

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. *Tuberculosis* (TBC)**

##### **1. Definisi**

*Tuberculosis* adalah penyakit granulomatosa kronis, infeksi dan menular disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis* yang menyebar dari orang ke orang melalui udara. Bakteri aerobik ini tahan asam yang tumbuh perlahan-lahan dan sensitif terhadap panas dan radiasi ultraviolet. TBC biasanya mempengaruhi paru-paru, tetapi juga dapat mempengaruhi bagian lain dari tubuh (CDC, 2012 & Biswas, 2010).

*Multidrug-resistant* (MDR TB) *defined as resistance to the drugs like isoniazid and rifampicin, with or without resistance to other first-line drugs* (FDL) (Rajkumar and Sathyamurthi, 2018).

## 2. Etiologi

Tuberkulosis adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri berbentuk batang non-spora yaitu bakteri *aerobik mycobacterium tuberculosis*. Mikobakteri biasanya berukuran 0,5-3 mm, diklasifikasikan sebagai basil tahan asam dan memiliki struktur dinding sel unik penting untuk kelangsungan hidup mereka. *Mycobacterium tuberculosis* meliputi *mycobacterium tuberculosis*, *m. bovis*, *m. bovis BCG*, *m. africanum*, *m. caprea*, *m. microti* dan *m. pinnipedii* (Yukon, 2016).

*Multidrug-resistant* (MDR-TB) disebabkan oleh organisme yang tahan terhadap isoniazid dan rifampisin, yang merupakan dua obat TBC paling ampuh. Obat ini digunakan untuk mengobati semua orang dengan penyakit seperti TBC otak, ginjal atau tulang belakang (WHO, 2017; CDC, 2012). Lebih lanjut, CDC (2012), memaparkan proses terjadinya resistansi terhadap obat yaitu resistansi terhadap obat anti-TBC dapat terjadi ketika obat ini disalahgunakan atau salah urus.

Contohnya termasuk ketika pasien tidak menyelesaikan pengobatan secara tuntas, ketika penyedia layanan kesehatan meresepkan pengobatan yang salah, dosis yang salah atau lamanya waktu untuk mengambil obat, ketika persediaan obat tidak selalu tersedia, atau ketika obat yang berkualitas buruk.

Faktor resiko terjadinya TBC-MDR lebih banyak terjadi pada pasien yang sebelumnya sudah mendapatkan pengobatan TBC. Selain itu meningkatnya kasus HIV/AIDS juga menjadi faktor resiko yang berperan dalam meningkatnya kasus TBC-MDR. Peningkatan kasus HIV ini menimbulkan resiko terjadinya infeksi laten *tuberculosis*, sehingga penderita *tuberculosis* akan mendapatkan pengobatan anti *tuberculosis* berulang. Pengulangan pengobatan ini akan meningkatkan resiko terjadinya resistansi obat dan menimbulkan TBC-MDR.

### **3. Tanda dan Gejala**

Tanda dan gejala umum penyakit TBC yang aktif serta tanda yang melibatkan masalah paru-paru meliputi

demam, keringat malam, berat badan menurun, nafsu makan berkurang, kelelahan, batuk selama 2-3 minggu, sakit dada, kelainan pada dada (*x-ray*), *hemoptisis* (Yukon, 2016).

Tabel 2.1 Perbedaan tanda dan gejala dalam tahapan infeksi *mycobacterium tuberculosis*

