

SKRIPSI

“ HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK BERBASIS *MIDDLE – RANGE THEORY OF GOAL ATTAINMENT* IMOGENE M. KING DENGAN PENINGKATAN KEPATUHAN MINUM OBAT TBC PADA PENDERITA TB PARU DI PUSKESMAS SORONG BARAT “



**NONA GIA AFDALIA MAYALBIT
NIM.11430121057**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN SORONG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI SARJANA
TERAPANKEPERAWATAN
TAHUN 2025**

**“ HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK BERBASIS *MIDDLE –
RANGE THEORY OF GOAL ATTAINMENT* IMOGENE M. KING
TERHADAP PENINGKATAN KEPATUHAN MINUM OBAT TBC PADA
PENDERITA TB PARU DI PUSKESMAS SORONG BARAT “**

SKRIPSI



**NONA GIA AFDALIA MAYALBIT
NIM.11430121057**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN SORONG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI SARJANA
TERAPANKEPERAWATAN
TAHUN 2025**

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul Skripsi : Hubungan Komunikasi Terapeutik Berbasis *Middle-Range Theory Goal Attainment* Imogene M. King Dengan Peningkatan Kepatuhan Minum Obat TBC Pada Penderita TB Paru DI Puskesmas Sorong Barat

Nama : Nona Gia Afdalia Mayabilit

Nim 11430121057

SKRIPSI ini telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing I dan II untuk diujikan.

Sorong, 25 Juli 2025

Menyetujui

Pembimbing I

Pembimbing II



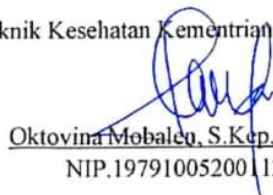
Rolyn F. Djamannona, S.ST.M.Tr.Kep
NIP. 198907202014022



Simon Lukas Momot, S.SiT.M.P.H
NIP. 196609261988031011

Mengetahui

Ketua Prodi Sarjana Terapan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Sorong



Oktovina Mobaleu, S.Kep.Ns.M.Kep
NIP. 197910052001122001

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Nona Gia Afdalia Mayabilit

Nim 11430121057

Judul : Hubungan Komunikasi Terapeutik Berbasis *Middle-Range Theory Goal Attainment* Imogene M. King Dengan Peningkatan Kepatuhan Minum Obat TBC Pada Penderita TB Paru DI Puskesmas Sorong Barat

SKRIPSI penelitian ini telah berhasil di pertahankan di hadapan dewan penguji dan diterima sebagai salah satu persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar sarjana terapan pada program studi sarjana terapan keperawatan jurusan keperawatan Poltekkes Kemenkes Sorong.

Dewan Penguji

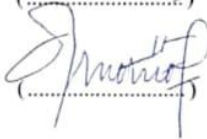
Penguji I : Ns Nurul Kartika Sari, M.Kep

()

Penguji II : Rolyn F. Djamanmona, S.ST.M.Tr.Kep

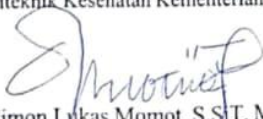
()

Penguji III : Simon Lukas Momot, S.SiT, M.P.H

()

Tanggal :

Mengetahui
Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kementerian Sorong

()
Simon Lukas Momot, S.SiT, M.P.H
196609261988031011

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama : Nona Gia Afdalia Mayalibit
Nim : 11430121057
Program Studi : Sarjana Terapan Kerawatan
Judul Penelitian : Hubungan Komunikasi Terapeutik Berbasis *Middle-Range Theory Goal Attainment* M. King Dengan Peningkatan Kepatuhan Minum Obat TBC Pada Penderita TB Paru DI Puskesmas Sorong Barat

Menyatakan bahwa dalam SKRIPSI ini yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan SKRIPSI ini hasil dijiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Sorong, 25 Juli 2025



(Nona Gia Afdalia Mayalibit)

Mengetahui

Pembimbing I

Rolyn F. Djamamona, S.ST.M.Tr.Kep
NIP. 198907202014022

Pembimbing II

Simon Lukas Momot, S.Si, M.P.H
NIP. 196609261988031011

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

DATA PRIBADI

1. Nama : Nona Gia Afdalia Mayalibit
2. Ttl : Doom 05 Mei 2004
3. Kewarganegaraan : Indonesia (WNI)
4. Jenis Kelamin : Perempuan
5. Agama : Islam
6. Status Perkawinan : Belum Menikah
7. Tinggi Badan : 159cm
8. Berat Badan : 55kg
9. Golongan Darah : O
10. Alamat : Sakabu
11. E-mail : giaafdalia@gmail.com



RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SD : Inpres 5 Doom 2009-2015
2. SMP : SMP N 1 Doom 2015-2018
3. SMA : SMA N 1 Raja Ampat 2018-2021
4. Perguruan Tinggi : Poltekkes Kemenkes Sorong 2021-2025

MOTO DAN HALAMAN PERSEMBAHAN

MOTO

“Allah memang tidak menjanjikan hidupmu akan selalu mudah,tapi dua kali Allah berjanji bahwa: fa inna ma’al-‘usri yusra,inna ma’-usri yusra”

(QS,AL-Insyirah 94:5-6)

“Aku membahayakan nyawa ibu untuk lahir ke dunia,jadi tidak mungkin aku tidak ada artinya”

-GM

“It will pas”

-Rv

PERSEMBAHAN

“Tiada lembar paling indah dalam laporan Skripsi ini kecuali lembar persembahan,Skripsi ini saya persembahkan sebagai tanda bukti kepada orang tua tercinta,sahabat,pasangan dan teman-teman yang selalu memberikan support untuk menyelesaikan Skripsi ini.”

KATA PENGANTAR

Penulis memanjatkan puji syukur kepada Tuhan yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, yaitu berupa nikmat kesehatan sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Terapan Keperawatan pada Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan pada jurusan keperawatan Poltekkes Kemenkes Sorong. Skripsi ini dapat diselesaikan atas proses pendidikan.

Proses penyelesaian Skripsi ini tidak hanya semata-mata hasil usaha dan kerja keras penulis sendiri, tetapi melibatkan bantuan dan kontribusi dari beberapa pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini saya juga mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ibu Butet Agustarika, M. Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Sorong yang suda memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan Sarjana Terapan Keperawatan di institusi ini.
2. Kepada Puskesmas Sorong Barat yang mana sudah memberikan kesempatan penulis untuk menjadikan Puskesmas tersebut sebagai lahan dalam melakukan penelitian.
3. Bapak Simon Lukas Momot, S.SiT, M.P.H, selaku ketua jurusan keperawatan dan sekaligus sebagai pembimbing II yang telah banyak memberikan dorongan, asuhan, dan pendidikan dalam menyelesaikan Skripsi saya selama proses pembimbingan.
4. Ibu Oktovina Mobalen, S.Kep., Ns., M.Kep selaku ketua Program studi Sarjana Terapan Keperawatan yang mana sudah banyak membimbing dan mengarahkan selama proses perkuliahan.

