

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep TB Paru

2.1.1. Pengertian TB Paru

Tuberkulosis (TBC) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, sebuah bakteri berbentuk batang gram positif. Sebagian besar kasus TBC (sekitar 80%) menyerang paru-paru, meskipun infeksi juga dapat menyebar ke organ tubuh lain. Bakteri ini memiliki struktur dinding sel yang unik, mengandung glikolipida dan lapisan lilin yang membuatnya sangat tahan terhadap zat kimia (Pratiwi, 2020).

2.1.2. Etiologi TB Paru

Tuberkulosis paru adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri ini dikenal sebagai basil yang sangat kuat, sehingga memerlukan waktu pengobatan yang relatif lama (Sinurat et al., 2025).

2.1.3. Klasifikasi TB Paru

Klasifikasi tuberkulosis dibagi menjadi:

a. Tuberkulosis Paru BTA (+)

Basil tahan asam (BTA) adalah penanda utama yang digunakan untuk mendiagnosis tuberkulosis. Kehadiran BTA positif pada dahak mengindikasikan adanya bakteri TBC dan menunjukkan potensi penularan penyakit kepada orang lain.

b. Tuberkulosis Paru BTA (-),

Pemeriksaan dahak SPS (Seaktu-Pagi-Sewaktu) dengan hasil BTA negatif dan rontgen menunjukkan TB aktif tidak menutup kemungkinan penularan. TB paru BTA negatif tetap dapat menularkan, meskipun risikonya lebih rendah dibandingkan BTA positif (Sari et al., 2022).

2.1.4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis Tb paru adalah sebagai berikut:

- a. Dahak bercampur darah
- b. Batuk darah
- c. Sesak napas dan nyeri dada
- d. Gejala klinis minor atau non spesifik berupa gejala-gejala seperti lemas, penurunan nafsu makan, penurunan berat badan, perasaan tidak enak badan (malaise), dan keringat malam bisa muncul. Selain itu, demam yang tidak kunjung reda selama lebih dari satu bulan juga dapat menjadi indikasi. Namun, penting untuk dicatat bahwa gejala-gejala ini tidak hanya terbatas pada satu jenis penyakit paru saja. Oleh karena itu, setiap individu dengan gejala tersebut yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan harus dianggap sebagai suspek TB paru dan perlu menjalani pemeriksaan dahak mikroskopis.

1) Tipe Penderita

Berdasarkan riwayat pengobatan yang pernah dijalani, pasien TBC dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa tipe :

a) Baru

Pasien yang belum pernah menerima pengobatan menggunakan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) atau yang telah mengonsumsi OAT selama kurang dari satu bulan (4 minggu).

b) Kambuh

Pasien Tuberkulosis yang pernah menjalani pengobatan hingga dinyatakan sembuh atau menyelesaikan pengobatan, kembali terdiagnosis dengan hasil BTA positif (melalui apusan atau kultur).

c) Pengobatan

Penderita yang sebelumnya menjalani pengobatan, kemudian menghentikan pengobatan selama dua bulan atau lebih, dan hasil pemeriksaan BTA menunjukkan positif.

d) Gagal

Pasien dengan hasil pemeriksaan dahak yang masih positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.

e) Pindahan

Penderita yang dipindahkan dari UPK yang memiliki register TB lain untuk melanjutkan pengobatannya.

f) Lain-lain

Semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan diatas. Kelompok ini dikategorikan sebagai kasus kronis, yaitu pasien yang tetap menunjukkan hasil pemeriksaan BTA positif setelah menyelesaikan pengobatan ulang (Grace Hontomole et al., 2021).

2.1.5. Faktor Risiko TB Paru

Faktor risiko terjadinya tuberkulosis paru meliputi:

- a. Riwayat kontak erat dengan individu yang menderita TB aktif.
- b. Kondisi imunokompromi (penurunan daya tahan tubuh), seperti pada lansia, penderita kanker, pengguna terapi kortikosteroid, dan pengidap HIV.
- c. Penggunaan narkotika suntik serta konsumsi alkohol berlebihan.
- d. Kelompok dengan akses terbatas terhadap layanan kesehatan, misalnya tunawisma, masyarakat miskin, kelompok minoritas, anak-anak, dan dewasa muda.
- e. Penyakit penyerta tertentu seperti diabetes melitus, gagal ginjal kronis, silikosis, dan malnutrisi.
- f. Status sebagai imigran dari wilayah dengan prevalensi TB paru tinggi, seperti Haiti dan Asia Tenggara.
- g. Tinggal di lingkungan pelembagaan, misalnya fasilitas perawatan jangka panjang atau lembaga pemasyarakatan.
- h. Menempati perumahan yang padat penduduk dan tidak memenuhi standar kelayakan.
- i. Pekerjaan yang berisiko tinggi, seperti tenaga kesehatan yang

terlibat langsung dalam prosedur berpotensi menularkan TB (Grace Hontomole et al., 2021).

2.1.6. Cara Penularan TB Paru

- a. Pasien TBC dengan hasil BTA positif adalah sumber utama penularan penyakit, karena bakteri disebarkan melalui percikan dahak. Namun, penting untuk dipahami bahwa pasien dengan BTA negatif pun tetap dapat membawa kuman. Hal ini terjadi ketika jumlah bakteri dalam dahak terlalu sedikit (kurang dari 5.000 per sampel), sehingga tidak dapat terdeteksi melalui pemeriksaan mikroskopis secara langsung.
- b. Pasien tuberkulosis (TBC) dengan hasil BTA negatif tetap memiliki potensi untuk menularkan penyakit, meskipun dengan risiko yang lebih rendah. Tingkat penularannya mencapai 65% pada pasien TBC BTA negatif, 26% pada pasien TBC BTA negatif dengan kultur positif, dan 17% pada pasien TBC dengan hasil kultur negatif namun hasil rontgen positif.
- c. Penyebaran tuberkulosis (TBC) terjadi ketika seseorang menghirup partikel udara yang mengandung kuman. Partikel ini, yang disebut *droplet* infeksius, dikeluarkan oleh penderita TBC saat mereka batuk, bersin, berbicara, atau bernyanyi. Satu kali penderita mengeluarkan hingga 3.000 *droplet* yang dapat bertahan di udara selama beberapa jam. Penting untuk diketahui bahwa TBC tidak menular melalui sentuhan fisik, berbagi makanan atau minuman, atau penggunaan barang pribadi (Handayani & Epid, 2020).

2.1.7. Patofisiologis TB Paru

Setelah terhirup, bakteri TBC (*Mycobacterium tuberculosis*) akan masuk ke kantung udara di paru-paru (*alveoli*) dan mulai berkembang biak. Dari paru-paru, bakteri ini berpotensi menyebar ke organ lain seperti ginjal, tulang, dan otak melalui aliran darah dan sistem limfatik. Sebagai mekanisme pertahanan, sistem kekebalan tubuh akan membentuk granuloma—gumpalan sel kekebalan—untuk mengisolasi bakteri agar tidak menyebar. Proses ini dapat menyebabkan kematian

jaringan di dalam granuloma yang teksturnya seperti keju (*nekrosis kaseosa*), yang sering disertai dengan pembengkakan kelenjar getah bening di sekitarnya, disebut Ghon complex. Pada tahap akhir, granuloma akan mengeras menjadi jaringan parut (*fibrosa*).

Masa inkubasi awal infeksi ini, yaitu periode antara paparan awal hingga munculnya gejala pertama, biasanya berlangsung antara dua hingga sepuluh minggu. Kondisi ini terjadi ketika sistem kekebalan tubuh tidak dapat mengendalikan infeksi. Jika infeksi berkembang lebih lanjut atau berulang, bakteri yang sebelumnya tidak aktif dapat menjadi aktif kembali, menyebabkan kerusakan jaringan, penyebaran kuman melalui bronkus, dan memperparah kondisi menjadi bronkopneumonia, (Khusnul Mar'iyah, 2021).

2.1.8. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang yang umum digunakan adalah, sebagai berikut:

- a. Kultur sputum, Ziehl Neelsen (Acid-fast Stain applied to smear of body fluid)
- b. Skin test (PPD, Mantoux, Tine, Vollmer Patch),
- c. Foto rongen dada (chest xray)
- d. Histologi atau Kultur Jaringan (termasuk kubah lambung, urine dan cerebrospinal fluid (CSF), serta biopsy kulit),
- e. Needle biopsy of lung tissue, Bronkografi (Sari et al., 2022)

2.1.9. Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan Medis

a. Obat Anti Tuberkulosis (OAT)

Pengobatan TBC sensitif obat (TB-SO) di Indonesia mengikuti protokol yang terbagi menjadi dua fase: fase intensif selama dua bulan dan fase lanjutan selama empat bulan. Pada fase intensif, pasien mengonsumsi kombinasi empat jenis obat, yaitu Rifampisin (R), Isoniazid (H), Pirazinamid (Z), dan Etambutol (E). Setelah itu, pada fase lanjutan, pasien hanya melanjutkan dengan dua jenis obat, yaitu Rifampisin (R) dan Isoniazid (H), yang diminum

setiap hari sesuai rekomendasi Organisasi Kesehatan Dunia (WHO).