<i>Early infection</i>	<i>Early primary progressive (active)</i>	<i>Late primary progressive (active)</i>	<i>Latent</i>
Sistem kekebalan tubuh melawan infeksi. Infeksi umumnya tanpa tanda-tanda atau gejala. Pasien mengalami demam, <i>limfadenopati paratrakeal</i> , atau <i>dyspnea</i> . Infeksi hanya subklinis dan tidak berkembang ke penyakit aktif.	Sistem kekebalan tubuh tidak dapat kontrol. Peradangan awal dari jaringan terjadi kemudian pasien sering memiliki tanda-tanda nonspesifik atau gejala (misalnya kelelahan, penurunan berat badan, demam) batuk tidak produktif berkembang. Diagnosis bisa sulit : temuan pada radiografi dada normal dan pap-sputum negatif untuk mikobakteri.	Batuk menjadi produktif tanda-tanda dan gejala lainnya sebagai penyakit berlangsung. Pasien mengalami penurunan berat badan yang progresif, <i>rales</i> , temuan anemia di radiografik dada, diagnosis yang normal adalah melalui dahak.	<i>Mycobacteria</i> bertahan dalam tubuh, ada tanda-tanda atau gejala-gejala muncul. Pasien tidak merasa sakit, rentan terhadap reaktivasi penyakit terdapat lesi <i>granulomatos</i> dan menjadi <i>fibrotik</i> , menjadi jelas terlihat di radiografi dada. Infeksi dapat muncul kembali ketika imunosupresi terjadi.

Sumber: (Knechel, 2009)

#### 4. Patofisiologi

Setelah terhirup, *mycobacterium* TBC menular sepanjang saluran udara. Sebagian besar basil terjebak di bagian saluran pernapasan atas di mana terdapat sel-sel goblet penghasil mukus. Lendir diproduksi dikarenakan adanya zat asing dan silia pada permukaan sel-sel terus-menerus mengalahkan lendir serta partikel yang terperangkap di saluran pernapasan atas. Sistem ini merupakan pertahanan fisik awal untuk pencegahan infeksi pada kebanyakan orang yang terkena TBC.

Bakteri yang melewati sistem mukosiliar dan mencapai alveoli dengan cepat dikelilingi dan ditelan oleh makrofag alveolar. Makrofag ini disebut sebagai pertahanan *host* yang merupakan bagian dari sistem imun bawaan dan memberikan kesempatan bagi tubuh untuk menghancurkan, menyerang dan mencegah infeksi mikobakteri. Makrofag bekerja dengan memanfaatkan sel fagosit yang tersedia untuk memerangi patogen tanpa memerlukan paparan sebelumnya dengan patogen.

Beberapa mekanisme dan reseptor makrofag terlibat dalam penyerapan mikobakteri.

Sistem komplemen juga berperan dalam fagositosis bakteri. C3 protein komplemen mengikat dinding sel dan meningkatkan pengakuan terhadap mikobakteri oleh makrofag. Opsonisasi oleh C3 sangat cepat, bahkan di ruang udara dari *host* tanpa paparan *mycobacteria tuberculosis* sebelumnya. Berikutnya fagositosis oleh makrofag mengakibatkan kontrol yang baik terhadap infeksi, diikuti dengan TBC laten atau pengembangannya menjadi TBC aktif, yang disebut *primary tuberculosis progresif*.

Pada dasarnya hasil ditentukan oleh kualitas pertahanan *host* dan keseimbangan yang terjadi antara pertahanan *host* dan serangan mikobakteri. Setelah tertelan oleh makrofag, *mycobacteria* yang terus bertambah banyak secara perlahan-lahan dengan pembelahan sel bakteri terjadi setiap 25-32 jam.

Produksi enzim proteolitik dan sitokin oleh makrofag dalam upaya untuk menurunkan bakteri. Sitokin dirilis menarik limfosit T ke *site*, sel-sel yang membentuk imunitas seluler. Kemudian antigen *mycobakteri* hadir dipermukaan menuju sel T. Proses kekebalan awal ini terus selama 2 sampai 12 minggu, mikroorganisme terus tumbuh sampai mereka mencapai jumlah yang cukup untuk sepenuhnya mendapatkan respon kekebalan yang dimediasi sel, yang dapat dideteksi dengan tes kulit (Knechel, 2009).