5. Ns Nurul Kartika Sari M.Kep selaku Penguji I yang telah banyak memberikan pengarah dan penuh kesabaran dan penuh perhatian kepada penulis dalam menyusun Skripsi ini.
6. Ibu Rolyn F.Djamaanmona,S.ST.M.Tr.Kep Selaku Pembimbing I yang mana telah banyak memberikan dorongan, asuhan, dan pendidikan dalam menyelesaikan Skripsi saya selama proses pembimbingan.
7. Ibu Yulia Ria Mariana Atanay S,Tr.Kep selaku wali kelas yang telah membimbing dan mengarahkan dalam proses perkuliahan dalam proses mengurus nilai-nilai kami selama perkuliahan dan juga dalam proses menyelesaikan Skripsi.
8. Seluruh dosen dan staf Prodi Sarjana Terapan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Sorong.
9. Ayah tercinta bapak Badaruddin Mayalibit, terimakasih sudah berjuang untuk kehidupan penulis dukungan baik itu secara moral maupun material, kasih sayang, cinta, dan semangat kepada penulis sehingga penulis bisa ada pada titik ini.
10. Pintu surgaku ibuda tercinta yaitu ibu Mujaria telah melahirkan, dan kasih sayang dan cinta kepada penulis, Terimakasih untuk Doa yang beliau panjatkan selama ini sehingga penulis mampu menyelesaikan studinya sampai sarjana.
11. teman-teman seperjuangan suzan,fanny,venes,sherly,ayu dan rany terimakasih telah kebersamai penulis dalam proses pengajuan judul sampai menyelesaikan skripsi ini.
12. Saudara-saudara tercinta dan WACANA GANG Nadila,naya,intang yang telah banyak membantu penulis secara moral maupun material kasih sayang, cinta, dan semangat kepada penulis sehingga penulis bisa ada pada titik ini.
13. Terimakasih untuk seseorang dengan NRP 02110549 ucapan terimakasih banyak sudah kebersamai penulis selama proses penyusunan skripsi ini.yang telah banyak

memberikan Doa, dukungan baik itu secara moral maupun material, kasih sayang, cinta, dan semangat kepada penulis sehingga penulis bisa ada pada titik ini.

14. *Last but now least*, terima kasih untuk diri sendiri, karena telah mampu berusaha keras dan berjuang sejauh ini, mampu mengendalikan diri dari berbagai tekanan diluar keadaan dan tak pernah memutuskan menyerah sesulit apapun prosesnya, ini merupakan pencapaian yang patut dibanggakan untuk diri sendiri. *I wanna thank you me for just being me at all times.*

Akhir kata, Penulis sungguh menyadari Skripsi ini masih jauh dari kata kesempurnaan, untuk kritik, saran, dan diskusi lebih lanjut pembaca dipersilahkan untuk menghubungi penulis melalui email giaafdalia@gmail.com, Oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan bimbingan dari berbagai pihak agar penulis dapat berkaraya lebih baik dan optimal lagi di masa yang akan datang.

Sorong, 25 Juli 2025

Penulis

Nona Gia Afdalia Mayalibit

HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
PERNYATAAN KEASLIAN PENELETIAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR SKEMA.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
ABSTRAK.....	xvi
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. RUMUSAN MASALAH.....	4
C. TUJUAN PENELITIAN.....	4
D. MANFAAT PENELITIAN.....	5
E. KEASLIAN PENELITIAN	8
BAB II	9
TINJAUAN PUSTAKA	9
A. TELAAH PUSTAKA	9
C. KERANGKA KONSEP	48
B. KERANGKA TEORI.....	49
D. DEFINISI OPERASIONAL	50
E. HIPOTESIS	51

BAB III	52
METODE PENELITIAN.....	52
A. JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN	52
B. POPULASI, SAMPEL DAN TEKNIK SAMPLING	52
C. WAKTU DAN TEMPAT PENELITIAN	53
D. BAHAN DAN ALAT PENELITIAN	53
E. TEKNIK PENGUMPULAN DATA.....	54
F. PENGOLAHAN DATA	55
G. ANALISA DATA	55
H. ETIKA PENELITIAN	57
BAB IV	59
HASIL DAN PEMBAHASAAN.....	59
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	72
DAFTAR PUSTAKA	74
LAMPIRAN.....	76

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Konsep Imogene King.....	25
-------------------------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian	9
Tabel 2.1. Definisi Operasional	36

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1. Kerangka Teori.....	34
Skema 2.2. Keramngka Konsep.....	35

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Pengambilan data Awal	76
Lampiran 2. Lembar Penjelasan Penelitian	77
Lampiran 3. Lembar Informend Consent.....	78
Lampiran 4. Kuesioner Kepatuhan Minum Obat	79
Lampiran 5. Kisi-Kisi Kuesioner Kepatuhan.....	83
Lampiran 6. Komunikasi Terapeutik	84
Lampiran 7. Lembar Pengajuan Data Awal.....	87
Lampiran 8. Master Tabel	89
Lampiran 9. Dokumentasi	90

ABSTRACT

“THE RELATIONSHIP BETWEEN THERAPEUTIC COMMUNICATION BASED ON IMOGENE M. KING’S *MIDDLE-RANGE THEORY OF GOAL ATTAINMENT* AND MEDICATION ADHERENCE IN TUBERCULOSIS PATIENTS”

Nona Gia Afdalia Mayalibit
Email: giaafdalia@gmail.com

Background: Tuberculosis (TB) remains a major global health concern, caused by *Mycobacterium tuberculosis* and primarily affecting the lungs, with the potential to spread to other organs. Successful TB treatment is highly dependent on patient adherence to the prescribed medication regimen, which is essential for preventing drug resistance and treatment failure. In Puskesmas Sorong Barat, medication adherence among TB patients remains suboptimal.

Objective: This study aimed to examine the relationship between therapeutic communication, based on Imogene M. King’s *Middle-Range Theory of Goal Attainment*, and medication adherence among TB patients.

Methods: A quantitative study with a cross-sectional design was conducted among TB patients registered at Puskesmas Sorong Barat in 2025. A total of 55 respondents were selected using technique sampling according to defined inclusion and exclusion criteria. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed with the Chi-square test at a 0.05 level of significance.

Results: The findings indicated a statistically significant association between therapeutic communication and TB medication adherence (p-value = 0.000).

Conclusion: Therapeutic communication grounded in Imogene M. King’s *Middle-Range Theory of Goal Attainment* is effective in enhancing medication adherence among TB patients. These results highlight the importance of integrating targeted communication strategies into TB care to improve treatment outcomes.

Keywords: therapeutic communication, medication adherence, tuberculosis

ABSTRAK

“HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK BERBASIS *MIDDLE-RANGE THEORY OF GOAL ATTAINMENT* IMOGENE M. KING DENGAN KEPATUHAN MINUM OBAT PADA PASIEN TUBERKULOSIS”

Nona Gia Afdalia Mayalibit

Email: giaafdalia@gmail.com,

Latar Belakang: Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang terutama menyerang paru-paru namun dapat menyebar ke organ lain. Keberhasilan pengobatan TB sangat bergantung pada kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat secara teratur untuk mencegah resistensi dan kegagalan terapi. Di Puskesmas Sorong Barat, tingkat kepatuhan pasien TB masih rendah.

Tujuan: Mengetahui hubungan komunikasi terapeutik berbasis *Middle-Range Theory of Goal Attainment* Imogene M. King dengan kepatuhan minum obat pada pasien TB.

Metode: Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain *cross sectional*. Populasi adalah seluruh pasien TB di Puskesmas Sorong Barat tahun 2025. Sampel berjumlah 55 responden yang dipilih dengan teknik *technique sampling* sesuai kriteria inklusi dan eksklusi. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner, dan analisis data dilakukan menggunakan *uji Chi-square* dengan tingkat signifikansi 0,05.

