan klien tidak merasa dikucilkan yang akan berdampak dalam menurunkan *uncertainty*.

6.5 Faktor penyedia struktur terhadap *uncertainty*

Hasil analisis menunjukkan bahwa faktor penyedia struktur tidak reliabel sehingga dieliminasi dari model karena nilai tidak memenuhi uji reliabilitas karena nilai *composite reliability* dan *cronbachs alpha* menunjukkan $< 0,7$. Faktor biofisik yang terdiri dari komunikasi dukungan keluarga tidak mempengaruhi *uncertainty* pada klien TB.

Penderita TB sebagian besar nilainya hampir sama yaitu memiliki komunikasi dan dukungan keluarga yang baik mengenai penyakit TB, sehingga akan menurunkan *uncertainty* yang akan berpengaruh pada coping dan adaptasi psikososial klien TB. Hasil wawancara antara peneliti dan responden komunikasi yang kurang antara klien dan petugas kesehatan dapat memicu kekhawatiran tentang kondisi penyakit yang diderita sehingga bila terjadi terus menerus akan memicu *uncertainty* dan dapat mempengaruhi coping adaptasi psikososial. Dukungan sosial yang baik dapat menanggulangi kekhawatiran tentang kondisi penyakit yang diderita sehingga dapat menurunkan *uncertainty* dan dapat mempengaruhi coping yang baik dan adaptasi psikososial yang baik. Berdasarkan hasil wawancara klien menyatakan dukungan keluarga baik. Hal ini, dibuktikan bahwa saat klien melakukan kunjungan pengobatan keluarga mendampingi klien untuk melakukan kunjungan pengobatan. Selain itu, klien juga mengatakan bahwa keluarganya juga memberika dukungan emosial misalnya, mengingatkan minum obat, memakai masker ketika berinteraksi dengan orang lain, dan keluarga juga selalu menjenguk ketika dirinya sakit.

Peneliti juga mendapatkan data berupa pernyataan klien bahwa komunikasi kurang dengan petugas kesehatan disebabkan klien kurang memahami apa yang disampaikan terkait informasi penyakit TB dan pengobatannya karena jumlah pasien yang banyak serta ada beberapa klien yang mengalami keterbatasan dalam komunikasi menggunakan bahasa indonesia sehingga apa yang disampaikan tenaga kesehatan kurang dipahami secara maksimal oleh klien TB.

Penelitian sebelumnya penelitian Duyan (2005) dukungan keluarga menjadi salah satu dukungan sosial yang paling penting dalam periode sakit, dan memiliki jenis dukungan dapat mengakibatkan motivasi hidup yang lebih tinggi. Motivasi yang tinggi akan meningkatkan rasa ingin tau tentang bagaimana proses penyembuhan penyakit TB sehingga mengurangi kekhawatiran klien dan menurunkan *uncertainty* terhadap penyakit TB.

Interaksi keluarga melalui komunikasi yang dilakukan keluarga juga dapat memberikan dukungan secara emosional pada pasien TB Paru yaitu meliputi perhatian, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Dukungan emosional dapat meningkatkan respons adaptif pada pasien TB Paru. Setiap anggota keluarga akan berkontribusi memberikan dukungan meskipun hanya dengan pertanyaan-pertanyaan sederhana, misalnya, menanyakan kondisinya hari ini, apakah obatnya sudah diminum, kapan kontrol lagi dan sebagainya (Kholifah, et., al, 2012).

Menurut Amoamoko (2010) Seseorang dapat diberikan strategi pemecahan masalah, informasi, dan sumber daya yang bertujuan untuk meningkatkan komunikasi pasien dan *provider*. Komunikasi pasien dan penyedia layanan kesehatan ditingkatkan melalui penyediaan informasi kepada peserta tentang masalah yang akan disampaikan kepada dokter dan dengan melatih peserta untuk menghasilkan pertanyaan selama kunjungan dokter (Polonsky et al., 1995).

Pernyataan klien komunikasi kurang disebabkan klien kurang memahami apa yang disampaikan terkait informasi penyakit TB dan pengobatannya karena jumlah pasien yang banyak serta ada beberapa klien yang mengalami keterbatasan dalam komunikasi menggunakan bahasa Indonesia sehingga apa yang disampaikan tenaga kesehatan kurang dipahami secara maksimal oleh klien TB. Uraian di atas sejalan dengan hasil penelitian Jakubowiak et al (2008), bahwa komunikasi kurang dikarenakan informasi yang tersampaikan belum dipahami oleh klien dan keterbatasan jumlah antara tenaga kesehatan dan jumlah pasien sehingga terjadi komunikasi yang terbatas antara tenaga kesehatan dan pasien. Pasien yang tidak patuh karena tidak mempercayai dokter TB yang merawat, dan banyak yang percaya dokter dan perawat bersikap bermusuhan dengan mereka. Uraian tersebut bertentangan dengan pernyataan Dodor et. al (2009) petugas kesehatan di daerah perkotaan Ghana mengendalikan secara ketat terhadap tindakan pengobatan pasien TB dan sering berteriak pada klien TB karena terlalu dekat antara pasien satu dengan lainnya. Petugas kesehatan hanya akan berbicara pasien ini dari kejauhan (Dodor et al. 2009). Hal ini akan mempengaruhi pemahaman informasi yang diberikan sehingga klien mengalami *uncertainty*.

Peneliti menganalisis bahwa komunikasi dan dukungan keluarga pada dasarnya dapat mencerminkan adanya *uncertainty*. Komunikasi pasien dan penyedia layanan kesehatan dalam kategori baik dan dukungan sosial baik akan menurunkan *uncertainty*. *Uncertainty* turun akan berdampak pada coping dan adaptasi psikososial yang baik.

Asumsi peneliti terkait temuan penelitian yaitu komunikasi antara pasien dan penyedia layanan kesehatan serta dukungan keluarga sebagian besar sudah cukup baik seperti pemberian informasi kapan klien TB kembali untuk mengambil obat dan dampaknya apabila klien TB terlambat dalam melakukan pengobatan, serta dukungan keluarga dalam memberikan motivasi dalam proses pengobatan. Perawat sebaiknya memainkan strategi dalam pemberian informasi dalam menyampaikan solusi atas pertanyaan-pertanyaan yang diberikan klien TB, misalnya pemberian informasi menggunakan bahasa yang sederhana dan menggunakan bahasa sesuai dengan suku klien misalnya menggunakan bahasa jawa atau bahasa madura sehingga memudahkan dalam menjalin hubungan saling percaya dengan klien.

Sebagian komunikasi kurang dikarenakan komunikasi yang disampaikan belum dipahami klien karena sebagian dari klien tidak terbiasa menggunakan bahasa Indonesia. Komunikasi juga dapat di atasi dengan strategi memberikan informasi dengan melibatkan keluarga sehingga informasi dengan mudah dapat dipahami pasien. Interaksi keluarga melalui komunikasi yang dilakukan keluarga juga dapat memberikan dukungan secara emosional pada pasien TB Paru yaitu meliputi perhatian, kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Penyedia layanan kesehatan juga dapat memantau atau mengevaluasi terkait informasi yang sudah diberikan apakah klien sepenuhnya bisa memahami atau memerlukan kembali pemberian informasi yang diperlukan klien TB.

6.6 Faktor *uncertainty* terhadap koping

Faktor *uncertainty* berpengaruh signifikan terhadap koping dengan nilai *t* statistic 5,572. Penelitian ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Hines (2001) bahwa *uncertainty* ini berakar pada kurangnya informasi, seseorang tenaga kesehatan cenderung untuk memberikan informasi lebih banyak lagi. Jika *uncertainty* pasien berasal dari informasi yang terlalu kompleks untuk memahami sehingga akan berdampak pada ketidakpercayaan di klinisi, informasi mungkin gagal untuk memfasilitasi upaya yang mengarah untuk memajukan perencanaan perawatan pengobatan klien.

Diskusi terbuka mendorong *uncertainty*. Pasien dan keluarga diminta untuk memilih salah satu pengobatan khusus atas yang lain dapat menyebabkan kebingungan dan *uncertainty*. Diskusi tertutup akan membantu meminimalkan *uncertainty* dengan mencari dukungan sosial dan pencarian informasi melalui media dan sumber lainnya sebagai koping klien untuk mengurangi *uncertainty* (Hines, 2001).