Tabel 2.1 Dosis OAT Lepas Lini Pertama Pengobatan TB-SO

| Nama Obat | Dosis Harian | |
|-----------------|--------------------|------------------------|
| | Dosis (mg/kgBB) | Dosis Maksimum (mg) |
| Rifampicin (R) | 10 (8-12) | 600 |
| Isoniazid (H) | 5 (4-6) | 300 |
| Pirazinamid (Z) | 25 (20-30) | |
| Etambutol (E) | 15 (15-20) | |
| Streptomisin | 15 (12-18) | |

Sumber: (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2021)

Untuk menunjang kepatuhan berobat, panduan OAT lini pertama telah dikombinasikan dalam obat Kombinasi Dosis Tetap (KDT). Satu tablet KDT RHZE untuk fase intensif berisi Rifampisin 150 mg, Isoniazid 75 mg, Pirazinamid 400 mg, dan Etambutol 275 mg. Sedangkan untuk fase lanjutan yaitu KDT RH yang berisi Rifampisin 150 mg + Isoniazid 75 mg diberikan setiap hari. Jumlah tablet KDT yang diberikan dapat disesuaikan dengan berat badan pasien. Secara ringkas perhitungan dosis pengobatan TB menggunakan OAT KDT dapat dilihat pada Tabel dibawah ini:

Tabel 2.2 Perhitungan Dosis Pengobatan TB menggunakan OAT KDT

| Berat Badan (Kg) | Fase Intensif setiap hari dengan KDT RHZE (150/75/400/275) | Fase lanjutan setiap hari dengan KDT RH (150/75) |
|------------------|--|--|
| | Selama 8 minggu | Selama 16 minggu |
| 30 – 37 kg | 2 tablet 4KDT | 2 tablet |
| 38 – 54 kg | 3 tablet 4KDT | 3 tablet |
| ≥ 55 kg | 4 tablet 4KDT | 4 tablet |

Sumber: (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2021)

Pengobatan TB paru yang efektif sangat penting untuk penyembuhan pasien dan pencegahan TB resistan obat (TB-RO). WHO menetapkan strategi DOTS sebagai prioritas utama dalam pengendalian TB.

Sejak 1998, WHO dan IUALTD merekomendasikan penggunaan Kombinasi Dosis Tetap (KDT) menggantikan obat tunggal dalam pengobatan TB primer. Pengobatan tuberkulosis (TBC) standar dibagi menjadi beberapa kategori berdasarkan riwayat pasien :

1) Pasien Baru.

Untuk pasien baru, panduan pengobatan yang dianjurkan adalah 2HRZE/4HR, dengan dosis diberikan setiap hari.

2) Pasien dengan Riwayat Pengobatan TB Lini Pertama.

Pengobatan untuk pasien dengan riwayat pengobatan TBC lini pertama sebaiknya disesuaikan berdasarkan hasil uji kepekaan obat secara individual. Sambil menunggu hasil uji kepekaan, pasien dapat diberikan Obat Anti-Tuberkulosis (OAT) kategori 1. Setelah hasil uji kepekaan keluar, pengobatan selanjutnya disesuaikan. Kasus TBC paru yang gagal pengobatan harus dirujuk ke dokter spesialis paru, sementara kasus TBC Resistan Obat (TB-RO) harus dirujuk ke pusat rujukan TB-RO.

3) Pasien TBC Ekstraparu

Pengobatan TBC paru dan ekstraparu menggunakan regimen yang sama, tetapi dengan durasi yang berbeda :

- a. Meningitis TBC: Durasi pengobatan 9–12 bulan karena risiko kecacatan dan kematian yang tinggi. Dianjurkan untuk mengganti Etambutol dengan Streptomisin.
- b. TBC Tulang Belakang: Durasi pengobatan 9–12 bulan. Pemberian kortikosteroid direkomendasikan pada kasus meningitis TBC, TBC milier berat, dan perikarditis TBC.
- c. Limfadenitis TBC: Durasi pengobatan umumnya 6 bulan, namun dapat diperpanjang hingga 12 bulan. Perubahan ukuran kelenjar tidak dijadikan patokan dalam menentukan lama pengobatan.

Pedoman terapi ini sejalan dengan Program Nasional Penanggulangan Tuberkulosis yang menetapkan empat kelompok kategori penyakit berdasarkan kebutuhan pengobatan :

(1) Kategori I

Terapi untuk Tuberkulosis (TB) dimulai dengan fase intensif selama

dua bulan. Pada fase ini, pasien, baik dengan hasil pemeriksaan sputum positif maupun negatif, menerima regimen obat HRZS(E) setiap hari selama dua bulan. Setelah fase intensif, jika hasil pemeriksaan sputum menjadi negatif, pasien akan beralih ke fase pengobatan lanjutan. Jika tetap positif, fase intensif diperpanjang 2-4 minggu sebelum masuk fase lanjutan tanpa mempertimbangkan hasil sputum. Untuk mencapai kesembuhan total, pasien perlu menjalani fase pengobatan lanjutan selama 6-7 bulan dengan regimen 4HR atau 4H₃R₃, yang membuat total durasi pengobatan menjadi 8-9 bulan.

(2) Kategori II

Pada kasus TB kambuh atau gagal dengan sputum tetap positif, pengobatan dimulai dengan fase intensif 2HRZES/1HRZE. Jika sputum negatif setelah fase ini, dilanjutkan ke fase lanjutan. Bila setelah 3 bulan sputum masih positif, fase intensif diperpanjang 1 bulan dengan HRZE. Jika setelah 4 bulan masih positif, pengobatan dihentikan sementara 2-3 hari untuk pemeriksaan biakan dan uji resistensi, kemudian dilanjutkan sesuai hasilnya.

(3) Kategori III

Kategori III mencakup kasus TB dengan sputum negatif dan kelainan paru minimal, serta TB luar paru selain yang termasuk dalam Kategori I. Regimen pengobatan yang digunakan antara lain: 2HRZ/6HE, 2HRZ/4HR, atau 2HRZ/4H₃R₃.]

(4) Kategori IV

Kategori ini diperuntukkan bagi kasus TB kronis dengan peluang kesembuhan rendah. Di negara dengan sumber daya terbatas, pasien dapat diberikan isoniazid (H) seumur hidup. Sementara itu, di negara maju, pengobatan individual dapat dilakukan dengan obat lini kedua seperti quinolon, ethionamide, cycloserine, amikasin, dan kanamisin.

2.1.10. Komplikasi TB Paru

- a. Nyeri punggung yang disertai kekakuan merupakan salah satu komplikasi yang sering terjadi pada penderita tuberkulosis paru.
- b. Kerusakan Sendi: Tuberkulosis arthritis umumnya memengaruhi sendi panggul dan lutut.
- c. Infeksi pada selaput otak (*meninges*) atau meningitis bisa menyebabkan sakit kepala yang berlangsung lama atau hilang-timbul selama beberapa minggu.
- d. Fungsi hati dan ginjal, yang berperan dalam menyaring limbah dari darah, dapat terganggu jika organ-organ tersebut terinfeksi oleh tuberkulosis paru.
- e. Gangguan Jantung: Walaupun jarang terjadi, tuberkulosis dapat menyerang jaringan di sekitar jantung sehingga menimbulkan pembengkakan yang menghambat kemampuan jantung memompa secara optimal (Sari et al., 2022).

2.1.11. Dampak Penyakit Tuberculosis Paru

Dampak penyakit tuberkulosis menurut Pakaya et al. (2023) :

1. Dampak Kesehatan Fisik

Tuberkulosis (TB) paru memicu serangkaian gejala klinis seperti batuk kronis, sesak napas, nyeri dada, dan penurunan berat badan, yang secara signifikan dapat membatasi aktivitas harian dan mengganggu kualitas hidup pasien secara keseluruhan.

2. Dampak Psikologis

Para pasien tuberkulosis sering kali mengalami beban psikologis berupa kecemasan dan depresi. Kondisi ini dapat timbul dari berbagai faktor, antara lain tuntutan pengobatan jangka panjang yang kompleks, kekhawatiran akan fatalitas penyakit, serta stigma negatif dari masyarakat. Faktor psikologis tersebut berpotensi memengaruhi tingkat kepatuhan dalam menjalani pengobatan.