Hasil: *Uji Chi-square* menunjukkan adanya hubungan signifikan antara komunikasi terapeutik dan kepatuhan minum obat TB ($p\text{-value} = 0,000$).

Kesimpulan: Komunikasi terapeutik berbasis *Middle-Range Theory of Goal Attainment* efektif meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien TB.

Kata Kunci: komunikasi terapeutik, kepatuhan, tuberkulosis

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Berdasarkan laporan WHO, tahun 2021 di Indonesia jumlah kasus TB paru sebanyak 969.000 kasus meningkat 17% dari tahun 2020 (WHO 2022). Data *World Health Organization (WHO)* dalam *Global Tuberculosis Report 2017* menyatakan bahwa pada tahun 2016 diperkirakan terdapat 10,4 juta kasus TB di seluruh dunia, diantaranya 6,2 juta laki-laki, 3,2 juta wanita, dan 1 juta adalah anak-anak. Tiga negara yang menyumbang 64% kasus baru TB Paru di dunia adalah India berada di urutan pertama yakni 2,7 juta kasus, disusul China di tempat ke-2 dengan 889.000 kasus, Indonesia di urutan ke-3 dengan 842.000 kasus.

Indonesia merupakan negara dengan jumlah penduduk terbanyak keempat setelah China, India dan Amerika dengan jumlah penduduk yang tinggi serta berbagai permasalahan yang dihadapi oleh bangsa Indonesia salah satunya adalah masalah kesehatan yang sampai saat ini belum teratasi terutama masalah penyakit menular. Penyakit yaitu TBC. Profil Kesehatan Indonesia tahun 2020 menyebutkan terdapat 301 / 100.000 penduduk kasus tuberculosis di Indonesia dengan kasus baru pada tahun 2020 sebanyak 351.936 (Kemenkes, 2022).

Data Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Daya, Papua Barat masih merupakan daerah Endemis Tuberculosis (TBC) Angka kejadian Kasus

Tuberkulosis pada tahun 2022 yang dilaporkan sebanyak 3.059 kasus dari jumlah terduga Tuberkulosis sebanyak 9.043 kasus. Kejadian kasus Tuberkulosis antara laki-laki dan perempuan lebih banyak pada laki-laki sebesar 54% yaitu sebanyak 1.652 orang, sementara Perempuan sebesar 46% (1.407 orang). Cakupan penemuan kasus Tuberkulosis adalah 47 %. Menurut data Papua sebagai provinsi dengan data kumulatif kasus TB sebagai infeksi penyerta terbanyak. Capaian temuan dan pengobatan TB SO (Sensitif Obat) tahun 2021 adalah 1.622 kasus dan TB RO (Resisten Obat) adalah 45 kasus, dengan angka keberhasilan pengobatan TB adalah 62,90%5. (Samiun dkk., 2022).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Puskesmas Sorong Barat pada bulan Januari-Desember 2024 dan bulan Januari-April 2025 terdapat 55 kasus TB Paru menjalani pengobatan. Tuberculosis (TB) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi *mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini dapat menyebar bersama malaria dan HIV/AIDS, tuberculosis menjadi salah satu penyakit yang pengendaliannya menjadi komitmen global dalam MDGs. (Qhumairah dkk., 2024)

Upaya penanggulangan kepatuhan terhadap pengobatan TB merupakan kunci utama dalam pengendalian tuberculosis (Yunita et al., 2019). Ketidakepatuhan dalam minum obat dapat terjadi karena pengobatan TB membutuhkan waktu yang cukup panjang, sehingga membuat pasien jenuh dalam menjalani pengobatan (Agatha & Bratadiredja, 2019). Hal tersebut tentunya

tentunya dipengaruhi oleh beberapa faktor antara pengetahuan, dukungan keluarga, pendidikan, pekerjaan, dan sikap. Ketidakpatuhan dalam pengobatan TB paru dapat mengakibatkan kerugian bagi pasien itu sendiri maupun orang lain, bahkan dapat menyebabkan kematian (Fitri et al., 2018). Kepatuhan terhadap pengobatan panjang Tuberkulosis merupakan kunci dalam pengendalian Tuberkulosis.(Putri & Nursanti, 2024)

Akibat buruk jika pasien tidak melakukan pengobatan sampai selesai adalah resisten terhadap OAT primer atau MDR, bahkan lebih parahnya lagi bisa menyebabkan mycobacterium tuberculosis kebal terhadap OAT lini kedua disebut XDR (*Extensive Drug Resisten*). Dalam dunia keperawatan banyak sekali teori-teori yang terkenal salah satunya adalah teori sistem interaksi King atau yang lebih kenal dengan istilah Imogene King merupakan ”*Interacting Systems Framework And Theory of Goal Attainment*”, yaitu adanya hubungan timbal balik antara perawat dan penderita pada asuhan keperawatan sehingga mempengaruhi atau memiliki efek satu sama lain dengan harapan dapat mencapai tujuan. King menyatakan komponen integral dalam teori ini merupakan pencapaian tujuan sebuah konsep transaksi.

Immogene King menggunakan metode observasi non partisipan yang maksudnya adalah proses pengamatan observer dimana hal ini perawat tanpa ikut dalam kehidupan penderita dan secara terpisah sebagai pengamat dengan tujuan untuk mengumpulkan informasi hubungan perawat – penderita dalam seting perawatan dengan sistem interaksi. Macam-macam interaksi diamati baik

komunikasi secara verbal maupun komunikasi non verbal yang hal tersebut digunakan sebagai data dasar termasuk bagaimana alat untuk mencapai tujuan dilakukan pengkajian yang telah disepakati sebelumnya. Hasil dari eksplorasi memberikan sebuah sistem klasifikasi yang berguna dalam interaksi perawat penderita. (Pujia stutik & Sumaningrum, 2019)

Teori sistem interaksi dan *Middle Range Theory* pencapaian tujuan digunakan sebagai kerangka teori dalam penelitian ini yang berfokus pada sistem personal, sistem interpersonal dan sistem sosial dalam mencapai tujuan yaitu meningkatkan kepatuhan minum obat pasien TB Paru (Titin, 2015).

Berdasarkan uraian diatas, peneliti akan melakukan penelitian terkait Pengaruh Pendekatan *Middle –Range Theory Of Goal Attaintmen tImogene M. King* Terhadap Peningkatan Kepatuhan Minum Obat TBC Pada Penderita TB Paru di Puskesmas Sorong Barat.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu bagaimana “Hubungan Komunikasi Terapeutik Berbasis *Middle –Range Theory Of Goal Attainment Imogene M. King* Terhadap Peningkatan Kepatuhan Minum Obat TBC Pada Penderita TB Paru di Puskesmas Sorong Barat?”

C. TUJUAN PENELITIAN

1) Tujuan Umum

Untuk Mengetahui Hubungan Komunikasi Terapeutik Penerapan minum obat TB Paru dengan Berbasis *Middle-Range Thory of Goal Attainment* oleh *M.King* di Puskesmas Sorong Barat.

2) Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi Komunikasi Terapeutik Berbasis *Middle- Range Thory of Goal Attainment* oleh *M.*
- b. Mengidentifikasi tingkat kepatuhan minum obat TB Paru.
- c. Menganalisis Hubungan Komunikasi Terapeutik Berbasis *Middle-Range Thory of Goal Attainment* oleh *M.King* terhadap kepatuhan minum obat TB Paru di Puskesmas Sorong Barat.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini ini di harapkan bermanfaat penelitian ini dapat di harapkan menambah wawasan dan pengalaman mengenai Hubungan Komunikasi Terapeutik Berbasis *Middle –Range Theory Of Goal Attaintment Imogene M. King* Terhadap Peningkatan Kepatuhan Minum Obat TBC Pada Penderita TB Paru di Puskesmas Sorong Barat.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Pasien

Hasil penelitian ini mendorong interaksi yang lebih baik antara pasien dan tenaga kesehatan, sehingga pasien merasa lebih terlibat dalam proses pengobatan TB Paru

b. Bagi Keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan bahwa keluarga dapat informasi yang jelas dan Dengan meningkatnya dukungan keluarga, pasien dapat patuh minum obat dengan peningkatan kualitas hidup dan kesehatan yang lebih baik.

c. Bagi Puskesmas

Hasil penelitian ini diharapkan bahwa Puskesmas dapat memastikan bahwa Program Kerja yang dilakukan sudah berjalan dan adanya keberhasilan dalam upaya memenuhi dan mensukseskan pengobatan TB Paru, dan masalah kesehatan pada pasien penyakit tersebut.

d. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan bahwa adanya kolaborasi sesama tenaga kesehatan Dengan adanya komunikasi yang efektif dan tujuan yang disepakati bersama

E. KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1. Keaslian Penelitian

Nama	Judul	Persamaan	Perbedaan
Peneliti/Tahun			
Yanuar Eka Pujiastutik1 , Ningsih Dewi Sumaningrum2 (2019)	<i>Theory of Goal Attainment (Imogene M. King)</i> Sebagai Basic Analisis Faktor Patuh Minum Obat TB Paru Di Kabupaten Kediri	- Variabel Independent - Pendekatan antara pasien dan perawat	- Tempat dan tahun penelitian
Abdilah Septiana Putri1 , Irna Nursanti2 (2024)	<i>Konsep Teory Imogene M. King</i> dan Mengaplikasikan Dalam Kasus Keperawatan	- tujuan kesehatan yang melibatkan interaksi antara pasien dan perawat - Pendekatan Interpersonal dalam Keperawatan	- Metode Penelitian - Sampel
Alvira Qhumairah1 , Wardiah Hamzah2 , Haeruddin3 (2024)	Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Penderita TB Paru RSUD dr. Lalaloi Maros	- Fokus pada Kepatuhan Minum Obat - Populasi yang Sama - Tujuan untuk Meningkatkan Kepatuhan	- Pendekatan Teoritis vs. Pendekatan Empiris - Metode Penelitian cenderung menggunakan metode penelitian yang lebih berbasis teori dan intervensi

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TELAAH PUSTAKA

a. Definisi TBC

Terduga (presumptive) pasien TB adalah seseorang yang mempunyai keluhan atau gejala klinis mendukung TB (sebelumnya dikenal sebagai terduga TB). Pasien TB yang terkonfirmasi bakteriologis adalah pasien TB yang terbukti positif bakteriologi pada hasil pemeriksaan (contoh uji bakteriologi adalah sputum, cairan tubuh dan jaringan) melalui pemeriksaan mikroskopis langsung, TCM TB, atau biakan. Termasuk dalam kelompok pasien ini adalah :

- 1) Pasien TB paru BTA positif
- 2) Pasien TB paru hasil biakan M.TB positif
- 3) Pasien TB paru hasil tes cepat M.TB positif
- 4) Pasien TB ekstra paru terkonfirmasi secara bakteriologis, baik dengan BTA, biakan maupun tes cepat dari contoh uji jaringan yang terkena.
- 5) TB anak yang terdiagnosis dengan pemeriksaan bakteriologis.(*Kemenkes-TB-2020-Buku-PNPK (1)*, n.d.)

b. Klasifikasi

TB paru BTA (+) adalah: a. Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak menunjukkan hasil BTA positif b. Hasil pemeriksaan satu specimen sputum menunjukkan BTA positif dan di jumpai adanya kelainan radiologi c. Hasil pemeriksaan satu specimen sputum menunjukan BTA positif dan biakan positif. TB paru BTA (-) adalah: a. Hasil pemeriksaan sputum 3 kali menunjukkan BTA negatif, gambaran klinis dan kelainan radiologi menunjukkan gambaran tuberculosis aktif b. Hasil pemeriksaan sputum 3 kali menunjukkan BTA negatif dan biakan micobacterium tuberculosis positif.(Rasyid & Heryawan, 2023)

c. Etiologi TBC

Terdapat 5 bakteri yang berkaitan erat dengan infeksi TB: *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium microti* and *Mycobacterium cannetii*. M.tuberculosis (M.TB), hingga saat ini merupakan bakteri yang paling sering ditemukan, dan menular antar manusia melalui rute udara.

Tidak ditemukan hewan yang berperan sebagai agen penularan M.TB. Namun, M. bovis dapat bertahan dalam susu sapi yang terinfeksi dan melakukan penetrasi ke mukosa saluran cerna serta menginvasi jaringan limfe orofaring saat seseorang mengonsumsi susu dari sapi yang terinfeksi tersebut. Angka kejadian infeksi M.bovis pada manusia sudah mengalami penurunan signifikan di negara berkembang, hal ini dikarenakan proses pasteurisasi susu

dan telah diberlakukannya strategi kontrol tuberkulosis yang efektif pada ternak. Infeksi terhadap organisme lain relatif jarang ditemukan.

Tuberkulosis biasanya menular dari manusia ke manusia lain lewat udara melalui percik renik atau droplet nucleus prosedur pemeriksaan yang menghasilkan produk aerosol seperti saat dilakukannya induksi sputum, bronkoskopi dan juga saat dilakukannya manipulasi terhadap lesi atau pengolahan jaringan di laboratorium. Percik renik, yang merupakan partikel kecil berdiameter 1 sampai 5 μm dapat menampung 1-5 basilli, dan bersifat sangat infeksius, dan dapat bertahan di dalam udara sampai 4 jam. Karena ukurannya yang sangat kecil, percik renik ini memiliki kemampuan mencapai ruang alveolar dalam paru, dimana bakteri kemudian melakukan replikasi. Ada 3 faktor yang menentukan transmisi M.TB :

- 1) Jumlah organisme yang keluar ke udara.
- 2) Konsentrasi organisme dalam udara, ditentukan oleh volume ruang dan ventilasi.
- 3) Lama seseorang menghirup udara terkontaminasi.

Satu batuk dapat memproduksi hingga 3,000 percik renik dan satu kali bersin dapat memproduksi hingga 1 juta percik renik. Sedangkan, dosis yang diperlukan terjadinya suatu infeksi TB adalah 1 sampai 10 basil. Kasus yang paling infeksius adalah penularan dari pasien dengan hasil pemeriksaan sputum positif, dengan hasil 3+ merupakan kasus paling infeksius. Pasien dengan hasil pemeriksaan sputum negatif bersifat tidak terlalu infeksius.

Kasus TB ekstra paru hampir selalu tidak infeksius, kecuali bila penderita juga memiliki TB paru. Individu dengan TB laten tidak bersifat infeksius, karena bakteri yang menginfeksi mereka tidak bereplikasi dan tidak dapat melakukan transmisi ke organisme lain.