Peneliti menganalisis bahwa *uncertainty* erat kaitannya dengan koping dimana salah satu pencarian koping yaitu dukungan keluarga. Dukungan sosial keluarga menurunkan *uncertainty*. *Uncertainty* turun akan berdampak pada koping dan adaptasi psikososial yang baik. Interaksi sosial antara klien TB dan anggota keluarga dalam mengatasi masalah dalam pengobatan. Motivasi klien akan meningkat saat melakukan kunjungan pengobatan dengan pendampingan keluarga dalam pengambilan keputusan bersama dengan keluarga.

Dimana saat ada pendampingan keluarga dalam kunjungan pengobatan, klien merasa masih ada seseorang yang memberikan dukungan emosional sehingga klien merasa nyaman dan yakin sembuh dengan pengobatan yang sudah dipilih bersama dengan anggota keluarganya sesuai dengan informasi yang telah diberikan pelayanan kesehatan sehingga meminimalkan *uncertainty* dan meningkatkan koping klien TB. Dari uraian diatas selajalan dengan penelitian yang dilakukan Kholifah, et al (2012). Setiap anggota keluarga akan berkontribusi memberikan dukungan meskipun hanya dengan pertanyaan-pertanyaan sederhana, misalnya, menanyakan kondisinya hari ini, apakah obatnya sudah diminum, kapan kontrol lagi dan sebagainya.

Asumsi peneliti terkait temuan penelitian yaitu *uncertainty* dan koping sebagian besar sudah cukup baik seperti beberapa klien didampingi keluarga dalam kunjungan pengobatan sehingga pemberian informasi kapan klien TB kembali untuk mengambil obat dan dampaknya apabila klien TB terlambat dalam melakukan pengobatan akan mudah dipahami keluarga dan klien sehingga dapat memberikan motivasi dalam proses pengobatan. Perawat sebaiknya melakukan evaluasi terkait penyakit dan pengobatan klien dengan pendampingan keluarga sehingga menurunkan *uncertainty* dan meningkatkan koping klien.

Sebagian *uncertainty* dan koping kurang dikarenakan beberapa dari klien TB pada saat melakukan kunjungan pengobatan tanpa didampingi oleh keluarganya sehingga informasi yang disampaikan belum dipahami klien. Informasi yang kurang dipahami berdampak pada kebingungan klien tentang penyakitnya sehingga meningkatkan *uncertainty*.

Dukungan keluarga sebagai salah satu pencarian coping klien TB juga kurang berperan dalam pengobatan sehingga klien harus memutuskan sendiri bagaimana proses pengobatannya. Beberapa klien mengeluh khawatir masih terdapat gejala yang belum turun setelah di evaluasi kembali pasien tidak meminum obat sesuai dengan jadwal yang sudah diinformasikan oleh tenaga kesehatan dikarenakan pemahaman klien kurang dan motivasi dan semangat dalam melakukan kunjungan pengobatan juga menurun karena tidak ada dukungan emosional dari keluarga. Dengan demikian penyedia layanan kesehatan juga dapat memantau atau mengevaluasi terkait informasi yang sudah diberikan apakah klien sepenuhnya bisa memahami atau memerlukan kembali pemberian informasi yang diperlukan klien TB dan meningkatkan motivasi klien dengan strategi pendekatan spiritual untuk meningkatkan coping klien TB.

6.7 Faktor *uncertainty* terhadap adaptasi psikososial

Uncertainty berpengaruh signifikan terhadap adaptasi psikososial. *Uncertainty* telah dikaitkan dengan tekanan psikososial, individu mungkin berkeinginan untuk mempertahankan atau meningkatkan *uncertainty* mereka daripada mengurangi atau menghilangkannya (Martin, et al, 2010).

Kesejahteraan psikososial secara keseluruhan terutama pada layanan TB, Fakta dilapangan kebutuhan dasar terutama kesehatan mental ini dari pasien secara kritis tidak terpenuhi. Temuan tersebut menyoroti kebutuhan untuk mengintegrasikan kesehatan mental dan penyesuaian psikososial dalam perawatan TB.

Hal tersebut diperkuat dengan pernyataan klien dengan peneliti saat pengumpulan data bahwa klien TB merasa dikucilkan pada saat masyarakat mengetahui penyakit TB yang diderita saat ini, dan sebagian klien mengungkapkan sejak didiagnosis penyakit TB tidak ada keluarga atau masyarakat yang menjenguk karena menganggap penyakit yang saya derita menular dan tidak bisa sembuh. Temuan lain beberapa klien mengungkapkan cenderung menyembunyikan penyakitnya terutama dimasyarakat karena takut kehilangan dan dijauhi teman-temannya hanya keluarga dekat saja yang mengetahui bahwa saat ini menderita penyakit TB karena klien merasa hanya keluarga saja yang dapat membantu memberikan dukungan dalam proses pengobatan klien itu sendiri.

Implikasi untuk memberikan dukungan psikososial melampaui kesejahteraan mental. Kesejahteraan psikososial akan mengurangi uncertainty sehingga klien bisa beradaptasi dengan baik. Penelitian yang dilakukan Shin (2008), menemukan bahwa dukungan sosial yang rendah secara bermakna dikaitkan dengan keberhasilan pengobatan. Intervensi *evidence based* ada untuk semua faktor risiko ini dan dapat diterapkan untuk meningkatkan keberhasilan pengobatan. Kita didorong oleh beberapa laporan dari intervensi dukungan sosial dari rangkaian sumber daya yang minimal.

Sebuah studi kualitatif di Afrika Selatan, pasien dijelaskan sumber dukungan sosial bagi keberhasilan pengobatan. Selama 3 bulan awal pengobatan, konselor pengobatan sangat penting dalam mendidik pasien tentang manajemen penyakit dan memotivasi mereka untuk mematuhi rejimen pengobatan.

Kondisi klien setelah 3 bulan pertama pengobatan, akan mengalami kelelahan, pemulihan fisik, dan efek samping. Pasien menjelaskan “pendukung pengobatan” sebagai penyedia utama yaitu dalam dukungan emosional. Pendukung biasanya keluarga atau teman yang diidentifikasi oleh pasien untuk mengingatkan dan mendorong pasien sehingga mengurangi *uncertainty* dan meningkatkan adaptasi psikososial (Shin, et., al, 2008).

Mishel berpendapat bahwa *uncertainty* ada dalam berbagai situasi erat kaitannya dengan penyakit. Ketika pasien berusaha untuk mengurangi *uncertainty*, mereka mencoba untuk memahami gejala mereka dengan penataan mereka dalam kaitannya dengan konteks mereka sendiri. Professional perawatan kesehatan dapat dukungan dalam proses ini untuk meningkatkan adaptasi psikososial (Dudas, 2012; Mishel, 1988).

Klien TB sebaiknya lebih terbuka pada anggota keluarga yang dirasa nyaman dalam pendampingan kunjungan pengobatan. Petugas kesehatan sebaiknya dapat memberikan konseling kepada kedua pihak yakni klien dan keluarga karena beberapa klien masih berkunjung sendiri dalam proses pengobatan sehingga informasi yang diberikan belum dipahami sepenuhnya klien. Dampak dari informasi yang belum dipahami klien akan meningkatkan *uncertainty* dan mengalami kebingungan saat pengambilan keputusan dalam melakukan kunjungan pengobatan. Peran keluarga sangat penting dalam menurunkan *uncertainty* klien sehingga akan meningkatkan adaptasi psikososial.

6.8 Faktor koping terhadap adaptasi psikososial

Hasil penelitian faktor koping menunjukkan faktor yang sangat berpengaruh terhadap signifikan terhadap adaptasi psikososial dengan nilai *statistic koefisien jalur* (0,579) sehingga koping faktor yang paling kuat dalam adaptasi psikososial pasien TB. Hasil wawancara peneliti dan responden mendapatkan data tambahan yaitu berupa pernyataan dalam mengatasi suatu masalah. Klien TB mencari dukungan keluarga untuk membantu proses penyembuhan klien seperti, memberikan dukungan emosional pada klien misalnya perhatian dan kasih sayang, serta melakukan mendampingi saat melakukan kunjungan pengobatan. Klien mengatakan keluarga menjadi sumber penguatan dalam mengatasi segala permasalahan yang dialami klien dalam menjalani pengobatan.