3. Dampak Sosial

Tuberkulosis berpotensi menghambat produktivitas kerja dan mengurangi partisipasi sosial individu yang menderitanya

Ketidakmampuan untuk bekerja disertai beban ekonomi kerap menimbulkan stres dan perasaan terisolasi dari lingkungan sekitar.

4. Dampak Ekonomi

Durasi pengobatan tuberkulosis yang panjang dan memerlukan biaya tinggi dapat menimbulkan beban bagi kondisi ekonomi pasien dan keluarganya, serta berpotensi mengganggu kestabilan finansial selama proses pemulihan.

2.2. Konsep Tentang Self Help Group

2.2.1. Pengertian

Self help group (SHG) berasal dari model Alcoholics Anonymous (AA) yang didirikan pada 1935 di Ohio. SHG merupakan kelompok swabantu di mana anggota saling berbagi pengalaman dan mendiskusikan solusi atas masalah bersama, baik emosional maupun fisik. Metode ini memberikan manfaat bagi setiap anggota, (Sari et al., 2020).

Self-help group (SHG) adalah wadah informal di mana individu dengan tantangan yang sama berkumpul untuk berbagi pengalaman, berkolaborasi, dan saling memberikan dukungan guna menyelesaikan masalah pribadi atau sosial yang mereka hadapi (Intan Munawaroh et al., 2024).

2.2.2. Tujuan

Tujuan dari Self Help Group (SHG) adalah memberikan dukungan timbal balik dalam proses pemulihan. SHG berperan penting dalam membantu pasien menghadapi krisis dengan membangun hubungan saling mendukung dan meningkatkan kemampuan mereka untuk mengatasi masalah, kemandirian, keterampilan pengambilan keputusan, serta pengurangan stres dan respons maladaptif (Faize et al., 2023).

2.2.3. Fokus

Fokus Self Help Group (SHG) adalah mendorong perubahan sikap dan perilaku melalui dukungan timbal balik antar anggota. Tujuan kegiatan ini adalah memberikan dukungan timbal balik dalam proses penyembuhan melalui pembentukan hubungan yang saling menguatkan, melalui komunikasi empatik dan pemahaman kolektif tentang penyakit, tercipta

sebuah forum untuk berbagi wawasan dan mengembangkan solusi terapeutik yang inovatif. SHG berperan sebagai wadah bagi anggota untuk mengemukakan permasalahan, berbagi informasi, saling mendengarkan, serta membangun rasa aman, kebersamaan, dan kesejahteraan emosional (Putri, 2020).

2.2.4. Karakteristik

Karakteristik self help group terdiri dari:

1. Individu yang memiliki permasalahan atau kondisi serupa, misalnya pasien dengan diagnosis TB Paru, cenderung membentuk rasa kebersamaan, empati, serta dukungan emosional yang lebih intens akibat adanya homogenitas anggota.
2. Partisipasi Aktif dan Sukarela
Keikutsertaan dalam SHG bersifat sukarela, dan keberhasilan kelompok bergantung pada keterlibatan aktif anggota dalam berbagi pengalaman, berdiskusi, dan saling mendukung.
3. Bersifat Non-hierarkis
Tidak ada struktur kekuasaan dalam SHG. Fasilitator hanya sebagai pendamping atau pemantik, bukan sebagai pemimpin otoritatif. Semua anggota setara dan memiliki hak yang sama untuk berbicara dan didengar.
4. Pendekatan Psikososial
SHG berupaya memberikan dukungan yang tidak hanya terbatas pada kebutuhan fisik dan medis, tetapi juga mencakup aspek psikologis dan sosial para anggotanya. Dalam kelompok ini, para anggota dapat berbagi beban emosional, pengalaman menghadapi stigma, dan strategi untuk mengatasi hambatan pengobatan secara kolektif.
5. Berorientasi pada Pemberdayaan (Empowerment)
Melalui proses diskusi dan refleksi, SHG membantu anggotanya untuk secara mandiri mengenali serta memanfaatkan kekuatan internal yang mereka miliki, baik sebagai individu maupun kelompok, dalam menghadapi berbagai tantangan..
6. Kerahasiaan (Confidentiality)
Segala bentuk curahan hati, cerita pribadi, dan diskusi dalam kelompok

dijaga kerahasiaannya. Hal ini menjadi landasan penting agar anggota merasa aman secara psikologis.

7. Terstruktur tetapi Fleksibel

SHG mencakup serangkaian sesi yang terstruktur dan sistematis, seperti pengenalan tentang TBC, cara mengelola pengobatan, peran Pengawas Menelan Obat (PMO), dan membangun motivasi untuk sembuh. Namun, materi dan alur sesi ini dapat disesuaikan agar sesuai dengan kebutuhan para pesertanya.

8. Berfokus pada Proses dan Dukungan Tim

Dengan fokus pada pentingnya proses pertumbuhan dan perubahan melalui interaksi sosial dalam kelompok, bukan sekadar pencapaian individu. Dalam proses ini, setiap anggota saling berfungsi sebagai sumber pembelajaran dan inspirasi bagi yang lain.

9. Berbasis Komunitas

SHG biasanya berbasis lokal atau komunitas, seperti kelompok pasien di RS, Puskesmas, atau Posyandu. Ini memudahkan keberlanjutan dan keterlibatan masyarakat setempat, (Putri, 2020)

2.2.5. Prinsip Self Help Group

Prinsip-prinsip penerapan *self help group* adalah sebagai berikut :

1. Kemandirian (Self-Reliance)

SHG bertujuan untuk memberdayakan anggotanya agar mampu mengenali, memahami, dan mengatasi permasalahan mereka sendiri, termasuk tantangan dalam menjalani pengobatan. Fasilitator hanya bertindak sebagai pendamping, bukan pengarah.

2. Kesetaraan (Equality)

Dalam sebuah SHG, setiap anggota, termasuk fasilitator, memiliki kedudukan yang setara, di mana setiap kontribusi dan pandangan dihargai tanpa adanya hierarki.

3. Kebersamaan dan Dukungan Sosial (*Social Support*)

Kebersamaan dan dukungan sosial yang ditawarkan oleh SHG dengan cara berbagi informasi menjadi fondasi utama bagi kelompok tersebut. Dukungan dari orang dengan pengalaman serupa terbukti meningkatkan

kepatuhan dan ketahanan psikologis.

4. Kerahasiaan (Confidentiality)

Setiap anggota harus menjaga kerahasiaan cerita atau permasalahan pribadi yang dibagikan dalam kelompok. Hal ini penting untuk menciptakan rasa aman dan kepercayaan antaranggota.

5. Partisipatif dan Inklusif

Setiap peserta didorong aktif berpartisipasi, baik dalam berbagi pengalaman maupun memberikan solusi. Tidak ada pemaksaan, dan ruang diskusi dibuka bagi semua peserta secara bergilir.

6. Keberlanjutan (Continuity)

SHG dilaksanakan secara berkala dan berkelanjutan, bukan hanya satu kali pertemuan. Hal ini penting untuk membangun komitmen dan memantau progres masing-masing anggota.

7. Berbasis Pengalaman (Experience-Based Learning)

Diskusi dan pembelajaran berpusat pada pengalaman nyata para anggota, bukan teori belaka. Hal ini menjadikan pembelajaran lebih relevan dan membumi dalam kehidupan sehari-hari.

2.2.6. Aturan Self Help Group

Aturan dalam self help group adalah sebagai berikut:

- a. Berpartisipasi secara aktif dan saling bekerja sama di antara anggota kelompok..
- b. Perlindungan dan keselamatan kelompok untuk menciptakan rasa nyaman bagi setiap anggotanya.
- c. Mengekspresikan perasaan dalam sesi berbagi pengalaman sesama anggota kelompok.
- d. Penggunaan waktu yang efisien
- e. Mengidentifikasi kebutuhan sesama anggota.
- f. Kerahasiaan setiap anggota kelompok perlu dijaga karena hal tersebut merupakan privasi masing - masing anggota.
- g. Komitmen untuk berubah, (Ramadhan et al., 2024)

2.2.7. Waktu Pelaksanaan Self Help Group

Pelaksanaan kegiatan didasarkan pada konsensus yang telah dicapai oleh

kelompok, dengan frekuensi pertemuan yang dapat berlangsung setiap hari dan disesuaikan dengan kebutuhan kelompok. Setiap sesi memerlukan alokasi waktu sekitar \pm 60 menit (Putri, 2020).

2.2.8. Tempat Pelaksanaan Self Help Group

Terapi ini diimplementasikan di lingkungan komunitas seperti rumah atau fasilitas umum, sehingga membuatnya mudah diakses oleh masyarakat (Putri, 2020).