Soepandi et al., (2010), pada *tuberculosis multidrug resistant* (TBC-MDR) paling banyak didahului oleh infeksi *tuberculosis* yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis* dan mengalami kekebalan obat akibat dua faktor yaitu :

a. Faktor mikroorganisme

Virulensi kuman menjadi lebih tinggi dengan daya tahan yang tinggi. Keadaan yang menimbulkan tingginya faktor virulensi ini adalah

sifat kuman yang dapat menginfeksi tubuh pejamu walaupun dalam jumlah yang kecil dan kemampuan kuman *mycobacterium tuberculosis* yang dapat bermutasi sehingga dapat menahan diri terhadap reaksi peradangan oleh makrofag pada tubuh pejamu.

Kuman *mycobacterium tuberculosis* memiliki protein yang dapat menimbulkan apoptosis makrofag yang seharusnya memfagosit kuman. Hal ini akan menimbulkan kerusakan jaringan yang semakin luas. Kuman ini juga dapat mensintesis protein dan menimbulkan perubahan struktur kuman sehingga kuman menjadi lebih resistan terhadap pemberian antibiotik yang sebelumnya sudah digunakan.

#### b. Faktor klinis

Mekanisme terjadinya TBC-MDR terjadi akibat faktor penyelenggara kesehatan, faktor obat dan faktor pasien. Pada faktor penyelenggara



kesehatan antara lain disebabkan oleh adanya keterlambatan diagnosis, petugas yang kurang terlatih, pemantauan pengobatan yang tidak sesuai serta adanya fenomena *addition syndrome* yaitu suatu obat yang ditambahkan pada suatu paduan yang telah gagal, dan jika kegagalan ini terjadi akibat kuman yang telah resistan pada paduan yang pertama maka penambahan obat ini akan meningkatkan resistansi.

Faktor obat antara lain paduan dosis dan lama pengobatan yang tidak sesuai, serta toksisitas dan efek samping yang mungkin terjadi. Faktor pasien yang berperan dalam pengobatan TBC-MDR ini adalah ketaatan pasien dalam mengkonsumsi obat, ketiadaan PMO (Pengawas Minum Obat), kurangnya pengetahuan pasien terhadap infeksi *tuberculosis* dan adanya gangguan penyerapan obat.

## 5. Diagnosis TBC-MDR

Diagnosa *tuberculosis multidrug resistant* (TBC-MDR) ditegakkan dengan cara mengidentifikasi faktor risiko yang menyebabkan pasien lebih rentan terkena TBC-MDR, ataupun pada pasien yang tidak respon dengan terapi konvensional.

Anamnesis dari gejala klinis pasien *tuberculosis multidrug resistant* sama dengan gejala klinis infeksi *tuberculosis* lainnya, yaitu batuk dengan dahak warna kuning kehijauan sampai batuk berdarah, penurunan nafsu makan disertai dengan penurunan berat badan serta keringat malam. Sebagian besar infeksi *tuberculosis* ini beresiko menjadi TBC-MDR, pasien dengan TBC-MDR biasanya ditandai dengan gejala batuk yang tidak berkurang dengan pengobatan lini pertama selama dua minggu, tidak adanya konversi sputum setelah pengobatan dua bulan, demam dan berat badan yang cenderung menurun atau tetap setelah pengobatan (Soepandi et. al, 2010).

## 6. Pilar dan Komponen Penanggulangan TB

Kemenkes RI (2018), menyusun beberapa pilar dan komponen penanggulangan TBC, yaitu:

- a. Integrasi layanan TBC berpusat pada pasien dan upaya pencegahan TBC
  - 1) Diagnosis TBC sedini mungkin, termasuk uji kepekaan OAT bagi semua dan penapisan TBC secara sistematis bagi kontak dan kelompok populasi berisiko tinggi.
  - 2) Pengobatan untuk semua pasien TBC, termasuk untuk penderita resistan obat dengan disertai dukungan yang berpusat pada kebutuhan pasien (*patient-centred support*).
  - 3) Kegiatan kolaborasi TB/HIV dan tata laksana komorbid TBC yang lain.
  - 4) Upaya pemberian pengobatan pencegahan pada kelompok rentan dan berisiko tinggi serta pemberian vaksinasi untuk mencegah TBC