Berdasarkan uraian diatas, hasil penelitian tersebut selaras dengan penelitian yang dilakukan Pakenham (2001) bahwa mencari dukungan sosial merupakan usaha yang dilakukan seseorang untuk mengatasi permasalahan. dukungan sosial penting koping yang efektif. Ada tiga jenis fungsional dukungan sosial yaitu: bantuan emosional misalnya, melalui kasih sayang, menghibur, dan dorongan, sehingga rasa memiliki dan layak pribadi; dukungan informasi yang meningkatkan basis pengetahuan seseorang; dan dukungan instrumental yang merupakan bantuan praktis dengan kehidupan sehari-hari (Green, 1993; Lazarus, 1990). Semua 10 perempuan dilaporkan telah mencari dukungan sosial bagi emosional, informasi, dan alasan instrumental. Kebanyakan penelitian tentang koping dalam menghadapi penyakit berpendapat bahwa *problem focused* koping strategi seperti ketegasan, mengadopsi semangat juang, dan perencanaan kursus

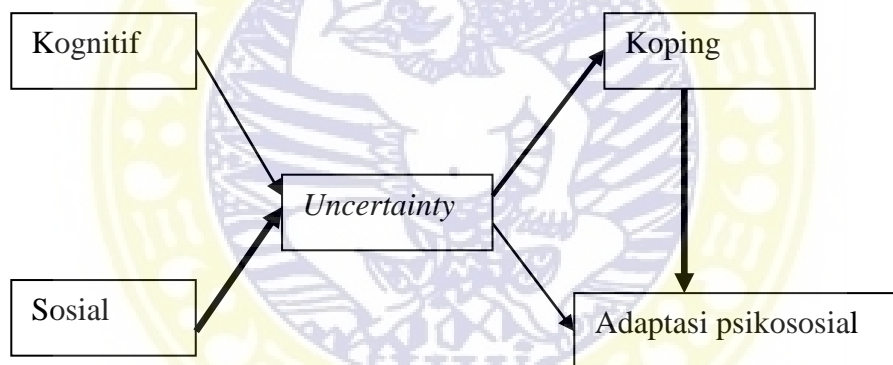
hasil tindakan dalam hasil yang lebih menguntungkan atau adaptif dari strategi penanggulangan emosional yang bertujuan mengurangi distress. Pada umumnya, semakin luas rentang strategi koping seseorang mempekerjakan, akan cenderung lebih menguntungkan hasil belajar. *Active problem focused*, kognitif dan perilaku merupakan upaya penanggulangan telah dikaitkan dengan kesehatan yang lebih baik bagi seseorang dapat dinilai secara umum, ketahanan psikologis, harga diri, gangguan mood kurang, kebingungan, kelelahan, atau kecemasan (Namir, Wolcott, Fawzy, & Alumbaugh, 1990 ; Remien, Robkin, & Williams, 1992).

Strategi koping pasif seperti penolakan, menghindari, penarikan, pelepasan mental, dan ketidakberdayaan telah dikaitkan dengan peningkatan tekanan psikologis dan adaptasi terutama pada seseorang dengan tingkat ekonomi rendah atau miskin (Fleishman & Fogel, 1994; Pakenham & Rinaldis, 2001). Namun, bukti yang ada tidak konklusif (Miller & Cohen, 2001; Mulder & Antoni, 1992). Salah satu alasan untuk ini adalah fokus yang cukup pada konteks di mana koping terjadi (Dagiet, 2008). Diskusi dengan keluarga akan membantu meningkatkan koping dengan mencari dukungan sosial dan pencarian informasi melalui media dan sumber lainnya sehingga akan meningkatkan adaptasi psikososial.

Asumsi peneliti mengatasi masalah dalam menghadapi penyakitnya bahwa bahwa *problem focused* koping strategi dapat digunakan yaitu dengan cara sesama klien TB dapat bertukar pengalaman yang di fasilitasi oleh perawat sehingga bisa menjadi *role model* yang sangat berdampak positif berupa semangat dan motivasi dalam berjuang untuk sembuh dapat dicontoh oleh pasien lainnya dan klien TB dapat melakukan penanggulangan stress yang baik.

6.9 Temuan Hasil Penelitian

Faktor kognitif (tingkat pengetahuan) berpengaruh signifikan terhadap *uncertainty* klien TB. Faktor sosial (stigma) berpengaruh signifikan terhadap *uncertainty* klien TB. Faktor *uncertainty* berpengaruh signifikan terhadap *koping* klien TB. Faktor *uncertainty* berpengaruh signifikan terhadap adaptasi psikososial klien TB. *Koping* berpengaruh signifikan terhadap adaptasi psikososial klien TB. Model keperawatan adaptasi psikososial ini memiliki *predictive relevance* yang baik dapat diterapkan di tatanan pelayanan keperawatan Puskesmas Wilayah Kerja Jember. Model akhir adaptasi psikososial pada klien TB sebagai berikut:



Gambar 6.1 Model Adaptasi Psikososial Klien TB di puskesmas wilayah kerja Jember

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya. Penelitian ini mendapatkan hasil bahwa kognitif yakni pengetahuan mempunyai pengaruh secara langsung terhadap *uncertainty*. Peneliti menganalisis bahwa *uncertainty* menurun disebabkan karena pengetahuan klien TB meningkat. Pemahaman klien TB terkait informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan dapat mengurangi kekhawatiran dan kebingungan klien TB.

Hal ini dibuktikan sebagian klien TB pada saat melakukan kunjungan pengobatan tidak banyak memberikan pertanyaan dan pada saat dilakukan evaluasi terkait pengobatan klien mampu menjawab sesuai dengan pertanyaan yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Penelitian ini menunjukkan bahwa *uncertainty* dapat menurun dengan pengetahuan meningkat jika perawat bisa menilai kebutuhan informasi pasien / keluarga dengan membangun kelas terstruktur atau membuat kelompok khusus untuk memberikan informasi mengenai penyakit TB.

Studi pada penelitian lainnya yang dilakukan Rita et al (2007) menegaskan bahwa dengan mendukung posisi pendidikan atau pengajaran terstruktur yang memenuhi kebutuhan informasi, dengan mengurangi *uncertainty* dan menegaskan kembali bahwa pengajaran pasien adalah suatu bagian integral dari praktik keperawatan berbasis bukti. Menurut Atkins (2010) menyatakan bahwa pemberian sesi informasi yang singkat tentang tuberkulosis (TB), dalam menjalani pengobatan dan terkait isu dilapangan solusinya dengan pemberian informasi yang dilakukan oleh seorang perawat setelah klien didiagnosis TB.

Asumsi peneliti terkait temuan penelitian klien TB, pengetahuan dipengaruhi oleh latar bependidikan dapat menurunkan *uncertainty* dan dapat meningkatkan adaptasi psikososial dengan adanya pengetahuan yang cukup artinya informasi yang didapatkan klien baik dari tenaga kesehatan maupun media informasi lainnya sangat membantu klien dalam meningkatkan motivasi kunjungan dalam pengobatan karena klien sadar bahwa dampaknya sangat merugikan bila tidak teratur dalam pengobatannya.

Pemberian informasi yang kurang akan mengarahkan klien pada rasa cemas dan khawatir yang terus menerus karena informasi yang didapatkan klien tidak dipahami. Hal ini, dikarenakan penggunaan bahasa yang kurang sederhana. Latar belakang pendidikan responden sangat membantu juga dalam pemberian informasi tentang penyakit TB sehingga meningkatkan kesadaran dalam melakukan pencegahan dan meningkatkan kesembuhan sehingga mengurangi *uncertainty* dan meningkatkan coping adaptasi psikososial klien TB.

Temuan lainnya peneliti yang lain yaitu adanya pengaruh *uncertainty* terhadap adaptasi psikososial. *Uncertainty* telah dikaitkan dengan tekanan psikososial, individu mungkin berkeinginan untuk mempertahankan atau meningkatkan *uncertainty* mereka daripada mengurangi atau menghilangkannya (Martin, et al, 2010). Kesejahteraan psikososial secara keseluruhan terutama pada layanan TB, Fakta di lapangan kebutuhan dasar terutama kebutuhan psikososial klien TB tidak menjadi prioritas utama. Temuan tersebut menyoroti kebutuhan untuk mengintegrasikan kesehatan mental dan penyesuaian psikososial dalam perawatan TB.