2.2.9. Pengorganisasian Kelompok

1. Leader atau pemimpin kelompok

Pemimpin kelompok dipilih oleh para anggota, dengan pergiliran peran di antara anggota kelompok. Tugas pemimpin meliputi:

- a. Mengarahkan jalannya diskusi.
- b. Memilih topik pertemuan bersama anggota berdasarkan daftar masalah yang ada.
- c. Menetapkan durasi pertemuan (sekitar 60 menit).
- d. Menjaga suasana akrab agar anggota bersikap kooperatif, produktif, dan aktif berpartisipasi.
- e. Membimbing jalannya diskusi serta mendorong partisipasi anggota.
- f. Memberi kesempatan setiap peserta untuk menyampaikan masalah, ikut berpendapat, serta mencegah dominasi pembicaraan.
- g. Memahami pandangan yang disampaikan oleh anggota kelompok.

2. Anggota Kelompok

Anggota kelompok memiliki tanggung jawab untuk mengikuti seluruh rangkaian kegiatan sesuai kesepakatan dengan fasilitator, berpartisipasi secara aktif, serta menyampaikan masukan dan umpan balik, termasuk berpartisipasi dalam simulasi..

3. Fasilitator

Fasilitator berfungsi sebagai pendamping dan motivator dalam kelompok, membantu pemimpin, mendorong peserta untuk menyampaikan pendapat, serta memberikan penjelasan, saran, dan umpan balik positif apabila diperlukan (Putri, 2020).

2.2.10. Pelaksanaan Self Help Group

Implementasi SHG meliputi dua fase utama: fase pembentukan di mana kelompok dibentuk, dan fase pelaksanaan di mana kegiatan-kegiatan kelompok dijalankan. Kegiatan ini terdiri dari dua hingga empat sesi pertemuan. Sesi pertama digunakan untuk menjelaskan konsep *Self-Help Group* (SHG) secara umum, sementara sesi-sesi berikutnya berfokus pada implementasi lima langkah yang telah dirancang.

Langkah-langkah SHG dalam penelitian ini merupakan hasil modifikasi dari penelitian sebelumnya dan terdiri dari lima tahap dalam fase pembentukan dan implementasi SHG. Adapun langkah-langkah tersebut adalah:

1. Langkah I: Memahami Masalah

Diskusi kelompok memungkinkan para peserta mengidentifikasi dan mengungkapkan masalah mereka secara terbuka, sehingga memfasilitasi solusi yang lebih efektif dan relevan, yang kemudian dirangkum menjadi daftar masalah kelompok.

2. Langkah II: Cara Untuk Menyelesaikan Masalah

Dalam tahap ini, para peserta berkolaborasi untuk saling berbagi dan mengevaluasi beragam metode penyelesaian masalah yang telah disiapkan; jika solusi masih buntu, mereka dapat berkonsultasi dengan profesional eksternal seperti psikolog atau konselor untuk menghasilkan daftar solusi alternatif yang komprehensif.

3. Langkah III: Memilih Cara Pemecahan Masalah

Dengan mempertimbangkan beragam faktor pendukung dan penghambat, para peserta berdiskusi untuk secara kolektif menyepakati solusi paling optimal dari pilihan yang ada.

4. Langkah IV: Menerapkan intervensi untuk mengatasi permasalahan.

Peserta melaksanakan role play sebagai latihan dalam menyelesaikan masalah yang telah ditentukan. Sebagai hasilnya, kelompok berhasil menyusun daftar solusi yang telah diuji melalui simulasi.

5. Langkah V: Pencegahan Kekambuhan.

Langkah kelima ini berfokus pada diskusi mengenai cara mencegah dan

mengatasi kekambuhan, termasuk mengenali tanda dan gejalanya. Dari tahap ini, akan dihasilkan daftar strategi pencegahan serta langkah-langkah yang harus diambil jika kekambuhan terjadi. Informasi tambahan dapat disampaikan pada pertemuan selanjutnya (Putri, 2020).

2.2.11. Tahapan Self Help Group

Implementasi SHG meliputi proses fasilitasi dibagi ke dalam beberapa sesi. SHG tidak hanya bertujuan sebagai wadah berbagi, tetapi juga sebagai sarana untuk membantu peserta mengidentifikasi masalah utama yang dihadapi dan secara sistematis mencari solusi bersama. Berdasarkan konteks penelitian, pendekatan ini berfokus pada upaya meningkatkan kepatuhan pasien dalam pengobatan tuberkulosis paru dengan mengatasi akar permasalahannya, yaitu kurangnya pemahaman, motivasi, serta dukungan sosial pasien.

1. Sesi 1 – 4 Sesi Analisa Permasalahan

- a) Menganalisis akar masalah yang menyebabkan ketidakpatuhan pasien terhadap pengobatan melalui komunikasi efektif. Analisis ini mencakup identifikasi faktor-faktor seperti efek samping obat, rasa bosan akibat pengobatan jangka panjang, adanya stigma sosial, dan kurangnya dukungan dari keluarga..
- b) Strategi pemecahan masalah yang efektif melibatkan dekonstruksi isu kompleks, seperti ketidakpatuhan pasien dalam mengonsumsi obat secara teratur, menjadi komponen-komponen yang lebih spesifik dan dapat dikelola, misalnya mengidentifikasi faktor-faktor pemicu seperti kelupaan saat bekerja atau kurangnya dukungan pengingat, untuk memfasilitasi pencarian solusi yang tepat sasaran.
- c) Setiap individu menetapkan sasaran dan taktik spesifik, seperti membuat pengingat untuk minum obat, sebagai langkah nyata dalam rencana aksi mereka atau meminta pendampingan keluarga. Tahapan ini membantu peserta menyadari akar permasalahan yang menyebabkan mereka tidak patuh, serta membangun kesadaran diri untuk berubah

2. Sesi 5 - 7 Berupa Sesi Merumuskan Sebuah Solusi

- a) Para peserta belajar teknik pemecahan masalah dengan saling berbagi pengalaman dan solusi yang terbukti efektif dalam menjaga kepatuhan, seperti membuat catatan jadwal minum obat atau bergabung dengan kelompok pendukung.
- b) Menetapkan solusi yang paling efektif. Kelompok tersebut kemudian akan mengevaluasi solusi mana yang paling praktis dan dapat diterapkan, misalnya dengan memilih memiliki teman yang mengingatkan minum obat untuk membantu meningkatkan kepatuhan, daripada hanya mengandalkan ingatan sendiri.
- c) Menyusun rencana tindakan serta menentukan batas waktu pelaksanaannya. Untuk menjamin kepatuhan, pasien dapat membuat jadwal konsumsi obat harian, misalnya setiap pukul 7 malam, sambil melakukan pencatatan dan evaluasi rutin setiap minggu.
- d) Melakukan tindakan yang direncanakan, Peserta mulai menerapkan solusi dan mencatat perkembangannya.
- e) Setiap peserta menunjukkan komitmen untuk mempertahankan kepatuhan terhadap rencana pengobatan guna mencegah kekambuhan atau kebutuhan pengobatan ulang (Ramadhan et al., 2024).

Dengan melalui tujuh sesi ini, peserta tidak hanya mengenal masalah mereka secara lebih dalam, tetapi juga memiliki dukungan kelompok dan rencana konkret untuk meningkatkan kepatuhan mereka terhadap pengobatan. Pendekatan ini selaras dengan upaya pencegahan putus obat, resistensi obat, dan kekambuhan TB paru.

2.3. Konsep Kepatuhan Pengobatan

2.3.1. Defenisi Kepatuhan

Kepatuhan adalah sikap taat terhadap perintah, aturan, atau disiplin, yang merupakan turunan dari kata "patuh" berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI). Kepatuhan merupakan perilaku positif dalam mengikuti aturan untuk mencapai tujuan terapi. Green dan Kreuter (2000) dalam Rosa (2018) menyatakan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh interaksi individu dengan lingkungan yang tercermin dalam pengetahuan,

sikap, dan tindakan. Kepatuhan (complying) dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal, dan mencerminkan kedisiplinan dalam mencapai tujuan, (Setyarini et al., 2024).

2.3.2. Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan pengobatan TB diartikan sebagai disiplin pasien dalam mengonsumsi obat sesuai instruksi medis untuk mencapai kesembuhan yang optimal. Kepatuhan dipengaruhi oleh motivasi pribadi, kemauan untuk sembuh, dukungan keluarga, masyarakat, tenaga kesehatan yang mendampingi pasien selama proses pengobatan. Faktor-faktor ini berperan penting dalam menentukan keberhasilan pengobatan. Dalam hal ini terdapat dua kategori pasien yaitu :

1. Patuh

Penderita dikatakan patuh apabila mengonsumsi obat sesuai petunjuk medis, yaitu untuk pengobatan tuberkulosis (TBC), pasien mengonsumsi obat setiap hari pada fase awal, lalu tiga kali seminggu pada fase lanjutan.. Penderita harus mengonsumsi obat dan melakukan pemeriksaan dahak sesuai dengan jadwalnya.