Penularan TB biasanya terjadi di dalam ruangan yang gelap, dengan minim ventilasi di mana percik relik dapat bertahan di udara dalam waktu yang lebih lama. Cahaya matahari langsung dapat membunuh tuberkel basili dengan cepat, namun bakteri ini akan bertahan lebih lama di dalam keadaan yang gelap. Kontak dekat dalam waktu yang lama dengan orang terinfeksi meningkatkan risiko penularan. Apabila terinfeksi, proses sehingga paparan tersebut berkembang menjadi penyakit TB aktif bergantung pada kondisi imun individu. Pada individu dengan sistem imun yang normal, 90% tidak akan berkembang menjadi penyakit TB dan hanya 10% dari kasus akan menjadi penyakit TB aktif (setengah kasus terjadi segera setelah terinfeksi dan setengahnya terjadi di kemudian hari). Risiko paling tinggi terdapat pada dua tahun pertama pasca-terinfeksi, dimana setengah dari kasus terjadi. Kelompok dengan risiko tertinggi terinfeksi adalah anak-anak dibawah usia 5 tahun dan lanjut usia.

Orang dengan kondisi imun buruk lebih rentan mengalami penyakit TB aktif dibanding orang dengan kondisi sistem imun yang normal. 50- 60% orang dengan HIV-positif yang terinfeksi TB akan mengalami penyakit TB yang aktif. Hal ini juga dapat terjadi pada kondisi medis lain di mana sistem

imun mengalami penekanan seperti pada kasus silikosis, diabetes melitus, dan penggunaan kortikosteroid atau obat-obat immunosupresan lain dalam jangka panjang. (*Kemenkes-TB-2020-Buku-PNPK (1)*, n.d.)

d. Patofisiologi

Seseorang yang menghirup bakteri *M. tuberculosis* yang terhirup akan menyebabkan bakteri tersebut masuk ke alveoli melalui jalan nafas, alveoli adalah tempat bakteri berkumpul dan berkembang biak. *M. tuberculosis* juga dapat masuk ke bagian tubuh lain seperti ginjal, tulang, dan korteks serebri dan area lain dari paru-paru (lobus atas) melalui sistem limfa dan cairan tubuh. Sistem imun dan system kekebalan tubuh akan merespon dengan cara melakukan reaksi inflamasi. Fagosit menekan bakteri, dan limfosit spesifik *tuberculosis* menghancurkan (melisiskan) bakteri dan jaringan normal. Reaksi tersebut menimbulkan penumpukan eksudat di dalam alveoli yang bisa mengakibatkan bronchopneumonia. Infeksi awal biasanya timbul dalam waktu 2-10 minggu setelah terpapar bakteri (Kenedyanti & Sulistyorini, 2017).

Interaksi antara *M. tuberculosis* dengan sistem kekebalan tubuh pada masa awal infeksi membentuk granuloma. Granuloma terdiri atas gumpalan basil hidup dan mati yang dikelilingi oleh makrofag. Granulomas diubah menjadi massa jaringan jaringan fibrosa, Bagian sentral dari massa tersebut disebut ghon *tuberculosis* dan menjadi nekrotik membentuk massa seperti keju. Hal ini akan menjadi klasifikasi dan akhirnya membentuk jaringan kolagen kemudian bakteri menjadi dorman. Setelah infeksi awal, seseorang

dapat mengalami penyakit aktif karena gangguan atau respon yang inadeguat dari respon sistem imun. Penyakit dapat juga aktif dengan infeksi ulang dan aktivasi bakteri dorman dimana bakteri yang sebelumnya tidak aktif kembali menjadi aktif. Pada kasus ini, ghon tubrcle memecah sehingga menghasilkan necrotizing caseosa di dalam bronkhus. Bakteri kemudian menjadi tersebar di udara, mengakibatkan penyebaran penyakit lebih jauh. Tuberkel yang menyerah menyembuh membentuk jaringan parut. Paru yang terinfeksi menjadi lebih membengkak, menyebabkan terjadinya broncopneumonia lebih lanjut (Sigalingging et al., 2019).

- 1) Jenis kelamin: penyakit ini lebih banyak menyerang laki-laki daripada wanita, karena sebagian besar laki laki mempunyai kebiasaan merokok.
- 2) Kebiasaan merokok dapat menurunkan daya tahan tubuh, sehingga mudah untuk
- 3) terserang penyakit terutama pada laki-laki yang mempunyai kebiasaan merokok dan meminum alkohol.
- 4) Pekerjaan, hal ini karena pekerjaan dapat menjadi faktor risiko kontak langsung dengan penderita. Risiko penularan tuberkulosis pada suatu pekerjaan adalah seorang tenaga kesehatan yang secara kontak langsung dengan pasien walaupun masih ada beberapa pekerjaan yang dapat menjadi faktor risiko yaitu seorang tenaga pabrik.
- 5) Status ekonomi, juga menjadi faktor risiko mengalami penyakit tuberkulosis, masyarakat yang memiliki pendapatan yang kecil membuat

orang tidak dapat layak memenuhi syarat-syarat kesehatan (Sejati & Sofiana, 2015).

- 6) Faktor lingkungan merupakan salah satu yang memengaruhi pencahayaan rumah, kelembapan, suhu, kondisi atap, dinding, lantai rumah serta kepadatan hunian. Bakteri *M. tuberculosis* dapat masuk pada rumah yang memiliki bangunan yang gelap dan tidak ada sinar matahari yang masuk. (Mar'Iyah, 2021a).

e. Patogenesis TB

Setelah inhalasi, nukleus percik renek terbawa menuju percabangan trakea-bronkial dan dideposit di dalam bronkiolus respiratorik atau alveolus, di mana nukleus percik renek tersebut akan dicerna oleh makrofag alveolus yang kemudian akan memproduksi sebuah respon nonspesifik terhadap basilus. Infeksi bergantung pada kapasitas virulensi bakteri dan kemampuan bakterisid makrofag alveolus yang mencernanya. Apabila basilus dapat bertahan melewati mekanisme pertahanan awal ini, basilus dapat bermultiplikasi di dalam makrofag. Tuberkel bakteri akan tumbuh perlahan dan membelah setiap 23-32 jam sekali di dalam makrofag. *Mycobacterium* tidak memiliki endotoksin ataupun eksotoksin, sehingga tidak terjadi reaksi imun segera pada host yang terinfeksi. Bakteri kemudian akan terus tumbuh dalam 2-12 minggu dan jumlahnya akan mencapai $10^3 - 10^4$, yang merupakan jumlah yang cukup untuk menimbulkan sebuah respon imun seluler yang dapat dideteksi dalam reaksi pada uji tuberkulin skin test. Bakteri

kemudian akan merusak makrofag dan mengeluarkan produk berupa tuberkel basilus dan kemokin yang kemudian akan menstimulasi respon imun.

Sebelum imunitas seluler berkembang, tuberkel basili akan menyebar melalui sistem limfatik menuju nodus limfe hilus, masuk ke dalam aliran darah dan menyebar ke organ lain. Beberapa organ dan jaringan diketahui memiliki resistensi terhadap replikasi basili ini. Sumsum tulang, hepar dan limpa ditemukan hampir selalu mudah terinfeksi oleh *Mycobacteria*. Organisme akan dideposit di bagian atas (apeks) paru, ginjal, tulang, dan otak, di mana kondisi organ-organ tersebut sangat menunjang pertumbuhan bakteri *Mycobacteria*. Pada beberapa kasus, bakteri dapat berkembang dengan cepat sebelum terbentuknya respon imun seluler spesifik yang dapat membatasi multiplikasinya.