- b. Kebijakan dan sistem pendukung yang berani dan jelas
- 1) Komitmen politis yang diwujudkan dalam pemenuhan kebutuhan layanan dan pencegahan TBC.
  - 2) Keterlibatan aktif masyarakat, organisasi sosial kemasyarakatan dan pemberi layanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta.
  - 3) Penerapan layanan kesehatan semesta (*universal health coverage*) dan kerangka kebijakan lain yang mendukung pengendalian TBC seperti wajib lapor, registrasi vital, tata kelola dan penggunaan obat rasional serta pengendalian infeksi.
  - 4) Jaminan sosial, pengentasan kemiskinan dan kegiatan lain untuk mengurangi dampak determinan sosial terhadap TBC.

c. Intensifikasi riset dan inovasi

- 1) Penemuan, pengembangan, dan penerapan secara cepat alat, metode intervensi dan strategi baru pengendalian TBC.
- 2) Pengembangan riset untuk optimalisasi pelaksanaan kegiatan dan merangsang inovasi-inovasi baru untuk mempercepat pengembangan program pengendalian TBC.

**7. Upaya Pengendalian TBC Faktor *Tuberculosis***

Kemenkes RI (2018), memaparkan cara pengendalian dan pencegahan faktor TBC meliputi budayakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), budayakan batuk dengan melihat *ethical behavior*, memelihara dan meningkatkan kualitas lingkungan rumah yang berstandar, tingkatkan imunitas tubuh, penyakit TBC penyerta ditangani, serta pengendalian dan pencegahan *infectious* di dalam maupun luar fasilitas pelayanan kesehatan.

Lima prioritas *actions* untuk mengatasi krisis MDR-TBC global, yaitu (WHO, 2017):

- a. Mencegah, pengembangan ketahanan obat melalui pengolahan kualitas yang tinggi sebagai prioritas utama.
- b. Meningkatkan test dan deteksi secara cepat dari semua kasus MDR/ RR-TBC.
- c. Menyediakan akses segera untuk pengobatan dan perawatan MDR-TBC yang sesuai, termasuk kecukupan persediaan obat yang berkualitas.
- d. Melaksanakan langkah-langkah pengendalian infeksi TBC yang tepat dan cepat dengan cara mendaftarkan pasien yang terdiagnosis serta memberikan pelayanan pengobatan yang efektif untuk meminimalkan resiko penularan penyakit.
- e. Mempertahankan respon MDR-TBC melalui komitmen pemerintah dengan memfasilitasi pembiayaan perawatan yang memadai.

WHO (2017), memaparkan upaya pencegahan TBC-MDR yang paling penting adalah seseorang dapat mengambil semua obat mereka persis seperti yang ditentukan oleh penyedia layanan kesehatan, tidak ada dosis harus dilewatkan dan pengobatan tidak harus dihentikan lebih awal, pasien harus memberitahu dokter jika mengalami kesulitan mengambil obat, jika pasien berencana bepergian harus berbicara dengan penyedia layanan kesehatan dan memastikan bahwa memiliki cukup obat selama bepergian dan terakhir diminum pada hari itu kemudian dilanjutkan kontrol ke fasilitas pelayanan kesehatan tempat pasien berobat.

## **8. Perilaku Kesehatan Pasien TB**

Biswas (2010), memaparkan enam dimensi yang harus dilakukan bagi penderita TBC, yaitu:

### **a. Mematuhi obat anti TBC**

Kepatuhan adalah sejauh mana pasien mengambil obat yang sudah ditentukan oleh penyedia layanan kesehatan. Memahami jadwal obat, berarti

mengambil jumlah yang ditentukan pil setiap hari dalam waktu jatuh tempo dan dosis yang tepat diresepkan oleh dokter.