2. Tidak Patuh

Sebagian pasien tuberkulosis paru tidak konsisten dalam mengonsumsi obat atau tidak datang untuk pemeriksaan dahak pada tahap awal pengobatan. Ketidakteraturan ini dapat memicu timbulnya efek samping Obat Anti-Tuberkulosis (OAT) dan menyebabkan kegagalan terapi (Cahyaningtyas et al., 2018). Faktor-faktor seperti pengetahuan, sikap, dan keyakinan individu, bersama dengan kemudahan akses layanan kesehatan serta dukungan dari tenaga medis dan keluarga, secara kolektif akan membentuk perilaku seseorang dalam menjalani pengobatan (Ramadhan et al., 2024).

2.3.3. Faktor-faktor Yang Berpengaruh Pada Kepatuhan Minum Obat

1. Stigma Masyarakat

Stigma dapat diartikan sebagai pemberian ciri-ciri atau label negatif secara sistematis yang diarahkan pada individu atau kelompok tertentu. Pada TB paru, stigma sering muncul akibat kurangnya

pengetahuan dan kekhawatiran terhadap penularan. Penyakit menular kronis seperti TB cenderung memicu munculnya stigma di masyarakat.

Stigma sosial dapat memicu persepsi negatif dan perasaan dikucilkan pada pasien TBC. Hal ini pada akhirnya akan merusak harga diri dan motivasi mereka untuk patuh terhadap pengobatan..

2. Motivasi Petugas Kesehatan.

Dukungan dari tenaga kesehatan memegang peranan penting dalam meningkatkan kepatuhan pasien TBC paru. Konseling, pemberian apresiasi, dan layanan kesehatan proaktif seperti kunjungan ke rumah atau komunikasi yang suportif dapat secara signifikan meningkatkan motivasi pasien untuk patuh terhadap pengobatan.

3. Pengetahuan.

Peningkatan pemahaman tentang tuberkulosis (TBC) secara signifikan memotivasi pasien untuk patuh pada pengobatan, mengadopsi perilaku pencegahan, dan menerapkan gaya hidup sehat. Dapat disimpulkan bahwa tingkat pengetahuan pasien mengalami peningkatan seiring dengan frekuensi penerimaan informasi melalui indera penglihatan dan pendengaran, yang kemudian berdampak positif terhadap sikap dan perilaku dalam proses pengobatan.

4. Lamanya Regimen Pengobatan

Durasi pengobatan sering kali menyebabkan kejenuhan pada pasien tuberkulosis paru. Beberapa pasien bahkan merasa bahwa pengobatan justru memperburuk kondisi mereka akibat munculnya efek samping.

Pengobatan TB paru memerlukan waktu enam bulan dan harus dijalani secara teratur. Durasi pengobatan yang panjang dapat menurunkan kepatuhan pasien karena menciptakan beban fisik, psikologis, dan finansial yang signifikan, yang pada akhirnya mengganggu aktivitas harian pasien maupun keluarganya (Sutrisna, 2017). Ketidapatuhan sering terjadi akibat tekanan emosional dan ekonomi selama proses pengobatan. Durasi pengobatan TBC yang panjang berisiko menimbulkan kejenuhan dan kekhawatiran pada pasien.

Kondisi ini berpotensi membuat pasien menghentikan pengobatan, sehingga membahayakan keberhasilan terapi secara keseluruhan.

5. Pendidikan.

Orang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki pemahaman yang lebih baik tentang informasi kesehatan. Pemahaman ini berdampak positif pada kepatuhan mereka terhadap anjuran pengobatan dan terapi, karena mereka lebih termotivasi untuk sembuh dan memahami pentingnya menjalani pola hidup sehat. Oleh karena itu, edukasi kesehatan yang efektif menjadi kunci untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan, terutama pada populasi dengan tingkat pendidikan beragam.

6. Dukungan Keluarga

Dukungan dari keluarga memegang peran krusial dalam menjaga semangat pasien TBC selama masa pengobatan. Dukungan dapat berupa pujian, bantuan fisik, pendampingan berobat, serta pemberian umpan balik dan bimbingan. Dukungan keluarga akan lebih efektif jika mereka memahami penyakitnya, bukan hanya sebatas mengawasi pasien minum obat, tetapi juga memberikan dukungan emosional dan motivasi (Ningrum, 2021).

2.3.4. Indikator Kepatuhan Pengobatan TB Paru

1. Pemberian Dosis Obat

Dosis obat diberikan sesuai berat badan pasien.

2. Waktu Minum obat

Waktu minum obat pada pasien TB adalah diminum setengah jam sebelum sarapan pagi dan 2 jam minimal setelah makan malam

3. Aturan Minum obat

Pengobatan ini dilakukan selama minimal 6 bulan yang terbagi dalam 2 tahap. Pengobatan TBC dibagi menjadi dua fase utama: fase intensif selama 2 bulan dengan pemberian obat setiap hari, dan fase lanjutan selama 4 bulan dengan frekuensi minum obat 3 kali seminggu.

2.3.5. Cara Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat

Ada beberapa strategi yang efektif untuk meningkatkan kepatuhan minum obat, antara lain :

1. Memberi informasi kepada penderita tentang pentingnya kepatuhan untuk keberhasilan dalam pengobatan
2. Mengingatkan penderita tentang pentingnya melakukan semua upaya yang diperlukan untuk keberhasilan dalam pengobatan baik dari telepon maupun alat komunikasi lainnya.
3. Menunjukkan kepada penderita obat yang sebenarnya yaitu dengan membuka kemasan atau vial dan sebagainya.
4. Memberikan keyakinan kepada penderita keefektifan obat.
5. Memberitahukan kepada penderita resiko ketidakpatuhan minum obat.
6. Dukungan keluarga dan orang terdekat sangat esensial untuk menjaga kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat secara rutin, yang berperan penting dalam keberhasilan proses pengobatan (Zebua S. Enjelita, 2024)

2.3.6. Ketidakpatuhan Minum Obat

Ketidakpatuhan pasien dalam mengonsumsi obat merupakan cerminan kurangnya disiplin selama masa pengobatan. Tidak patuh terhadap pengobatan akan memperburuk kondisi pasien, menyebabkan kekambuhan, dan meningkatkan risiko resistensi obat (*MDR*). Selain itu, kondisi ini juga memicu penularan penyakit dan, pada akhirnya, meningkatkan risiko kematian. Ketidakpatuhan ini biasanya ditandai oleh penggunaan dosis maupun waktu minum obat yang tidak tepat atau tidak teratur. Adapun jenis-jenis ketidakpatuhan meliputi:

1. *Intentional non-compliance* (ketidakpatuhan yang disengaja) terjadi karena beberapa faktor, di antaranya adalah biaya pengobatan yang rendah dan sikap pasien acuh tak acuh, serta ketidakpercayaan terhadap obat tuberkulosis.
2. Ketidakpatuhan yang tidak disengaja (*unintentional non-compliance*) sering kali disebabkan oleh pasien lupa minum obatnya karena intruksi minum obat serta kesalahan dalam membaca dosis obat (Setyarini et al., 2024).

2.3.7. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketidakepatuhan

Menurut teori Green, kepatuhan pasien terhadap pengobatan dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal mencakup kondisi personal pasien, jenis penyakit, dan sifat terapi, sementara faktor eksternal meliputi kualitas layanan kesehatan serta kondisi sosial-ekonomi. Dengan demikian, kepatuhan pasien adalah hasil dari interaksi kompleks antara elemen-elemen dari dalam diri pasien dan lingkungan di sekitarnya (Setyarini et al., 2024).

2.3.8. Pengukuran Kepatuhan

Morisky Medication Adherence Scale-8 (MMAS-8) adalah kuesioner yang dikembangkan oleh Donald E. Morisky pada 1986 untuk mengukur kepatuhan pasien dalam pengobatan. Instrumen ini telah diterjemahkan ke berbagai bahasa dan terbukti valid serta reliabel. Di Asia, MMAS-8 banyak digunakan untuk menilai kepatuhan pasien TB paru dalam mengonsumsi OAT.