1) TB primer

Infeksi primer terjadi pada paparan pertama terhadap tuberkel basili. Hal ini biasanya terjadi pada masa anak, oleh karenanya sering diartikan sebagai TB anak. Namun, infeksi ini dapat terjadi pada usia berapapun pada individu yang belum pernah terpapar *M.TB* sebelumnya. Percik renek yang mengandung basili yang terhirup dan menempati alveolus terminal pada paru, biasanya terletak di bagian bawah lobus superior atau bagian atas lobus inferior paru. Basili kemudian mengalami terfagositosis oleh makrofag; produk mikobakterial mampu menghambat kemampuan bakterisid yang dimiliki makrofag alveolus, sehingga bakteri dapat melakukan replikasi di dalam makrofag. Makrofag dan monosit lain

bereaksi terhadap kemokin yang dihasilkan dan bermigrasi menuju fokus infeksi dan memproduksi respon imun. Area inflamasi ini kemudian disebut sebagai Ghon focus. Basili dan antigen kemudian bermigrasi keluar dari Ghon focus melalui jalur limfatik menuju Limfe nodus hilus dan membentuk kompleks (Ghon) primer. Respon inflamasinya menghasilkan ambaran tipikal nekrosis kaseosa. Di dalam nodus limfe, limfosit T akan membentuk suatu respon imun spesifik dan mengaktivasi makrofag untuk menghambat pertumbuhan basili yang terfagositosis. Fokus primer ini mengandung 1,000–10,000 basili yang kemudian terus melakukan replikasi. Area inflamasi di dalam fokus primer akan digantikan dengan jaringan fibrotik dan kalsifikasi, yang didalamnya terdapat makrofag yang mengandung basili terisolasi yang akan mati jika sistem imun host adekuat. Beberapa basili tetap dorman di dalam fokus primer untuk beberapa bulan atau tahun, hal ini dikenal dengan “kuman laten”. Infeksi primer biasanya bersifat asimtomatik dan akan

menunjukkan hasil tuberkulin positif dalam 4-6 minggu setelah infeksi. Dalam beberapa kasus, respon imun tidak cukup kuat untuk menghambat perkembangbiakan bakteri dan basili akan menyebar dari sistem limfatik ke aliran darah dan menyebar ke seluruh tubuh, menyebabkan penyakit TB aktif dalam beberapa bulan. TB primer progresif pada parenkim paru menyebabkan membesarnya fokus primer, sehingga dapat ditemukan banyak

area menunjukkan gambaran nekrosis kaseosa dan dapat ditemukan kavitas, menghasilkan gambaran klinis yang serupa dengan TB post primer.

2) TB pasca primer

TB pasca primer merupakan pola penyakit yang terjadi pada host yang sebelumnya pernah tersensitisasi bakteri TB. Terjadi setelah periode laten yang memakan waktu bulanan hingga tahunan setelah infeksi primer. Hal ini dapat dikarenakan reaktivasi kuman laten atau karena reinfeksi. Reaktivasi terjadi ketika basili dorman yang menetap di jaringan selama beberapa bulan atau beberapa tahun setelah infeksi primer, mulai kembali bermultiplikasi. Hal ini mungkin merupakan respon dari melemahnya sistem imun host oleh karena infeksi HIV.

Reinfeksi terjadi ketika seorang yang pernah mengalami infeksi primer terpapar kembali oleh kontak dengan orang yang terinfeksi penyakit TB aktif. Dalam sebagian kecil kasus, hal ini merupakan bagian dari proses infeksi primer. Setelah terjadinya infeksi primer, perkembangan cepat menjadi penyakit intra-torakal lebih sering terjadi pada anak dibanding pada orang dewasa. Foto toraks mungkin dapat memperlihatkan gambaran limfadenopati intratorakal dan infiltrat pada lapang paru. TB post-primer biasanya mempengaruhi parenkim paru namun dapat juga melibatkan organ tubuh lain. Karakteristik dari TB post primer adalah ditemukannya kavitas pada lobus superior paru dan kerusakan paru yang luas. Pemeriksaan sputum biasanya menunjukkan hasil yang positif dan

biasanya tidak ditemukan limfadenopati intratorakal. (*Kemenkes-TB-2020-Buku-PNPK (1)*, n.d.)

f. Manifestasi Klinis

Infeksi tuberkulosis terdapat dua jenis, yaitu tuberkulosis aktif dan tuberkulosis laten. Tuberkulosis aktif adalah tuberkulosis yang menimbulkan gejala dan menular, sedangkan tuberkulosis laten dimana penderita tidak menunjukkan gejala dan bakteri tersebut bersifat dorman. Tanda-tanda klinis seorang anak terinfeksi tuberkulosis paru tidak spesifik, muncul dengan demam, berat badan yang menurun, dan juga adanya infeksi saluran nafas akut yang berulang, sehingga sering kali kesulitan dalam mendiagnosis tuberkulosis paru secara klinis (Subu & Waworuntu, 2016).

Gejala utama tuberkulosis paru pada anak meliputi kelelahan, anoreksia, keringat pada malam hari, lemas, penurunan berat badan dan anak terlihat kurang aktif. Ketika infeksi bakteri semakin berkembang, anak mengalami keluhan nyeri dada, batuk, dan hemoptisis (jarang terjadi). Tanda dan gejala lain termasuk demam yang umumnya tidak tinggi (berlangsung kurang lebih selama 15 hari, dan sering muncul di malam hari), limfadenopati, dan hepatosplenomegali. Batuk yang persisten adalah gejala utama dari tuberkulosis paru pada anak yang umum ditemukan (Carvalho et al., 2018).

g. Penatalaksanaan

Seseorang yang menghirup bakteri *M. tuberculosis* yang terhirup akan menyebabkan bakteri tersebut masuk ke alveoli melalui jalan nafas, alveoli adalah

tempat bakteri berkumpul dan berkembang biak. *M. tuberculosis* juga dapat masuk ke bagian tubuh lain seperti ginjal, tulang, dan korteks serebri dan area lain dari paru-paru (lobus atas) melalui sistem limfa dan cairan tubuh. Sistem imun dan sistem kekebalan tubuh akan merespon dengan cara melakukan reaksi inflamasi. Fagosit menekan bakteri, dan limfosit spesifik tuberkulosis menghancurkan (melisiskan) bakteri dan jaringan normal. Reaksi tersebut menimbulkan penumpukan eksudat di dalam alveoli yang bisa mengakibatkan bronchopneumonia. Infeksi awal biasanya timbul dalam waktu 2-10 minggu setelah terpapar bakteri (Kenedyanti & Sulistyorini, 2017). Interaksi antara *M. tuberculosis* dengan sistem kekebalan tubuh pada masa awal infeksi membentuk granuloma. Granuloma terdiri atas gumpalan basil hidup dan mati yang dikelilingi oleh makrofag. Granulomas diubah menjadi massa jaringan jaringan fibrosa, Bagian sentral dari massa tersebut disebut ghon tuberculosis dan menjadi nekrotik membentuk massa seperti keju. Hal ini akan menjadi klasifikasi dan akhirnya membentuk jaringan kolagen kemudian bakteri menjadi dorman. Setelah infeksi awal, seseorang dapat mengalami penyakit aktif karena gangguan atau respon yang inadekuat dari respon sistem imun. Penyakit dapat juga aktif dengan infeksi ulang dan aktivasi bakteri dorman dimana bakteri yang sebelumnya tidak aktif kembali menjadi aktif. Pada kasus ini, ghon tubrcle memecah sehingga menghasilkan necrotizing caseosa di dalam bronkhus. Bakteri kemudian menjadi tersebar di udara, mengakibatkan penyebaran penyakit lebih jauh. Tuberkel yang menyerah menyembuh membentuk jaringan parut. Paru yang terinfeksi menjadi lebih membengkak, menyebabkan terjadinya bronkopneumonia lebih lanjut).(Mar'Iyah, 2021b)

h. Komplikasi

Gejala umum tuberkulosis adalah sebagai berikut: (Rahmaniati & Apriyani, 2018).