Hal tersebut diperkuat dengan pernyataan klien saat pengumpulan data bahwa klien TB merasa dikucilkan pada saat masyarakat mengetahui penyakit TB yang diderita saat ini sehingga cenderung menyembunyikan penyakitnya terutama di masyarakat karena takut kehilangan dan dijauhi teman-temannya. Kondisi tersebut jika berlangsung secara terus-menerus akan menyebabkan klien lebih suka menyendiri karena merasa khawatir diketahui orang lain sedang menderita TB paru.

Hal diatas dapat meningkatkan *uncertainty* yang dapat berpengaruh terhadap menurunnya adaptasi psikososial klien TB.

6.10 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan yang menjadikan penelitian ini mempunyai kekurangan dan memerlukan penelitian yang lebih baik lagi. Keterbatasan yang dimiliki peneliti yaitu:

1. Pengumpulan data menggunakan kuesioner yang cenderung bersifat subyektif sehingga kejujuran responden sangat menentukan kebenaran data yang diberikan. Peneliti menyarankan untuk penelitian selanjutnya bisa digunakan observasi dan melakukan validasi kepada anggota keluarga terkait komponen kuesioner yang memerlukan validasi anggota keluarga;
2. Responden dalam penelitian ini menggunakan klien unit rawat jalan poli paru sehingga dimana klien di unit rawat jalan lebih sulit untuk ditemui dan tidak memiliki banyak waktu dalam mengisi kuesioner karena mereka umumnya hanya mengambil obat lalu kemudian pulang, untuk penelitian selanjutnya perlu menggunakan pasien rawat inap sehingga memperoleh data maksimal.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Faktor kognitif berpengaruh signifikan terhadap *uncertainty* pasien TB dimana tingkat pengetahuan yang cukup dan baik pada klien TB dapat menurunkan *uncertainty*
2. Faktor biofisik tidak berpengaruh signifikan terhadap *uncertainty* pasien TB dimana variabel tersebut dieliminasi dalam model karena tidak reliabel
3. Faktor psikologis tidak berpengaruh signifikan terhadap *uncertainty* pasien TB
4. Faktor sosial berpengaruh signifikan terhadap *uncertainty* pasien TB dimana stigma klien TB mempengaruhi *uncertainty* semakin tinggi stigma akan meningkatkan *uncertainty*
5. Faktor penyedia struktur tidak berpengaruh signifikan terhadap *uncertainty* pasien TB dimana dukungan keluarga, komunikasi dan pendidikan klien TB mempengaruhi *uncertainty* dimana variabel tersebut dieliminasi dalam model karena tidak reliabel.
6. *Uncertainty* berpengaruh signifikan terhadap koping pasien TB
7. *Uncertainty* berpengaruh signifikan terhadap adaptasi psikososial pasien TB
8. Koping berpengaruh signifikan terhadap adaptasi psikososial pasien TB

7.2 Saran

Berikut ini merupakan saran dari penelitian, yaitu:

1. Bagi pasien

Pasien sebaiknya membina hubungan yang baik terutama dengan anggota keluarga sehingga memudahkan pencarian informasi sehingga memudahkan klien dalam mengatasi *uncertainty* karena klien memiliki dukungan sosial yang kuat dapat menurunkan *uncertainty* sehingga meningkatkan coping dan adaptasi psikososial.

2. Bagi Puskesmas

Hasil penelitian dapat menjadi masukan bagi pihak puskesmas terkait langkah perawat dalam melakukan intervensi keperawatan untuk meningkatkan adaptasi psikososial dan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada klien TB;

3. Bagi perawat

Perawat dapat memberikan pendidikan kesehatan (Konseling) dengan berfokus pada upaya peningkatan pengetahuan dan meningkatkan komunikasi tentang tata cara atau strategi dalam meningkatkan pengobatan penyakit TB, serta menyelenggarakan *group discussion* dalam meningkatkan kepercayaan diri klien TB;

4. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar bagi penelitian lain dalam menilai efektivitas model adaptasi psikososial dan *Uncertainty In Illness Theory* dengan mengaplikasikan model adaptasi psikososial dalam suatu intervensi keperawatan dengan observasi secara komprehensif



DAFTAR PUSTAKA

- Alfian, M., 2014. Regulasi Emosi Pada Mahasiswa Suku Jawa, Suku Banjar, dan Suku Bima. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan* 2(2), pp.263–275. ISSN: 2301-8267.
- Alligood, MR & Tomey AN. (2014). *Nursing Theorist and Their Work, Sixth Edition, St. Louis Mosby*
- Alsagaff, H & Mukty, A. (2002). *Dasar-dasar Ilmu Penyakit Paru*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Arikunto, S (2010) *Managemen Penelitian*, Jakarta: Rineka Cipta
- Berry John W, Ype H. Poortinga, Mashall H. segall, Pierre R. Dasen, 1999. *Psikologi Lintas Budaya*, PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
- Bulechek, G.M., Butcher, H & Dochterman, J M. (2013). *Nursing Intervention Classification (NIC) 6th edition*. United States of America. Elsevier Inc
- Chapman, H. J. *et al.* (2017) ‘The Role of Powerlessness Among Health Care Workers in Tuberculosis Infection Control’, *Qualitative Health Research*, p. 104973231773131. doi: 10.1177/1049732317731317.
- Corrigan, P.W., & Watson, A.C. (2002) ‘The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 35-53.
- Corrigan, P.W., & Wassel, A. (2008) ‘Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46, 42-48
- Cramm, J M and Anna P N. 2011 *The relationship between (stigmatizing) views and lay public preferences regarding tuberculosis treatment in the Eastern Cape, South Africa*. *International Journal for Equity in Health* : 10 : 2.
- Cypress, B. S. (2015) ‘Understanding Uncertainty Among Critically Ill Patients in the Intensive Care Unit Using Mishel ’ s Theory of Uncertainty of Illness’, 35(1). doi: 10.1097/DCC.000000000000152.
- Dinas Kesehatan Jawa Timur. (2016). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa TImur*. Surabaya: Dinas Kesehatan Jawa Timur.

- Dudas, K., Olsson, L.E., Wolf, Exel., Swedberg, Karl., Tafh, Charles., Schaufulberger, Maria., Ekman, Inger., (2012) 'Uncertainty in illness among patients with chronic heart failure is less in person-centred care than in usual care'. doi: 10.1177/1474515112472270.
- Duyan, V, Kurt, B, Aktas, Z, Duyan, GC, Kulkul, DO, 2005. Relationship between quality of life and characteristics of patients hospitalised with tuberculosis int J Tuberc Lung Dis 9(12):1361–1366
- Etkind, Simon. N., Bristowe, Katherine., Bailey, Katharine., Selman, L. E., and Murtagh F.EM, (2017) 'How does uncertainty shape patient experience in advanced illness? A secondary analysis of qualitative data'. doi: 10.1177/0269216316647610.
- Han, P. K. J. (2013) 'Conceptual , Methodological , and Ethical Problems in Communicating Uncertainty in Clinical Evidence'. doi: 10.1177/1077558712459361
- Hines SC. Coping with uncertainties in advance care planning. J Commun. 2001;51(3):498-513.
- Hoth, K. F., Wamboldt, F. S., Ford, Dee, (2015) 'The Sosial Environment and Illness Uncertainty in Chronic Obstructive Pulmonary Disease', pp. 223–232. doi: 10.1007/s12529-014-9423-5.
- Herth, K.A. (1989) 'The Relationship between level a hope and level of coping respons and other variables in patient with cancer. Oncology Nursing Forum, 16(!), pp.67-306
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kipp A M, Pungrassami P, Nilmanat K, Sengupta S, Poole C, Strauss R P *et al*. 2011. *Socio-demographic and AIDS-related factors associated with tuberculosis stigma in southern Thailand: a quantitative, cross-sectional study of stigma among patients with TB and healthy community members*. BMC Public Health : 11 :675. Available online at <http://search.proquest.com>
- Lazarus R,S, Folkman S (1984) *Stress, Appraisal, and Coping*, Springer Publishing Company, NewYork.
- Lopez, R. P. and Guarino, A. J. (2011) 'Uncertainty and Decision Making for Residents with Dementia'. doi: 10.1177/1054773811405521.