Ketidakepatuhan pasien terhadap pengobatan jangka panjang merupakan tantangan global. Menurut data WHO, hanya separuh pasien di negara maju yang mematuhi, dan angkanya bahkan lebih rendah di negara berkembang. Kondisi ini dipengaruhi oleh lima faktor, mulai dari sosial-ekonomi hingga kualitas layanan kesehatan. Untuk mengatasi masalah ini di Indonesia, kuesioner MMAS-8 versi bahasa Indonesia menjadi alat krusial untuk mengukur kepatuhan pasien tuberkulosis paru. Instrumen yang telah terstandarisasi ini sangat esensial untuk mendukung efektivitas intervensi terapeutik dan memantau luaran klinis di layanan kesehatan primer (Setyarini et al., 2024). Tingkat kepatuhan dikategorikan menurut Agung et al. (2022). sebagai berikut:

1. Tinggi : 8
2. Sedang : 6 - ≤8
3. Rendah : ≤ 6

2.4. Konsep Fase Intensif dan Fase Lanjutan

2.4.1. Pengertian

Fase intensif adalah tahap awal dalam pengobatan tuberkulosis (TBC). Tujuannya adalah untuk secara cepat membasmi atau menonaktifkan sebagian besar bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dalam tubuh pasien. Fase ini memiliki peranan krusial dalam menekan penularan serta mencegah munculnya resistensi obat.

Fase lanjutan adalah tahap kedua dalam pengobatan pasien Tuberkulosis yang dilakukan setelah fase intensif berakhir. Fase ini ditandai dengan penurunan signifikan populasi *Mycobacterium tuberculosis*; namun, kepatuhan terhadap terapi lanjutan mutlak diperlukan guna mematikan seluruh patogen yang tersisa dan meminimalisasi risiko kekambuhan serta resistensi antimikroba (Verentika et al, 2022)

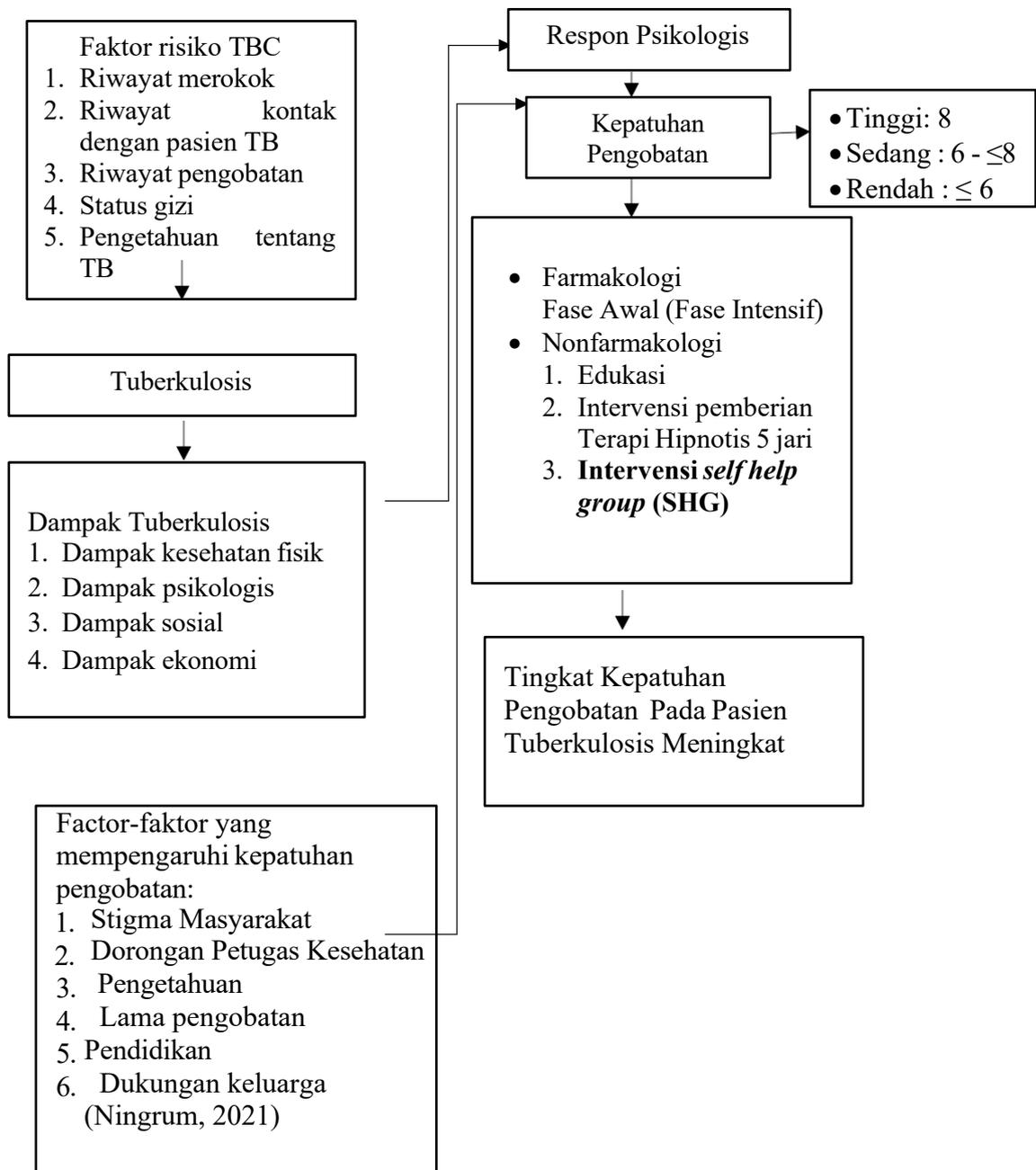
2.4.2. Tujuan

Tujuan pengobatan adalah untuk menyembuhkan pasien, mengurangi gejala klinis yang dialami, mencegah kekambuhan, memutus rantai penularan, serta menghindari resistensi bakteri terhadap Obat Anti Tuberkulosis (OAT). Selain itu, bertujuan memastikan eliminasi total kuman TB dan menjaga serta meningkatkan kepatuhan pasien selama pengobatan (Verentika et al, 2022)

2.4.3. Pengobatan

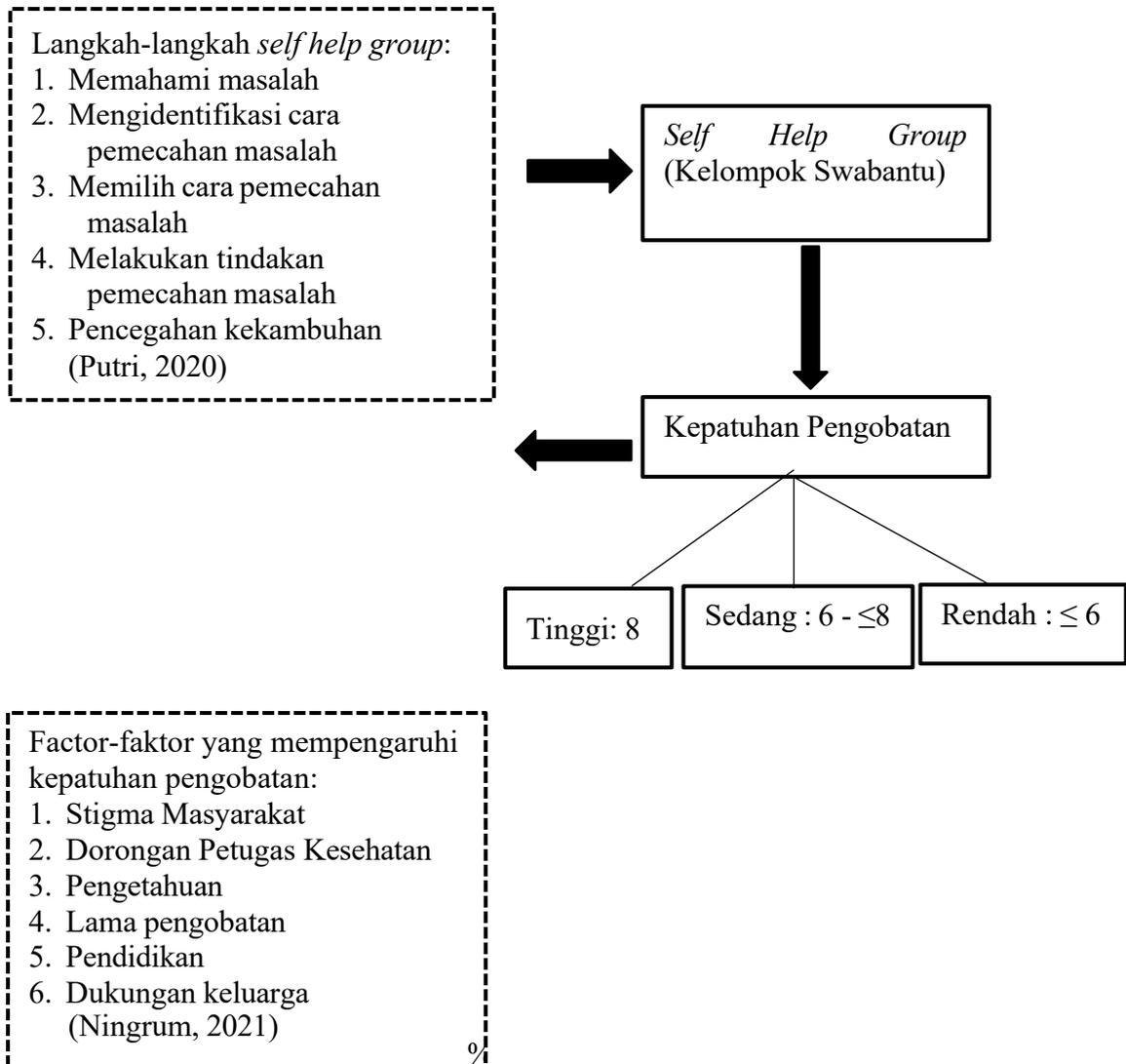
Pengobatan tuberkulosis (TBC) paru dibagi menjadi dua tahapan. Pada fase intensif selama 2 bulan, pasien menerima kombinasi empat jenis obat, yaitu isoniazid, rifampisin, pirazinamid, dan ethambutol. Setelah itu, dilanjutkan dengan fase lanjutan selama 4 bulan, di mana pengobatan berfokus pada pemberian kombinasi dosis tetap dari rifampisin dan isoniazid (Verentika et al, 2022).