1. Berat badan turun selama tiga bulan berturut-turut tanpa sebab yang jelas;
2. Demam meriang lebih dari sebulan;
3. Batuk lebih dari dua minggu, batuk ini bersifat nonremitting (tidak pernah reda atau intensitas semakin lama semakin parah) (Tsani, 2011);
4. Dada terasa nyeri;
5. Sesak napas;
6. Nafsu makan tidak ada atau berkurang;
7. Mudah lesu atau malaise;
8. Berkeringat malam walaupun tanpa aktifitas fisik; serta
9. Dahak bercampur darah (Rahmaniati & Apriyani, 2018).

Pengobatan tuberkulosis terbagi menjadi 2 fase yaitu fase intensif (2-3 bulan) dan fase lanjutan selama 4 atau 7 bulan. Prinsip utama pengobatan tuberkulosis adalah patuh untuk meminum obat selama jangka waktu yang diberikan oleh dokter, hal ini dianjurkan agar bakteri penyebab penyakit tuberkulosis tidak menjadi kebal terhadap obat-obatan yang diberikan.

Paduan obat yang digunakan adalah paduan obat utama dan obat tambahan. Jenis obat utama (lini I) adalah INH, rifamfis, pirazinamid, streptomisin, etambutol, sedangkan obat tambahan lainnya adalah: kanamisin, amikasin, kuinolon (Darliana, 2011). Kualitas hidup pasien tuberkulosis yang menjalani pengobatan dipengaruhi oleh kondisi fisik yang dialami, tekanan emosional, dukungan sosial yang diperoleh dari keluarga maupun orang sekitar, serta lingkungan yang mendukung pasien dalam menjalani hidup. (Mar'Iyah, 2021).

2. Telaah Pustaka middle –range theory

a. Definisi

Middle range theory dapat didefinisikan sebagai serangkaian ide/ gagasan yang saling berhubungan dan berfokus pada suatu dimensi terbatas yaitu pada realitas keperawatan (Smith dan Liehr, 2008).

Teori-teori ini terdiri dari beberapa konsep yang saling berhubungan dan dapat digambarkan dalam suatu model. *Middle range theory* dapat dikembangkan pada tatanan praktek dan riset untuk menyediakan pedoman dalam praktik dan riset/penelitian yang berbasis pada disiplin ilmu keperawatan.

b. Perbandingan dengan Level Teori yang Lain

Dalam lingkup dan tingkatan abstrak, *middle range theory* cukup spesifik untuk memberikan petunjuk riset dan praktik, cukup umum pada populasi klinik dan mencakup fenomena yang sama. Sebagai petunjuk riset

dan praktek, middle range theory lebih banyak digunakan dari pada grand theory, dan dapat diuji dalam pemikiran empiris.

Theory Middle-Range memiliki hubungan yang lebih kuat dengan penelitian dan praktik. Hubungan antara penelitian dan praktik menurut Merton (1968), menunjukkan bahwa Teori Mid-Range amat penting dalam disiplin praktik, selain itu Walker and Avant (1995) mempertahankan bahwa *middle-range theory* menyeimbangkan kespesifikannya dengan konsep secara normal yang nampak dalam grand teori.

Middle-range theory memberikan manfaat bagi perawat, mudah diaplikasikan dalam praktik dan cukup abstrak secara ilmiah. Teori Middle Range, tingkat keabstrakannya pada level pertengahan, inklusif, diorganisasi dalam lingkup terbatas, memiliki sejumlah variabel terbatas, dapat diuji secara langsung.

Kramer (1995) mengatakan bahwa mid-range theory sesuai dengan lingkup fenomena yang relatif luas tetapi tidak mencakup keseluruhan fenomena yang ada dan merupakan masalah pada disiplin ilmu. Bila dibandingkan dengan grand teori, middle range theory ini lebih konkrit. Merton (1968) yang berperan dalam pengembangan middle range theory, mendefinisikan teori ini sebagai sesuatu yang minor tetapi penting dalam penelitian dan pengembangan suatu teori.

Sependapat dengan Merton, beberapa penulis keperawatan mengemukakan middle range theory jika dibandingkan dengan grand theory:

1. Ruang lingkupnya lebih sempit
2. Lebih konkrit, fenomena yang disajikan lebih spesifik
3. Terdiri dari konsep dan proposisi yang lebih sedikit.
4. Merepresentasikan bidang keperawatan yang lebih spesifik/ terbatas
5. Lebih dapat diuji secara empiris
6. Lebih dapat diaplikasikan secara langsung dalam tatanan praktik

c. Pengelompokan Teori

Berdasarkan pengelompokkannya Middle Range Theory dikelompokkan oleh beberapa penyusun buku menurut:

Peterson & Bredow (2004) mengklasifikasikan middle range theories ke dalam tipe-tipe:

1. Tipe fisiologis
2. Tipe kognitif
3. Tipe emosional
4. Tipe sosial
5. Tipe integrative

Tomey & Alligood (2006), berdasar tema masing-masing teori:

1. Illness trajectory (Wiener & Dodd, 1993)
2. Tidal Model (Phil Barker, 2001)
3. Comfort (Kolcaba, 1992)
4. Peacefull end of life (Ruland & More, 1998) dan sebagainya

berikut:

Ciri-ciri Middle Range Theory menurut beberapa pendapat yaitu sebagai

Menurut Mc. Kenna h.p. (1997):

1. Bisa digunakan secara umum pada berbagai situasi
2. Sulit mengaplikasikan konsep ke dalam teori
3. Tanpa indikator pengukuran
4. Masih cukup abstrak
5. Konsep dan proposisi yang terukur
6. Inklusif
7. Memiliki sedikit konsep dan variabel
8. Dalam bentuk yang lebih mudah diuji
9. Memiliki hubungan yang kuat dengan riset dan praktik
10. Dapat dikembangkan secara deduktif, retroduktif. Lebih sering secara induktif menggunakan studi kualitatif
11. Mudah diaplikasikan ke dalam praktik, dan bagian yang abstrak merupakan hal ilmiah yang menarik
12. Berfokus pada hal-hal yang menjadi perhatian perawat.
13. Beberapa di antaranya memiliki dasar dari grand teori
14. Mid-range theory tumbuh langsung dari praktik.

Menurut Melels, A. I. (1997):

1. Ruang lingkup terbatas,

2. Memiliki sedikit abstrak,
3. Membahas fenomena atau konsep yang lebih spesifik, dan
4. Merupakan cerminan praktik (administrasi, klinik, pengajaran)

Menurut Whall (1996):

1. Konsep dan proposisi spesifik tentang keperawatan
2. Mudah diterapkan
3. Bisa diterapkan pada berbagai situasi
4. Proposisi bisa berada dalam suatu rentang hubungan sebab akibat

Perkembangan Middle Range Theory

Liehr & Smith (1999) menjelaskan bahwa perkembangan middle range theory bersumber pada proses intelektual yang meliputi:

1. Teori induktif yang membangun teori melalui riset
2. Teori deduktif yang berasal dari grand theory
3. Kombinasi dari teori keperawatan dan non keperawatan
4. Sintesa teori yang berasal dari penelitian yang telah terpublikasi
5. Mengembangkan teori dari pedoman praktik klinik.

d. Penggunaan Middle Range Theory

Middle range theory telah digunakan dalam bidang praktik dan penelitian.