- Macdonald, H., Abney, Kate., Abrams, Amber., and Truyt, Carina., (2016) 'Challenges in Exploratory Methods for Tuberculosis Research in South Africa'. doi: 10.1177/1049732315606065.
- Makhfudli. (2010). Faktor Yang Mempengaruhi Konversi BTA Pada Tuberkulosis Paru dengan Strategi DOTS kategori1 di Puskesmas Pegirian Kecamatan Semampir Kota Surabaya. Surabaya: Universitas Airlangga
- Melhado, L. and Bushy, A. (2011) 'Exploring Uncertainty in Advance Care Planning in African Americans : Does Low Health Literacy Influence Decision Making Preference at End of Life', 28(7), pp. 495–500. doi: 10.1177/1049909110398005.
- Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi: 4*. Jakarta: Salemba Medika
- Nyasulu, P., Phiri, Faith., Sikwesw, Simon., Chirwa, Tobias., Singini, Isaac., Banda, H. T., Banda., Rhoda, Mhemberel, Tichaona., Chimbali, Henry., Ngwira, Bagrey, and Munthali, A.C, (2016) 'Factors Influencing Delayed Health Care Seeking Among Pulmonary Tuberculosis Suspects in Rural Communities in Ntcheu District, Malawi', *Qualitative Health Research*, 26(9), pp. 1275–1288. doi: 10.1177/1049732315588083
- Mishel, M. H. Germinoa, Barbara B., Lin Lin b, Pruthi, Raj S., Wallenc, Eric M. (2009) 'Managing uncertainty about treatment decision making in early stage prostate cancer: A randomized clinical trial', *Patient Education and Counseling*, 77(3), pp. 349–359. doi: 10.1016/j.pec.2009.09.009.
- Mishel MH. Uncertainty in illness. *Image J Nurs Sch* 1988; 20: 225–232.
- Potter & Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Alih Bahasa oleh Yasmin Asih dkk. Jakarta: EGC.
- Price & Wilson. (2005). *Patofisiologi: Konsep Klinis Penyakit-Penyakit*. Jakarta: EGC.
- Procidano, M.E. & Heller, K (1983) Measures of perceived sosial support from friends and family: Three validation studies. *American journal of Community Psychology*, 11(1), pp.1-24. available at: <http://www.embase.com/search/result?subaction=viewrecord&from=export&id=L13674900>

- R. Tety & Ravenek, M. *et al.* (2017) 'Understanding uncertainty in young-onset Parkinson disease'. doi: 10.1177/1742395317694699.
- Setiadi (2007) *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sharma N, Nath A, Kumar D, Gopal Krishnan Ingle. A qualitative evaluation of the information, education, and communication component of the tuberculosis control program in Delhi, India. *Asia Pac J Public Health*. 2009;21(3) :321-332
- Smith, M.J. & Liehr, P.R. (2014). *Middle Range Theories of Nursing. Third Edition*, New York: Springer Publishing Company,
- Smeltzer & Bare. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC
- Yamin, Sofyan & Heri Kurniawan. 2011. *Partial Least Square Path Modelling*. Jakarta: Salemba Infotek.
- Storla DG, Yimer S, Bjune GA, 2008 A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of Tuberculosis. *BMC Public Health*. 2008;8:15.
- Stuart, G,W, & Laraia, M,T. (2009) '*Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, Mosby, Inc, an Affiliate of Elseiver, Inc,
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung : Penerbit Alfabeta
- Suryani, Efri Widiandi, Taty Hernawati, Aat Sriati. Psychosocial Needs Analysis of Patients with Pulmonary Tuberculosis. *Faculty of Nursing, Universitas Padjajaran, Makara J. Health Res.*, 2014, 18(3): 127-134 doi: 10.7454/msk.v18i3.4471 December 2014 127 | Vol. 18 | No. 3
- Gluczek, A., Mckechnie, A. C. and Lynam, P. A. (2010) 'When the Cystic Fibrosis Label Does Not Fit : A Modified Uncertainty Theory'. doi: 10.1177/1049732309356285.
- UNC School Of Nursing. (2012). *Mishel Uncertainty In illness scale*. Chapel hill. Diakses pada tanggal 20 november 2012. available; https://nursing.unc.edu/files/2012/12/mishel_uncertainty_scales.pdf
- Vagharseyyedin, S. A. (2011) 'Validation of the Iranian version of the Uncertainty In Illness Scale – Family form', (2003). doi: 10.1177/1744987110366201.

- WHO. (2016). *Global Tuberculosis Report 2016*. Retrieved from http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/ R. diakses tanggal 23 Oktober 2017
- Widianti, E., Hernawati, T. and Sriati, A. (2014) 'Psychosocial Needs Analysis of Patients with Pulmonary Tuberculosis', 18(3), pp. 127–134. doi: 10.7454/msk.v18i3.4471.
- Woith, W. M. and Rappleyea, M. L. (2014) 'Emotional representation of tuberculosis with stigma , treatment delay , and medication adherence in Russia'. doi: 10.1177/1359105314538349.
- Yusuf, Ah., Nihayati, H.R, & Fitriasari, R. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Okanurak K, Kitayaporn D, Akarasewi P. Factors contributing to treatment success among tuberculosis patients: a prospective cohort study in Bangkok. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2008;12(10): 1160-1165.
- Wolf, Airin, BS, Catherine F. Garlid, teologi M. Div, BCC, Loh Wei, and Kristiina Hyrkas. 2018. Physicians' Perceptions of Hope and How Hope Informs Interactions With Patients:A Qualitative, Exploratory Study DOI: 10.1177/1049909117751877



Lampiran 2. Surat Ijin Validitas dan Reabilitas

**SURAT REKOMENDASI IJIN VALIDITAS DAN REABILITAS
DARI BAKESBANGPOL KABUPATEN JEMBER**

PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Legi S. Paman No. 09. ☎ 337853 Jember

Jember
Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
0 -
JEMBER

SURAT REKOMENDASI
Nomor : 072/163/415/2018

Tentang
UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS

Dasar

1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Pemilihan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011.
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 tahun 2014 tentang Pedoman Pemilihan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.

Mengedukakan

Surat Dekan Fakultas Keguruan Universitas Airlangga 18 Januari 2018 Nomor : 129/URP/2018/2018 perihal permohonan uji validasi dan Reabilitas

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NPM : Anita Fatarona, S.Ked., Ns. / 11151411022

Instansi : Prodi Magister Keguruan Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan

Kemahasiswaan : Kampus D. Husein Sastranegara

Kepertanian : Mengetahui uji validitas dan reliabilitas dengan menggunakan Model Adaptasi Psikososial (M.A.P.S.) yang meliputi Pengukuran dengan Pendekatan Teori Uncontrollable Events.

Lokasi : Dinas Kesehatan dan Pendidikan Masyarakat Kabupaten Jember

Waktu Kegiatan : Januari s.d. Maret 2018

Apabila tidak bertentangan dengan peraturan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tenaga dan atau dana apabila perlu kegiatan di atas.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas ganda
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dibatalkan pengujian kegiatan.

Demikian surat pemberitahuan dan kepastian ini diucapkan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
Tanggal : 22-01-2018
An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
Kabupaten Jember
Kepala Kapan S. Bangs dan Politik


NPM : 11151411022
IDP : 1801071996071011

Tembusan :

Yth. Sdr. : 1. Dekan Fak. Keguruan Univ. Airlangga
2. Yang bersangkutan.