2.5. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka teori pengaruh *self help group* terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien TB

2.6. Kerangka Konseptual

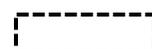


Keterangan:

= Variable yang diteliti



= Variable yang tidak diteliti



= Mempengaruhi



= Berhubungan dengan



Gambar 2.2 Pengaruh *Self Help Group* terhadap kepatuhan pengobatan pasien TB.

2.7. Hipotesa

Hipotesis adalah asumsi awal yang dibuat peneliti sebagai jawaban sementara terhadap pertanyaan penelitian. Berdasarkan asumsi ini, kami merumuskan hipotesis alternatif (H_1/H_0) yang menyatakan adanya hubungan atau pengaruh signifikan antar variabel yang diteliti. Berdasarkan kerangka berpikir tersebut, hipotesis penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut :

H_1 : Ada pengaruh *selfhelp group* terhadap Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien TB di Ruang Poli TB RSUD Ende

H_0 : Tidak Ada pengaruh *selfhelp group* terhadap Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien TB di Ruang Poli TB RSUD Ende.

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif pra-eksperimental dengan skema *one-group pretest-posttest*. Dalam rancangan ini, satu kelompok tunggal pasien TBC paru diberikan intervensi berupa Self-Help Group (SHG). Kepatuhan pengobatan pasien diukur sebelum (*pretest*) dan sesudah (*posttest*) intervensi untuk mengevaluasi pengaruh SHG terhadap kepatuhan pengobatan di Poli TBC RSUD Ende (Kusumawaty, 2022).

Tabel 3.1 Rancangan Penelitian

| Subjek | Pra | Intervensi | Post Test |
|--------|--------------|--------------|---------------|
| R | O Waktu 1 | I Waktu 2 | OI Waktu 3 |

Sumber : (Putri, 2020)

Keterangan :

R: Responden

O: Observasi sebelum intervensi

I: Intervensi (*Self Help Group*)

OI: Observasi Setelah Intervensi

3.2. Populasi, Sampel dan Kriteria Sampel

3.2.1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien TBC paru yang berusia 18 tahun ke atas, yang sedang menjalani pengobatan (baik fase intensif maupun lanjutan) di Poli TBC RSUD Ende, dan terdaftar sebagai peserta dalam kegiatan *Self-Help Group* (SHG) dengan total populasi berjumlah 60 orang.

3.2.2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah pasien TB paru yang memenuhi kriteria inklusi dan bersedia mengikuti kegiatan SHG, berjumlah 37 orang dengan menggunakan rumus slovin.

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

$$n = \frac{60}{1 + 60 (10\%)^2}$$

$$n = \frac{60}{1,6}$$

$$n = 37$$

Keterangan :

n = jumlah sampel (yang ingin dicari)

N = jumlah total populasi

e = margin of error (tingkat kesalahan yang ditoleransi, sebesar 10%)

Jadi sampel yang digunakan dengan rumus di atas didapatkan 37 Responden.

3.2.3. Kriteria Sampel

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- a. Pasien yang telah didiagnosis menderita Tuberkulosis Paru dan sedang menjalani terapi di Ruang Poli TB RSUD Ende.
- b. Pasien yang berada pada tahap pengobatan intensif atau tahap lanjutan terapi Tuberkulosis.
- c. Pasien yang bersedia menjadi anggota atau sudah aktif mengikuti kegiatan tersebut.
- d. Pasien TB fase intensif di ruang poli TB di RSUD Ende
- e. Pasien berusia ≥ 18 tahun
- f. Pasien yang memiliki kemampuan membaca dan menulis, atau mampu berkomunikasi secara efektif.

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria ini digunakan untuk mengecualikan individu yang tidak memenuhi syarat atau dapat mengganggu validitas data:

- a. Pasien yang mengalami gangguan pada fungsi mental atau kognitif sehingga kesulitan dalam mengisi kuesioner atau menjalani proses wawancara.
- b. Pasien yang memiliki komorbid berat (seperti gagal ginjal, kanker, HIV stadium lanjut) yang dapat memengaruhi kepatuhan pengobatan.
- c. Pasien yang pindah fasilitas layanan kesehatan atau berhenti kontrol

selama pengumpulan data berlangsung.

- d. Pasien yang telah menjalani pengobatan tuberkulosis selama lebih dari enam bulan namun tidak berpartisipasi aktif dalam kelompok SHG.

Kriteria ini bermaksud untuk memastikan sampel bersifat homogen dan valid sesuai tujuan penelitian khususnya jika ingin menilai atau mengukur pengaruh SHG terhadap kepatuhan.

3.2.4. Teknik Sampling

Dalam penelitian ini, penentuan sampel dilakukan secara purposive sampling. Artinya, subjek penelitian dipilih secara sengaja dan terarah berdasarkan kriteria kelayakan tertentu (inklusi) dan pengecualian (eksklusi) yang telah ditetapkan sebelumnya. Sampel yang digunakan adalah pasien tuberkulosis paru pada tahap intensif atau lanjutan yang tergabung dalam program *Self Help Group (SHG)* di Poli TB RSUD Ende.

3.3. Variabel Penelitian

3.3.1 Variabel Independent (Bebas)

Variabel bebas adalah faktor kausal yang sengaja dimanipulasi oleh peneliti untuk mengamati dampaknya terhadap variabel lain. Dalam penelitian ini, *Self-Help Group (SHG)* adalah variabel independen yang digunakan.

3.3.2 Variabel Dependent (Terikat)

Variabel terikat adalah variabel yang hasilnya diamati atau diukur sebagai respons terhadap perubahan pada variabel bebas. Singkatnya, variabel ini adalah akibat dari variabel bebas. Dalam penelitian ini, kepatuhan pengobatan adalah variabel terikat yang digunakan (Sahir, 2022).

3.4. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan penjelasan yang didasarkan pada ciri-ciri yang dapat diamati dari objek yang sedang didefinisikan (Putri, 2020).

Tabel 3.2 Defenisi Operasional Pengaruh *Self Help Group* (SHG) Terhadap Kepatuhan Pengobatan pada pasien tuberkulosis paru Di Ruang Poli TB RSUD Ende

| Variabel | Defenisi operasional | Parameter | Cara ukur | Alat Ukur | Skala |
|------------------------|---|--|---|-----------|---|
| <i>Self help group</i> | Pembentukan kelompok kecil terdiri dari 10-30 penderita TB fase intensif untuk saling bercerita dan berbagi pengalaman dan cara menemukan solusi masalah bersama untuk meningkatkan kepatuhan dalam pengobatan sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan. | Jumlah pertemuan 5x (persesi dari setiap pertemuan) Lamanya pertemuan ± 60 sesuai dengan kebutuhan kelompok, (Putri, 2020) | SOP (Standar Operasional Prosedur) <i>Self help group</i> | - | - |
| Kepatuhan pengobatan | Perilaku individu (misalnya: minum obat, mematuhi melakukan perubahan gaya hidup) sesuai anjuran terapi dan kesehatan. Tingkat kepatuhan dapat dimulai dari tindakan menghindari dari setiap aspek anjuran hingga mematuhi rencana | Pemberian Dosis Obat Waktu Minum Obat Aturan Minum obat | Kuesioner <i>Morisky Medication Adherence Scale-8/</i> MMAS-8 | Kuesioner | Ordinal Patuh: 8 Cukup patuh ≤ 8 Tidak patuh: ≤ 6 |

3.5. Instrumen Penelitian

3.5.1. Instrumen *Self Help Group*

Intervensi *Self-Help Group* (SHG) dijalankan berdasarkan dua Prosedur Operasional Standar (SOP) yang telah ditetapkan, mencakup tahap pembentukan dan tahap pelaksanaan. SOP pembentukan mencakup pengertian, tujuan, prinsip SHG, serta kesepakatan kelompok. SOP

pelaksanaan terdiri dari tahapan orientasi, kerja, dan terminasi, serta memuat lima langkah SHG pada setiap pertemuan.