b. Mengikuti diet sehat

Pasien dengan TBC harus mengikuti diet gizi kalori tinggi (seperti telur, daging, susu dan produk susu). Energi tinggi dan protein tinggi diet membantu pada tahap akut penyakit. Namun, kebanyakan pasien TBC sering tidak memperhatikan status gizinya karena penyakit kronis yang berkepanjangan dan merusak status gizi. Status gangguan gizi, anoreksia, penurunan berat badan, dan kekurangan gizi adalah masalah umum pada pasien tuberkulosis. Selain itu, kebiasaan makan pasien TBC yang berubah karena kelelahan melalui batuk yang berlebihan, produksi sputum, dan nyeri dada.

c. Melakukan latihan fisik

Program pengobatan harus dipasangkan dengan diet yang tepat, istirahat, dan olahraga dalam rangka untuk



sepenuhnya mengusir bakteri dari sistem tubuh. Pasien dapat melakukan olahraga teratur, intensitas sedang setidaknya lima hari seminggu selama 30 menit atau lebih. Selanjutnya, pasien TBC harus melakukan kegiatan sebanyak yang mereka mau, karena mereka secara fisik mampu melakukan pada waktu tertentu. Untuk pasien saat ini yang dipengaruhi oleh TBC, dapat melakukan kegiatan sederhana seperti berjalan atau latihan membantu menghilangkan bakteri.

d. Menjaga kebersihan lingkungan

Pasien TBC harus menghindari tinggal untuk berjam-jam di tempat-tempat dengan orang-orang yang merokok, ventilasi buruk atau gelap dan lingkungan lembab. Tempat harus terkena sinar matahari dengan ventilasi yang baik, karena cahaya matahari secara efektif membunuh kuman TBC.

e. Mencegah transisi penyakit

Pasien TBC harus menyadari mencegah penyakit menular kepada orang lain. Profesional perawatan kesehatan harus memberikan instruksi kepada pasien tentang cara-cara untuk orang lain dilindungi dari kemungkinan infeksi. Pasien TBC harus menutup mulut dan hidung dengan tisu atau sapu tangan saat batuk atau bersin dan mencuci tangan dengan benar.

f. Menghindari faktor-faktor resiko TBC

Tembakau rokok dan asupan alkohol yang tinggi sangat mengurangi mekanisme pertahanan tubuh. Sebaliknya, kurang konsumsi tembakau akan membantu untuk mencegah terjadinya penyakit tuberkulosis serta penyakit paru-paru lainnya.

## 9. Pengobatan

Zumla et al., (2013) merekomendasikan beberapa pengobatan yang dapat diberikan pada penderita TBC-MDR yaitu *pirazinamid*, *fluorokuinolon*, *etionamid* atau

*prothionamide, cycloserine* atau *asam para-aminosalisilat*.

## **B. Dukungan Keluarga**

### **1. Definisi Dukungan Keluarga**

Dukungan keluarga adalah suatu kegiatan yang berorientasi untuk meningkatkan fungsi keluarga dengan landasan membesarkan anak dan kegiatan keluarga lainnya dalam suatu sistem dan sumber daya yang mendukung (baik formal maupun informal) (Daly et al., 2015). Dukungan keluarga merupakan suatu strategi pendekatan untuk bekerja sama dengan anak-anak dan keluarga dapat berarti membantu dengan sukarela untuk diri sendiri atau untuk anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan akhirnya menguntungkan individu (Devaney, 2011; &FSP<sup>TM</sup>, 2015).

### **2. Tujuan Dukungan Keluarga**

Devaney (2011), memaparkan beberapa tujuan dari dukungan keluarga, sebagai berikut:

- a. Mendukung dan mensejahterakan anak-anak dan keluarga di bawah ancaman.
- b. Mengurangi risiko terhadap anak-anak dan keluarga dengan meningkatkan kehidupan keluarga.
- c. Mencegah masuknya anak-anak dan keluarga ke dalam sistem perawatan yang dapat dihindari.
- d. Mencoba untuk mengatasi masalah saat ini yang dialami oleh anak-anak dan keluarga.
- e. Mengembangkan kekuatan orang tua/wali dan anak-anak yang ada di bawah tekanan.
- f. Memungkinkan keluarga untuk mengembangkan strategi dalam mengatasi stres.
- g. Menyediakan layanan yang mudah di akses, realistis dan ramah pengguna untuk terhubung dengan keluarga terjaring di masyarakat.
- h. Mempromosikan kompetensi dan kepercayaan orang tua.
- i. Memberikan layanan langsung kepada anak-anak dan keluarga.