**SURAT REKOMENDASI IJIN VALIDITAS DAN REABILITAS
DARI DINAS KESEHATAN KABUPATEN JEMBER**

		PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER DINAS KESEHATAN	
		Jl. Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487377 Fax (0331) 420624 Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : stidkajember@yahoo.co.id	
Jember, 26 Januari 2018			
Nomor	440/6985/311/2018	Kepada	Yth. Sdr. 1. Kepala Bidang Pencegahan dan P2 Dinas Kesehatan Kab. Jember 2. Plt. Kepala Puskesmas Mangli
Sifat	Penting		
Lampiran	-		
Perihal	<u>Izin Uji Validitas dan Reliabilitas</u>		
di JEMBER			
<p>Menindak lanjuti surat Dinas Kesehatan Bidang Politik dan Lintas Kabupaten Jember Nomor: 072116.3/015/2018 Tanggal: 22 Januari 2018, Perihal: Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas, dengan ini surat ini dapat memberikannya seperti yang tertera sebagai berikut:</p>			
Nama	Anita Fatarona, S.Kep, Ns.		
NIM	131810153022		
Alamat	Kampus C Mulyorejo Sudiarta		
Fakultas	Prodi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga		
Keperluan	Melaksanakan Uji Validitas dan Reliabilitas Tentang Media Adaptasi Psikososial Pada Klien TB yang Mengalami Perawatan dengan Penyakit TBC Dengan Uncertainty in illness		
Waktu pelaksanaan	26 Januari 2018 s.d. 27 Januari 2018		
<p>Sehubungan dengan hal tersebut diatas, dengan ini kami tidak keberatan, dengan catatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uji Validitas dan Reliabilitas ini bukan merupakan keperluan penelitian 2. Tidak dibatasi untuk melakukan aktivitas lainnya 3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan <p>Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.</p> <p>Demikian dan atas perhatiannya diucapkan terima kasih.</p>			
			
		dr. SITINERUQOMARIYAH, M.Kes Pembina Tingkat I NIP. 19680206 199603 2 004	
Tembusan Yth. Sdr. Yang bersangkutan di Tempat			

Lampiran 3. Surat Ijin Penelitian

**SURAT REKOMENDASI IJIN PENELITIAN
DARI FAKULTAS KEPERAWATAN**

	<p>KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI UNIVERSITAS AIRLANGGA FAKULTAS KEPERAWATAN</p> <p>Kampus C Mahabesi Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913752, 5913752 Fax. (031) 5913253, 5913752 Website: http://www.rers.unair.ac.id e-mail: dekan_rers@fkip.unair.ac.id</p>	
Nomor	: 019 /UN3 1.13/PP6/S2/2018	18 Januari 2018
Lampiran	: 1 (Satu) berkas	
Perihal	: Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan - FKp Unair	
<p>Kepada Yth, Kepala Dinas Kesehatan Jember</p> <p>Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian oleh mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan bentuk penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.</p> <p>Nama : Anita Fatarona, S.Kep., Ns NIM : 131614151022 Judul Proposal : Model Adaptasi Psikososial Pada Klien TB yang Mengalami Pengobatan dengan Pendekatan <i>Levin's Uncertainty in Illness</i></p> <p>Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.</p> <p style="text-align: right;">Anita Fatarona, Mahasiswa NIM 131614151022</p> <p style="text-align: right;">  Anita Fatarona, S.Kep., M.Kes NIM 131614151022 </p>		
<p>Tembusan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Puskesmas Rambopuji Jember 2. Kepala Puskesmas Patang Jember 3. Kepala Puskesmas Sumberani Jember 		

**SURAT REKOMENDASI IJIN PENELITIAN
DARI BAKESBANGPOL KABUPATEN JEMBER**

 <p>PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK Jalan Letjen S. Parman No. 89 ■ 337853 Jember</p>	
Kepada Yth. Gkr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember d. JEMBER	
<p>SURAT REKOMENDASI Nomor : 072/163/415/2018</p>	
Tentang PENELITIAN	
Dasar :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 1 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011; 2. Peraturan Bupati Jember No. 10 Tahun 2014 tentang Pedoman Penetapan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
Meneruhtakan :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga 18 Januari 2018 Nomor : 015/UPD.1.1/PPd/2018 perihal Permutasi Penelitian
<p>MEREKOMENDASIKAN</p>	
Nama / NRP :	Anita Fatarona, S.Kep, Ns / 131614151042
Instansi :	Prodi Nakesia keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Alamat :	Kampus C Mulyorejo Surabaya
Kebutuhan :	Memadatkan Penelitian dengan judul penelitian "Model Adaptasi Psikososial Pada Klien TB yang Merusak Perilaku dengan Pendekatan Teori Periferal H. Azwar"
Lokasi :	Dinas Kesehatan, Puskesmas Sumberseksi, Gedung MHA Kecamatan Kabupaten Jember
Waktu Kegiatan :	10 Juli 2018 Hari
<p>Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan kompetensi yang berlaku diharapkan Saudara memberikan bantuan tempat dan atau data/informasi untuk kegiatan dimaksud.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk keperluan Pendidikan. 2. Tidak diartikan melakukan aktivitas politik. 3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghibahan kegiatan. <p>Demikian atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.</p>	
Ditandatangani di = Jember Tanggal = 22-01-2018 ANI KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK KABUPATEN JEMBER Kabid. Jalan Satrio 45 dan Polres	
 <p>ANIS, S.Sos Kepala BAKESBANG DAN POLITIK NRP. 196502011946021001</p>	
Terbilang : Yth. Sdr. :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dekan fak. Keperawatan Univ. Airlangga, 2. Yang bersangkutan.

**SURAT REKOMENDASI IJIN PENELITIAN
DARI DINAS KESEHATAN KABUPATEN JEMBER**

 <p>PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER DINAS KESEHATAN Jl. Srikoyo 103 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624 Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : ukdjember@yahoo.co.id</p>	
Jember, 26 Januari 2018	
Nomor	440 /6086/311/ 2018
Sifat	Penting
Lampiran	-
Perihal	Ijin Penelitian
Kepada	Yth. Sdr. 1. Kepala Bidang Pencegahan dan P2 Dinas Kesehatan Kab. Jember 2. Pt. Kepala Puskesmas Sumberjati 3. Pt. Kepala Puskesmas Puring 4. Pt. Kepala Puskesmas Rambupuji
	di - <u>JEMBER</u>
<p>Menindak lanjuti surat Badan Kesehatan Bangsa Politik dan Tammas Kabupaten Jember Nomor : 029 /63-418/2018, Tanggal 22 Januari 2018, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data sebagai berikut:</p>	
Nama	Anita Fatarona, S.Kep. Ns
NIM	131634153022
Alamat	Kampus C Mulyorejo Surabaya
Fakultas	Prodi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Kepolisian	Melaksanakan Penelitian tentang ➢ Model Adaptasi Psikososial Pada Klien TB yang Mengalami Pengobatan dengan Perasaan-Food Uncertainty in illness.
Waktu Pelaksanaan	26 Januari 2018 s.d 31 Maret 2018
<p>Sehubungan dengan hal tersebut maka permohonan kami tidak keberatan, dengan catatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian 2. Tidak dibarengi melakukan aktifitas politik 3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan <p>Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan</p> <p>Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.</p>	
 Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dr. STE NURCA DOMARIYAH, M.Kes Pejabat Tingkat I NIP. 19680206 199603 2404	
Tembusan Yth. Sdr. Yang bersangkutan di Tempat	

Lampiran 4. Surat Lolos Kaji Etik

**SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN
DARI PUSKESMAS RAMBIPUJI KAPUPATEN JEMBER**


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

KETERANGAN Lolos KAJI ETIK
 HEALTH RESEARCH ETHICS APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"
 No. 1566-KE/TK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi nilai moral dan keselamatan semua peserta penelitian kesehatan telah mengkaji dengan teliti protokol tersebut.

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of patients rights and welfare of health research, has carefully reviewed the research proposal submitted.

"MODEL ADAPTASI PSIKOSOSIAL PADA KLIEN TUBERKULOSIS PARU YANG MENEMALAN KEMEROGAN DENGAN MENGGUNAKAN PENDEKATAN TAGO PACKET (AFFECTION)"

Peneliti utama <i>Principal Investigator</i> Nama Instansi <i>Name of the Institution</i> Uji/Lokasi/Tempat Penelitian <i>Setting of research</i>	Anita Fatarona Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Puskesmas wilayah: Kota Jember, Kabupaten Jember
--	--

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

Surabaya, 09 Februari 2018
 Ketua (CHAIRMAN)