Instrumen *Self Help Group* dalam penelitian ini dikembangkan melalui pemberian KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi) secara daring menggunakan leaflet elektronik yang dibagikan melalui grup *WhatsApp*. Grup tersebut juga berfungsi sebagai media diskusi dan pengingat, guna meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatan (Putri, 2020).

Untuk mendukung implementasi *Self-Help Group* (SHG) di Poli TBC RSUD Ende, instrumen Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) menjadi alat penting. Materi KIE ini secara komprehensif memberikan informasi mengenai penyakit, tahapan pengobatan, dan strategi pencegahan. Tujuannya adalah untuk meningkatkan pemahaman, motivasi, dan kepatuhan pasien TBC, serta menjelaskan manfaat besar yang didapat dengan bergabung dalam kelompok.

Instrumen pendukung yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini berupa kuesioner kepatuhan pengobatan modifikasi MMAS-8 dengan skala Likert. Untuk mendapatkan data yang lebih komprehensif, kuesioner ini dilengkapi dengan pemantauan langsung dari Pengawas Menelan Obat (PMO), baik secara daring maupun tatap muka.

3.5 Metode Pengumpulan Data

Dalam penelitian, pemilihan metode pengumpulan data yang sesuai sangat krusial karena teknik yang tepat akan memastikan perolehan data yang valid dan relevan dengan tujuan atau hipotesis yang telah ditetapkan (Sahir, 2022).

Dalam penelitian ini metode pengumpulan data yang digunakan adalah kuesioner menggunakan yang akan diberikan sebelum dan sesudah diberikan intervensi *self help group* menggunakan skala ordinal secara langsung.

Langkah-langkah pengumpulan data :

1. Tahapan Administratif

- a) Pengajuan surat permohonan izin pengambilan data kepada Ketua Program Studi D IV Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang.
- b) Pengajuan surat permohonan izin pengambilan data kepada Direktur

RSUD Ende dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Ende.

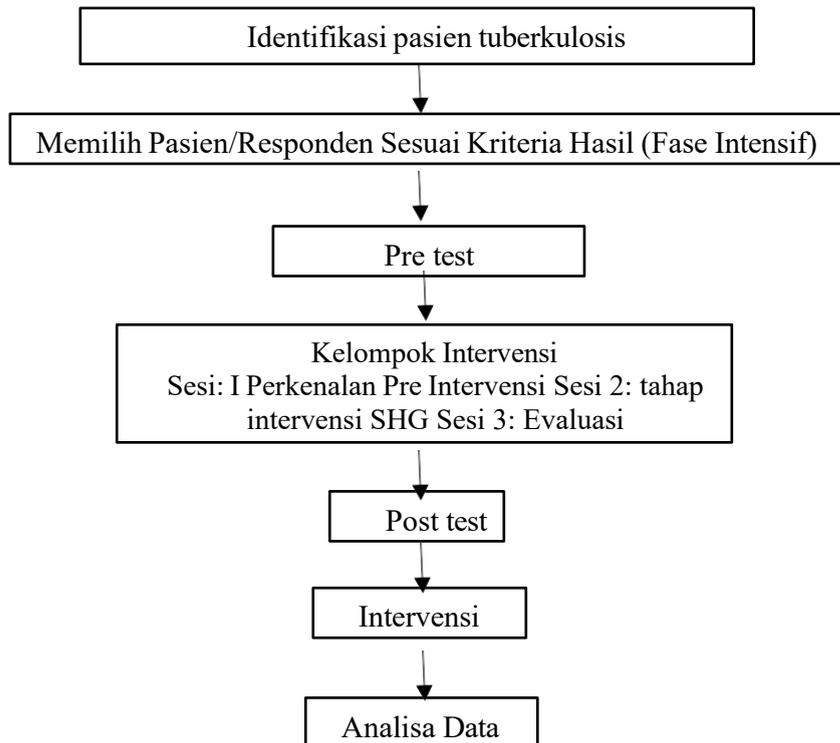
- c) Menyusun proposal penelitian yang menyeluruh mencakup identifikasi masalah, perumusan pertanyaan kunci, penetapan tujuan dan manfaat, penyusunan strategi implementasi, dan penentuan instrumen pengumpulan data.
- d) Melampirkan jadwal dan rencana kerja.

2. Tahap Pelaksanaan

Setelah memperoleh persetujuan resmi dari Direktur RSUD Ende, peneliti melanjutkan dengan proses pengumpulan data menggunakan serangkaian langkah yang telah dirancang :

- a) Mengidentifikasi dan mendokumentasikan pasien Tuberkulosis Paru di RSUD Ende yang sedang dalam tahap pengobatan intensif atau lanjutan.
- b) Menyeleksi berdasarkan kriteria yang sesuai.
- c) Pemberian penjelasan mengenai tujuan penelitian dan persetujuan (*informed consent*).
- d) Mengumpulkan data identitas dasar (umur, jenis kelamin, fase TB, dll)
- e) Mengisi kuesioner kepatuhan sebelum mengikuti SHG
- f) Melakukan asesmen awal terkait PMO, dan perilaku minum obat
- g) Mengorganisasi subjek penelitian menjadi beberapa kelompok, di mana setiap kelompoknya terdiri dari enam hingga tujuh orang..
- h) Implementasi SHG 4-6 sesi mingguan.
- i) Observasi perilaku minum obat selama dan setelah program SHG
- j) Data dikodekan dan diinput ke SPSS/Excel
- k) Dilakukan uji statistik

3.6 Langkah-Langkah Prosedur Penelitian



Gambar 3.1 Langkah-Langkah Prosedur Penelitian.

3.7. Lokasi dan Waktu Penelitian

a. Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Ruang Poli TB RSUD Ende.

b. Waktu

Waktu penelitian akan dilaksanakan pada 16 Juni – 3 Juli 2025.

3.8. Analisis Data

1. Analisa Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel secara ilmiah melalui tabel atau grafik.

2. Analisa Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui pengaruh *Self Help Group* terhadap kepatuhan pengobatan pasien TB di Poli TB RSUD Ende. Uji normalitas dilakukan untuk menilai distribusi data, sedangkan uji McNemar digunakan untuk melihat perbedaan kepatuhan sebelum dan sesudah intervensi.

3.9. Pengolahan Data

Penyajian data adalah proses menata informasi agar dapat dianalisis dan disimpulkan mencakup :

a. Editing

Editing adalah proses memeriksa kelengkapan dan konsistensi data pada lembar pengumpulan agar siap untuk dianalisis. Jika terdapat bagian yang belum diisi, responden diminta melengkapinya.

b. Coding

Proses mengubah data yang berbentuk kalimat menjadi bentuk angka.

c. Entry

Data entry adalah proses memasukkan data ke dalam tabel komputer untuk selanjutnya dibuat distribusi frekuensi.

d. Cleaning

Setelah seluruh data dimasukkan, proses pengecekan ulang dilakukan untuk memastikan tidak ada kesalahan kode atau data yang tidak lengkap. Koreksi akan dilakukan jika ditemukan adanya ketidaksesuaian (Sahir, 2022).

3.10. Etika Penelitian

1. Kelayakan Etik

Persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Poltekkes Kemenkes Kupang dan mendapatkan persetujuan etik (*ethical clearance*) dengan No.

2. Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lembar *Informed Consent* diberikan kepada setiap partisipan setelah mereka mendapat penjelasan lengkap mengenai penelitian. Penjelasan ini mencakup tujuan studi, manfaat yang akan diperoleh, dan hak-hak partisipan sebagai responden. Partisipan memiliki hak untuk menolak atau menghentikan partisipasinya kapan saja tanpa konsekuensi, serta dijamin bahwa data yang dikumpulkan tidak akan merugikan mereka (Haryani & Setyobroto, 2022).

3. *Confidentiality*/Kerahasiaan

Demi melindungi privasi responden, data penelitian dikumpulkan

secara anonim. Nama responden diganti dengan kode identifikasi unik, dan hanya informasi yang relevan yang digunakan dalam analisis (Haryani and Setyobroto, 2022).

4. *Justice/Keadilan*

Penelitian ini menerapkan prinsip keadilan dengan menjamin perlakuan yang setara dan non-diskriminatif terhadap semua subjek. Perlakuan tersebut tidak memandang jenis kelamin, suku, usia, atau jenjang pendidikan, sebagai bagian dari rencana tindak lanjut.