- j. Membantu reintegrasi anak-anak dan keluarga kembali ke keluarga mereka.

### **3. Prinsip Dukungan Keluarga**

Prinsip dukungan keluarga yang dinyatakan oleh Devaney (2011), yaitu:

- a. Bekerja dalam kemitraan dengan anak-anak, keluarga, profesional dan masyarakat.
- b. Intervensi dukungan keluarga adalah kebutuhan yang dipimpin dan diupayakan seminimal mungkin intervensi yang dibutuhkan.
- c. Membutuhkan fokus yang jelas pada keinginan, perasaan, keamanan dan kesejahteraan anak-anak.
- d. Dukungan keluarga mencerminkan perspektif berbasis kekuatan yang penuh perhatian.
- e. Ketahanan sebagai karakteristik banyak anak dan kehidupan keluarga.
- f. Intervensi yang efektif adalah yang memperkuat jaringan dukungan informal.

- g. Dukungan keluarga dapat di akses dan fleksibel dalam hal pengaturan waktu, pengaturan mengubah kebutuhan dan dapat menggabungkan perlindungan dan peduli jika anak keluar dari rumah.
- h. Memfasilitasi rujukan mandiri dan jalur rujukan multi-akses.
- i. Melibatkan pengguna layanan dan penyedia garis depan dalam perencanaan, pengiriman dan evaluasi secara berkelanjutan.
- j. Meningkatkan inklusi sosial, menangani isu-isu etnis, kecacatan dan masyarakat pedesaan/ perkotaan.
- k. Ukuran keberhasilan secara rutin dimasukkan untuk memfasilitasi evaluasi berdasarkan memperhatikan hasil untuk pengguna layanan, dan dengan demikian memfasilitasi layanan berkualitas berdasarkan praktik terbaik.

#### **4. Jenis Dukungan Keluarga**

FSP<sup>TM</sup> (2015), menyatakan ada empat jenis dukungan keluarga, meliputi dukungan emosional,

dukungan fisik, dukungan material/ peran dan dukungan informasi.

a. *Emotional Support*

Dukungan berkaitan dengan meningkatkan fungsi psikososial dalam hal mengurangi stres dan meningkatkan orientasi positif perasaan. House (1981) dalam Kaakinen (2010) mengemukakan bahwa dukungan emosional dapat berupa kelengkapan cinta, perhatian, simpati, dan pikiran positif. Aktifitasnya dapat berupa mendengarkan, memberikan pujian, memberikan kehadiran.

b. *Physical Support*

Dukungan terkait untuk meningkatkan kesehatan fisik (misalnya, pemeriksaan kesehatan, gizi) atau keterampilan hidup sehari-hari dari anggota keluarga penyandang cacat (misalnya, membantu anak dengan toilet, makan, bergerak di sekitar lingkungan mereka). House (1981) dalam Kaakinen (2010) mengemukakan bahwa dukungan penghargaan

memberikan umpan balik kepada individu untuk membantu mereka mengevaluasi diri, dan menilai situasi. Aktifitasnya seperti melihat aktifitas sehari, memberikan penghargaan dari hasil yang dicapai (misal hasil laboratorium).

c. *Material/Instrumental*

Dukungan berkaitan dengan meningkatkan dukungan akses ke sumber daya keuangan yang memadai dan penyelesaian tugas-tugas yang diperlukan (misalnya, transportasi janji ke dokter, perawatan anak yang memungkinkan orang tua untuk bekerja, bantuan dengan pekerjaan rumah tangga sehingga keluarga bisa menghabiskan waktu bersama-sama). House (1981) dalam Kaakinen (2010) mengemukakan bahwa dukungan instrumental memberikan bentuk nyata, seperti finansial, benda, atau pelayanan. Aktifitasnya dapat berupa membantu pekerjaan rumah tangga seperti laundry, menyediakan perawatan yang cukup,



memberikan transportasi, membantu dengan perawatan fisik.