 Dr. Janti Haryanto, SKp, MSc
 NIP. 1963 0608 1991 03 1002

Lampiran 5. Surat Keterangan Selesai Penelitian

**SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN
DARI PUSKESMAS RAMBIPUJI KABUPATEN JEMBER**

	PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER	
	DINAS KESEHATAN	
	UPT. PUSKESMAS RAMBIPUJI	
	Alamat : Jl. Gajah Mada No.191 Telp. 711334 Rambipuji	
	e-mail: puskesmasrambipuji@yahoo.co.id	
	Kode Pos : 68152	
<hr/>		
	Rambipuji, 28 Maret 2018	
Nomor	440/6627/311.23/2018	Kepada
Sifat	Penting	Yth. Dekan Prodi Magister Ilmu Keperawatan
Lampiran		Fak. Keperawatan Univ. Airlangga
Perihal	<u>Jika Penelitian</u>	di <u>SIKARAYA</u>
<p>Menyatakan bahwa Surat dan Dupa Kesehatan Kabupaten Jember Nomor: 440/6627/311.23/2018, tanggal 26 Januari 2018, Perihal: Surat Penetapan, dengan ini telah berakhir.</p> <p>Nama: Anita Fatarona, S.Kep, Ns NIM: 131618153022 Alamat: Kampus C Mulyorejo Surabaya Fakultas: Prodi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga</p> <p>Telah melaksanakan Penelitian di Wilayah Kerja UPT. Puskesmas Rambipuji Kabupaten Jember tentang " Model Adaptasi Psikososial Pada klien TB yang Menjalani Pengobatan dengan Disabilitas Tumor Usabilitas in Illness " pada tanggal 26 Januari 2018 s.d. 27 Maret 2018.</p> <p>Demikian surat ini dibuat dan dipergunakan sebagaimana adanya.</p>		
	 Kepala Puskesmas Rambipuji Dr. SRI EKOPRIYAWAN Pembina Tk. I NIP. 19620618 199203 2 005	
<p>Tembusan Kepada Yth:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember 2. Yang bersangkutan 3. Arsip 		

**SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN
DARI PUSKESMAS SUMBERSARI KABUPATEN JEMBER**


PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS SUMBERSARI KECAMATAN SUMBERSARI
 Jl. Letjen Purwitas No. 41 Telp. 0311-377344 Jember Kode Pos 68122

SURAT KETERANGAN
No. 808/SP/1313.07/2018

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	dr. EDWINA PURWASTUTI
NIP	19590428 198703 2 002
Jabatan	Dokter Kepala Puskesmas Sumbersari
Alamat	Jl. Letjen Purwitas No. 41 Jember
Telepon	0311-377344

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa:

Nama	ANITA FATARONA, Sikep. Ns.
NIM	121614132022
Fakultas	Prodi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Telah melaksanakan penelitian:

Judul	Model Adaptasi Psikososial Pada Asim Tif yang Mengalami Penyakit dengan Perilaku Zoonosis Uncertainty in Illness
Waktu Pelaksanaan	26 Januari 2018 s.d 31 Maret 2018

Demikian surat keterangan ini agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 31 Maret 2018


 dr. EDWINA PURWASTUTI
 Pembantu Kepala Muda / IV-c
 NIP. 19590428 198703 2 002

Lampiran 6. Lembar Penjelasan Responden Penelitian

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama: Anita Fatarona

NIM: 131614153022

Adalah mahasiswa Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya akan melakukan penelitian dengan judul:

“Model Adaptasi Psikososial Pada Klien TB yang Menjalani Pengobatan dengan Menggunakan Pendekatan Teori *Uncertainty In Illness* di Puskesmas Wilayah Kerja Jember”

Untuk maksud di atas, maka saya mohon dengan hormat kepada Bapak/Ibu menjadi responden dalam penelitian ini. Adapun kebijakan dalam penelitian ini adalah:

1. Partisipasi ini bersifat sukarela;
 2. Meminta kesediaan Bapak/ Ibu menandatangani *informed consent*;
 3. Identitas responden akan dirahasiakan sepenuhnya oleh peneliti;
 4. Kerahasiaan informasi yang diberikan responden dijamin oleh peneliti, dan hanya disajikan untuk keperluan penelitian;
 5. Jika Bapak/Ibu bersedia menjadi responden dan berpartisipasi pada penelitian ini, maka peneliti memberikan kuesioner dan memohon Bapak/Ibu untuk mengisi kuesioner tersebut sesuai dengan apa yang Bapak/Ibu rasakan. Waktu yang dibutuhkan untuk mengisi kuesioner ini adalah 60 menit;
- Atas perhatian dan partisipasi Bapak/ Ibu, saya ucapkan terimakasih.

Jember, 2018

Responden
Penelitian

(Anita Fatarona)

(.....)

Peneliti,

Saksi

(.....)

Lampiran 7. Lembar Persetujuan Menjadi Responden

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Alamat :

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Penelitian yang berjudul “Model Adaptasi Pskososial Pada Klien Tuberkulosis dalam Menjalani Pengobatan dengan menggunakan pendekatan teori *uncertainty in illness* di Puskesmas Rambipuji Jember” yang dibimbing oleh Dr. Soedarsono, dr. Sp.P (K). dan Laily Hidayati, S.Kep., Ns., M.Kep.
2. Prosedur yang akan diterapkan pada subyek
3. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
4. Prosedur Penelitian
dan selama prosedur penelitian mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya (bersedia/tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

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

Responden Penelitian

Jember, 2018

(.....)

Peneliti

(Anita Fatarona)

Lampiran 8. Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN**PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER**

1. Bacalah dengan teliti setiap pertanyaan setiap item pertanyaan/ Pernyataan dalam kuesioner ini.
2. Pilihlah jawaban yang sesuai menurut Anda dengan cara memberi tanda silang (X) pada kotak pilihan yang tersedia.

A. DATA DEMOGRAFI

- 1) Nama :
- 2) Usia Anda saat ini : tahun
- 3) Jenis Kelamin : a. Perempuan
b. Laki-laki
- 4) Status Perkawinan : a. belum menikah
b. menikah
- 5) Agama : a. Islam
b. Katolik
- 6) Suku : a. Jawa b. Madura c. lain-lain
- 7) Pendidikan Terakhir :
a. Tidak sekolah d. SMU/SMK
b. SD e. Perguruan Tinggi
c. SMP f. Lain-lain, sebutkan.....
- 8) Pekerjaan :
a. Tidak bekerja
b. PNS/ swasta
c. Wiraswasta
d. Buruh
sebutkan.....
- 10) Lama pengobatan TB :tahun... bulan....hari

B. PENGETAHUAN

No	Pertanyaan	Benar	Salah
1	TB adalah penyakit yang disebabkan oleh kuman (Mycobacterium)		
2	Penyakit TB adalah penyakit yang menular		
3	Penyakit TB dapat disembuhkan dengan pengobatan yang tepat		
4	Gejala utama penyakit TB apabila batuk lebih dari 2 minggu		
5	Penyakit TB menular melalui penggunaan alat makan bersama-sama		
6	Meludah disebarkan tempat tidak ada hubungannya dengan TB		
7	Lama pengobatan TB selama 5 bulan		
8.	Obat warna merah diminum bulan ke empat		
9	Mencegah TB sebaiknya tidak tidur sekamar dengan penderita		
10	Penyakit TB lebih parah dan lebih sulit diobati jika penderita tidak teratur minum obat		

Sumber: Kuesioner pengetahuan TB (Makhfudli, 2010)

C. KOMUNIKASI

No	Pernyataan	Sangat Baik	Cukup Baik	Sedikit	Hampir tidak pernah	Tidak pernah sama sekali
1	Selama kunjungan, berapa banyak dokter memberikan informasi terkait penyakit dan tindakan untuk mengobatinya					
2	Selama kunjungan, bagaimana perawat dan staf kesehatan lainnya memberitahu anda tentang penyakit dan pengobatannya.					
3	Selama kunjungan, bagaimana dokter menyikapi kekhawatiran yang anda alami tentang program pengobatan					
4	Selama kunjungan, bagaimana perawat dan staff lainnya menyikapi kekhawatiran yang anda alami tentang program pengobatan					
5	Selama kunjungan, berapa banyak anda terbantu dengan pengobatan yang diberikan					

Sumber: Modifikasi *Patient provider communication scale* (Mishel 2009)

D. FELT STIGMA (*Internalized Stigma of Mental Illness*)

No	Pertanyaan	Sangat tidak Setuju	Tidak Setuju	Sangat setuju	setuju
1	Saya merasa terasing dari lingkungan karena menderita TB				
2	Saya merasa minder dengan orang lain yang tidak menderita TB				
3	Masyarakat dapat mengetahui bahwa saya menderita dari gejala penyakit yang tampak batuk, sesak dan memakai masker di wajah saya				
4	Masyarakat mengucilkan saya karena TB				
5	Masyarakat berpikir saya tidak akan berhasil menjalani hidup karena TB				
6	Saya tidak bersosialisasi di masyarakat karena TB akan membuat saya aneh di mata orang lain				
7	Saya memiliki kehidupan yang menyenangkan meskipun menderita TB				
8	Saya kecewa pada diri saya karena menderita TB paru				
9	Saya kehilangan teman berbagi, ketika teman mengetahui saya memiliki penyakit				
10	Saya sangat berhati-hati dalam memberikan Informasi terkait kondisi penyakit pada orang lain				
11	Saya takut pergi ke klinik TB karena orang lain mungkin melihatnya di sana				

Sumber: Modifikasi dari *Internalized Stigma of Mental Illness Scale ILEP*(2011)

E. HARAPAN

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Saya selalu mempunyai pikiran positif terhadap kehidupan				
2.	Saya mempunyai tujuan dalam kehidupan saya				
3.	Saya selalu merasa sendirian				
4.	Saya selalu bisa melihat peluang didalam setiap kesulitan yang dihadapi				
5.	Saya merasa nyaman karena saya mempunyai iman				
6.	Saya takut menghadapi masa depan saya				
7.	Saya bisa mengingat masa momen bahagia				
8.	Saya memiliki kekuatan batin yang baik				
9.	Saya bisa memberi dan menerima kasih sayang				
10.	Saya merasa kehidupan saya mempunyai nilai dan manfaat				

Sumber: Modifikasi dari kuesioner *Herth Hope Index* (Herth, 1992).

F. DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA

No	Pernyataan	Iya	Tidak	Tidak Tau
1.	Keluarga saya selalu memberikan dukungan moral sesuai dengan yang saya butuhkan			
2.	Kebanyakan orang lain sangat dekat dengan keluarga mereka masing-masing sedangkan saya tidak			
3.	Saya kadang merasa membuat keluarga merasa tidak nyaman, ketika saya bercerita dengan anggota keluarga saya yang saya anggap paling dekat dengan saya			
4.	Setiap apa yang saya pikirkan, keluarga saya senang mendengarkannya			
5.	Beberapa anggota keluarga berbagi cerita kepada saya saat mereka mempunyai masalah dan membutuhkan nasehat			
6.	Saya sangat bergantung pada keluarga saya untuk mendapatkan dukungan emosional			
7.	Setiap saya merasa sedih, ada anggota keluarga yang saya tuju untuk mengungkapkan perasaan			
8.	Setiap apa yang saya dan keluarga pikirkan mengenai sesuatu, saya dan keluarga saling terbuka			
9.	Keluarga sangat peka terhadap kebutuhan pribadi saya			
10.	Keluarga saya selalu mendatangi saya agar mendapatkan dukungan emosional			
11.	Anggota keluarga saya selalu membantu untuk memecahkan masalah saya dengan baik			
12.	Saya selalu berbagi dengan anggota keluarga saya			
13.	saya merasa tidak nyaman ketika saya bercerita tentang masalah yang saya hadapi dengan anggota keluarga saya			
14.	Saya dianggap sebagai sahabat oleh anggota keluarga saya			
15.	Saya berpikir keluarga saya merasa bahwa saya selalu baik dalam membantu memecahkan masalah yang dihadapi keluarga			
16.	Harapan saya keluarga saya sangatlah berbeda			

Sumber: *Perceived Sosial Support Form Family* (Procidano dan Heller 1983).

G. KUESIONER *UNCERTAINTY (MUIS/ MISHEL UNCERTAININTY IN ILLNESS SCALE)*

No	Pernyataan	Sangat setuju	Setuju	Ragu-Ragu	Tidak Setuju	Sangat tidak setuju
1.	Saya punya banyak pertanyaan tentang penyakit saya					
2.	Saya tidak tahu apakah penyakit saya berjalan dengan baik atau lebih buruk					
3.	Saya khawatir memiliki gejala batuk, dahak dan sesak dan sangat malu harus meludah dan memakai masker					
4.	Penjelasan yang diberikan kepada saya tentang penyakit saya bingung					
5.	Pengobatan saya terlalu rumit untuk dipahami					
6.	Sulit untuk mengetahui apakah pengobatan ini memperbaiki penyakit saya					
7.	Saya telah diberi informasi yang berbeda tentang penyakit saya					
8.	Hasil tes saya berbeda dan berubah-ubah					
9.	Pengobatan yang saya jalani sangat efektif					
10.	Tenaga kesehatan menggunakan bahasa sederhana untuk bisa mengerti apa yang mereka jelaskan padaku					

Sumber: Modifikasi dari kuesioner *MUIS-C* (Mishel, 1997, Torres Ortega, Claraa, Pe na-Amarob , y Pilar, 2014).

H. KUESIONER KOPING

PERTANYAAN:

Saat saya mempunyai masalah (terdiagnosis penyakit Tuberkulosis) yang saya lakukan adalah?

No	Pernyataan	Tidak pernah	Jarang	Sering	Selalu
<i>Mekanisme koping problem focus</i>					
1	Saya meminta tolong orang lain untuk mengubah pandangan masyarakat terhadap pengobatan yang saya jalani.				
2	Saya mengungkapkan kemarahan kepada orang yang menyebabkan pengobatan saya tidak memuaskan.				
3	Saya bertukar pikiran dengan orang lain tentang pengobatan saya.				
4	Saya hanya berkonsentrasi pada apa yang harus saya lakukan untuk pengobatan selanjutnya.				
<i>Mekanisme koping cognitive focus</i>					
5	Saya terinspirasi untuk melakukan sesuatu yang kreatif.				
6	Saya merasa lebih baik ketika berrekreasi				
7	Saya mendapatkan informasi terkait pengobatan yang saya jalani				
8	Saya menerima pujian dari petugas kesehatan terkait pengobatan yang sudah rutin saya lakukan.				
9	Saya menerima masukan dari orang lain atau keluarga untuk memaksimalkan pengobatan yang saya jalani.				
<i>Emotion focus</i>					
10	Saya tidak sembuh karena keluarga tidak mendukung pengobatan				
11	Penyakit yang saya derita bukan hal yang sangat menakutkan				
12	Saya menyadari penyakit saya menular, saya lebih tertarik untuk melanjutkan kegiatan yang bermanfaat.				
13	Saya bisa sembuh dengan melakukan pengobatan TB sesuai anjuran tenaga kesehatan				
14	Saya akan marah dan menangis bila keluarga tidak memfasilitasi secara finansial pengobatan yang terbaik.				

I. ADAPTASI PSIKOSOSIAL

No	Pernyataan	ya	tidak	Tidak tahu
1	Saya selalu mengikuti kegiatan dalam aktivitas sosial			
2	Saya selalu melakukan aktivitas jalan sehat di masyarakat			
3	Saya terlibat sebagai panitia dalam kegiatan di masyarakat			
4	Saya tidak tertarik dalam kegiatan sosial di masyarakat			
5	Saya mengisi hari libur dengan rekreasi dan melaksanakan hobi yang anda sukai			
6	Saya selalu menyelesaikan pekerjaan tepat waktu			
7	Saya mengalami kesulitan dalam memulai pekerjaan			
8	Saya merasa batuk yang saya rasakan mengurangi aktivitas saya			
9	Pekerjaan sangat penting bagi hidup saya			
10	Saya selalu pergi berobat atau kontrol tepat waktu ke pelayanan kesehatan			
11	Saya mengalami depresi ketika ada masalah muncul			
12	Saya khawatir penyakit ini membuat orang lain menjauhi saya			
13	Marah adalah cara saya dalam meluapkan emosi			
14	Saya menyalahkan diri sendiri tentang masalah yang saya hadapi.			
15	Penyakit ini mempengaruhi penampilan saya.			
16	Saya merasa ada perubahan hubungan keluarga selama saya sakit			
17	Saya menghubungi keluarga besar saat saya sakit			
18	Saat saya sakit, saya selalu bersama keluarga besar			
19	Saya sering Komunikasi dengan keluarga			
20	Hubungan saya dengan keluarga cukup baik			
21	Saya mendapatkan informasi lengkap terkait penyakit yang saya alami			
22	Saya mendapatkan kualitas perawatan medis yang baik			
23	Saya paham informasi penyakit yang di berikan dari tenaga medis			
24	Saya percaya dengan pengobatan ini akan sembuh			

Sumber *HCO subscale of the Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report (PAIS-SR)*