d. *Informational Support*

Dukungan terkait dengan meningkatkan pengetahuan bersumber dari lisan atau tertulis yang disajikan baik secara *online*, media cetak maupun video yang mengarah ke perbaikan pengambilan keputusan. House (1981, dalam Kaakinen, 2010) mengemukakan bahwa dukungan informasi memberikan saran, informasi. Aktifitasnya seperti bertukar pikiran melalui sumber-sumber (buku, *website*), memberikan pendidikan kepada anggota keluarga yang sakit, informasi dukungan kelompok.

Friedman (2011; 2013) menyebutkan ada 5 jenis dukungan keluarga, sebagai berikut :

a. *Instrumental support*

Keluarga adalah orang pertama yang memberikan pertolongan pertama pada penderita secara cepat dan konkrit.

b. *Information support*

Keluarga sebagai sumber utama sebagai pemberi informasi.

c. *Emotional support*

Keluarga merupakan suatu bentuk dukungan yang memberikan keamanan dan kenyamanan pada penderita sehingga menjadi tempat yang aman dan damai dalam pengontrolan emosional seseorang.

d. *Dukungan penilaian/penghargaan*

Keluarga bertindak sebagai pembimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga antara lain memberi *support*, penghargaan, dan perhatian

e. *Spiritual support*

Keluarga dijadikan sebagai salah satu sumber dukungan yang dapat memberikan rasa percaya kepada sang pencipta untuk mengatasi segala masalah yang dihadapi seseorang serta kepercayaan atas doa yang di panjatkan.

## **C. Kepatuhan**

### **1. Definisi**

Kepatuhan didefinisikan sebagai praktek menaati aturan atau permintaan yang dibuat oleh orang-orang yang berkuasa (Jin et al., 2008). Kepatuhan didefinisikan oleh WHO sebagai “sejauh mana perilaku minum obat, mengikuti diet, dan atau melaksanakan perubahan gaya hidup seseorang, sesuai dengan rekomendasi yang disepakati dari pelayanan kesehatan (Sakalle et al., 2014).

Kepatuhan terhadap pengobatan adalah sejauh mana perilaku seseorang bertepatan dengan medis atau nasihat kesehatan mencakup minum obat secara teratur, menindaklanjuti janji dengan dokter, dan membuat perubahan untuk gaya hidup sehat (Biswas, 2010). Kepatuhan adalah pengambilan resep yang berkelanjutan, benar dan tidak terputus obat seperti yang diarahkan oleh profesional perawatan kesehatan (Diadla, 2013).

## 2. Jenis Ketidakepatuhan

Jin et al. (2008), melaporkan jenis ketidakepatuhan seseorang terhadap regimen terapi, meliputi menerima resep tetapi tidak mengambil/membelinya, mengambil dosis yang salah, minum obat pada waktu yang salah, meningkatkan atau menurunkan frekuensi dosis, menghentikan pengobatan terlalu cepat, menunda dalam mencari kesehatan, tidak berpartisipasi dalam kunjungan klinik, kegagalan untuk mengikuti petunjuk dokter, berhenti terapi untuk sementara dan kemudian *restart* terapi.

## 3. Faktor- faktor yang Mendukung Kepatuhan

Jin et al. (2008), membagi beberapa kategori terkait dengan faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan, yaitu:

Tabel 2.2 Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

<i>Category</i>	<i>Factors</i>
<i>Patient-centered factors</i>	<i>Demographic Factors: Age, Ethnicity, Gender, Education, Marriage Status.</i> <i>Psychosocial factors: Beliefs, Motivation, Attitude</i> <i>Patient-prescriber relationship</i> <i>Health literacy</i> <i>Patient knowledge</i>

---

<i>Therapy- related factors</i>	<i>Physical difficulties</i>
	<i>Tobacco Smoking or alcohol intake</i>
	<i>Forgetfulness</i>
	<i>History of good compliance</i>
<i>Healthcare system factors</i>	<i>Route of administration</i>
	<i>Treatment complexity</i>
	<i>Duration of the treatment period</i>
	<i>Medication side effects</i>
	<i>Degree of behavioral change required</i>
	<i>Taste of the medication</i>
	<i>Requirements for drug storage</i>
<i>Social and economic factors</i>	<i>Lack of accessibility</i>
	<i>Long waiting time</i>
	<i>Difficulty in getting prescriptions filled</i>
	<i>Unhappy clinic visits</i>
<i>Disease factors</i>	<i>Inability to take time off work</i>
	<i>Cost and Income</i>
	<i>Social support</i>
	<i>Disease symptoms</i>
	<i>Severity of the disease</i>

---

Sumber : (Jin et al., 2008)

Diadla (2013) menjelaskan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan TBC, yaitu:

a. *Demographic factors*

Faktor demografi yang terdiri dari usia, status pendidikan, dukungan keluarga, status perkawinan.

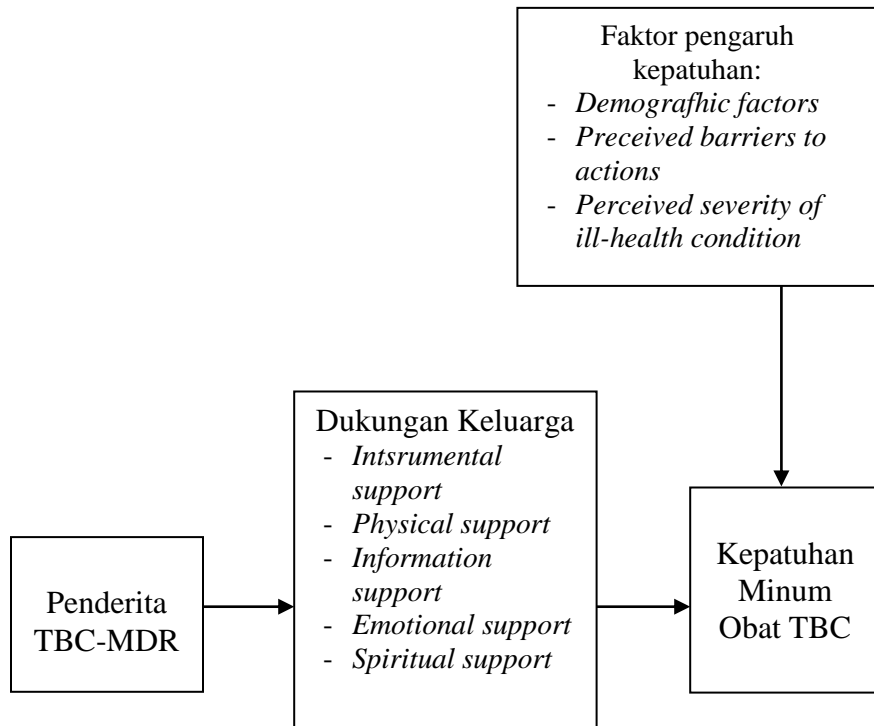
b. *Perceived barriers to actions*

Faktor hambatan yang dirasakan untuk tindakan meliputi faktor pelayanan kesehatan (*TBC treatment, access to TBC treatment, staff attitudes, patients-provider relationship*), faktor yang berhubungan dengan klien (*cultural beliefs, Poverty and socioeconomic status, knowledge of TBC*), faktor sosial (*stigma and discrimination, co-mordibilities*).

c. *Perceived severity of ill-helath condition*

Faktor keparahan yang dirasakan dari kondisi kesehatan yang buruk meliputi membaiknya gejala TBC atau merasa lebih baik.

#### D. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori  
(Sumber: Friedman, 2013; Diadla, 2013; FSP<sup>TM</sup>, 2015)