Teori ini mampu menstimulasi dan mengembangkan pemikiran rasional dari penelitian.serta membimbing dalam pemilihan variable dan pertanyaan penelitian. (Lenz, 1998.p.26) Middle range Teori dapat

membantu praktik dengan memfasilitasi pemahaman terhadap perilaku klien dan memungkinkan untuk menjelaskan beberapa efektifitas dari intervensi.

Review terhadap beberapa penelitian dipublikasikan mengungkapkan penggunaan Middle Range Teori dalam penelitian keperawatan masih cukup luas. Dan sebagian besar Middle Range Teori berasal dari disiplin ilmu lain. Hal ini sangat jelas ketika kita membandingkan seberapa sering Middle Range Teori dan Grand Teori dikutip dalam literatur penelitian keperawatan. Dari 173 penelitian, yang diidentifikasi menggunakan teori adalah 79 (45%). Dan dari 79 penelitian tersebut diidentifikasi hanya 25 penelitian yang benar-benar menggunakan teori keperawatan dan 54 lainnya menggunakan mengadopsi dari disiplin ilmu lainnya dan kebanyakan dari ilmu psikologi.

e. Kontroversi Tentang Middle Range Theory

Identifikasi middle Range Teori telah cukup jelas. Disisi lain, Chenitz, seorang penulis utama dari *Entry into a Nursing Home as Status Passage*, memasukan teori ini ke dalam praktikal teori ini, sedangkan yang lainnya memasukkan ke dalam middle range teori. Dalam analisis dasar Middle Range Teori "Pertanyaan tentang Middle Range teori bukanlah merupakan sesuatu pernyataan hitam dan putih namun memiliki definisi yang jelas. Middle Range Teori mengandung nilai abstrak, tidak terlalu luas namun juga tidak terlalu sempit, tetapi berada pada kondisi dipertengahan.

Untuk mencegah salah penafsiran dalam pemahaman terhadap teori, para penemu teori harus memberikan Identitas Teori terhadap komponen konsep dalam teori tersebut.

Ketidakkuratan dari middle range teori hanya salah satu dari sekian banyak kritik terhadap teori ini. Selain hal tersebut, ketidakjelasan definisi middle range teori telah dikritisi untuk membedakannya dengan Grand Teori, karena mampu untuk diuji menggunakan ide postif-logis.

3. Telaah Pustaka Kepatuhan Minum Obat

a. Definisi

Kepatuhan berasal dari kata “Patuh” yang berarti suka menurut perintah, taat kepada perintah dan aturan dan kedisiplinan. Kepatuhan adalah perilaku positif penderita dalam mencapai tujuan terapi. Kepatuhan merupakan suatu bentuk perilaku manusia yang taat pada aturan, perintah yang telah ditetapkan, prosedur dan disiplin yang harus dijalankan (Rosa, 2018).

Kesembuhan pasien TB paru dipengaruhi oleh kepatuhan dalam minum OAT. Kepatuhan ini diartikan sebagai perilaku pasien untuk minum obat sesuai jenis, dosis, cara minum, waktu minum dan jumlah hari minum obat sesuai dengan pedoman nasional penanggulangan TB (Widiyanto, 2016)

b. Faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat penderita TB

Paru Sebagai berikut:

- 1) Jenis kelamin Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa perempuan memiliki tingkat kepatuhan pengobatan yang lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini disebabkan karena laki-laki cenderung kurang memperhatikan kesehatannya dan adanya gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok dan mengonsumsi alkohol (Azalla et al., 2020).
- 2) Lama Pengobatan Penderita TB beranggapan bahwa proses pengobatan, efek samping obat dan lama pengobatan memperburuk kondisi kesehatannya, sehingga hal ini menjadi penghambat kepatuhan minum obat penderita TB (Gebreweld et al., 2018).
- 3) Pengetahuan
Pengetahuan mengenai TB paru dan proses pengobatan sangat penting untuk dimiliki oleh penderita TB paru, karena semakin tinggi pengetahuan penderita mengenai penyakitnya maka semakin baik pula kepatuhan dalam berobat (Tukayo et al., 2020).
- 4) Ekonomi
Masalah keuangan menjadi salah satu faktor kepatuhan pengobatan pada penderita tuberculosis paru, hal ini karena sebagian besar penderita tuberculosis sudah tidak bekerja sehingga kekurangan dana untuk mengakses klinik (Gebreweld et al., 2018).
- 5) Dukungan keluarga

Keluarga merupakan orang yang paling dekat dengan pasien sehingga peran anggota keluarga sangat dibutuhkan dalam proses pengobatan pasien tuberculosis paru. Keluarga harus memberikan dukungan sehingga penderita dapat menyelesaikan pengobatannya sampai sembuh. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien yang patuh minum obat memiliki dukungan keluarga yang lebih baik dibandingkan dengan pasien yang tidak patuh minum obat (Tukayo et al., 2020).

6) Dukungan sosial

Dukungan sosial dapat berupa dukungan dari teman, tetangga, tokoh agama atau tokoh masyarakat yang ada di lingkungan tempat tinggal. Peran dari orang disekitar dapat meningkatkan semangat dan rasa dihargai penderita tuberculosis, dukungan sosial yang tidak baik berupa stigma dapat mempengaruhi kepatuhan berobat penderita tuberculosis. (Musfira, 2022).

3. Telaah Pustaka Theory M.King

a. Definisi

Konsep yang dibahas Imogene King merupakan teori yang berfokus pada interaksi interpersonal antara perawat dan pasien. Terdapat 3 sistem interaktif yang penting bagi keperawatan yaitu sistem interpersonal, personal dan sosial (Aini, 2018).

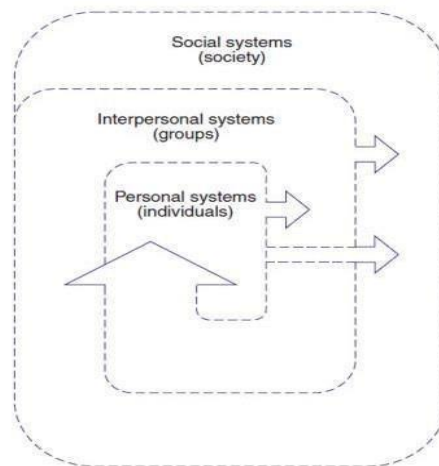


FIG. 15.1 Dynamic conceptual systems. (From King, I. [1981]. *A theory for nursing: Systems, concepts, process* [p. 11]. New York: Delmar. Used with permission from I. King.)

1) Sistem Personal

Individu yang dapat melakukan interaksi dan mampu menyerap suatu informasi dari lingkungannya yang dilihat sebagai sistem terbuka. Sedangkan pengertian dari individu sendiri yaitu seseorang yang merupakan anggota dari masyarakat, berfikir rasional, memiliki rasa kasih sayang, empati, dan peduli sesama, mampu berinteraksi, mampu beradaptasi, memiliki kontrol diri, mempunyai hak dan memiliki respon terkait hal-hal yang terjadi serta berorientasi dengan waktu dan Tindakan. Adapun pemahaman yang singkat terkait sistem personal yakni: persepsi, kontrol diri, gambaran diri, jarak dan waktu, serta tumbuh kembang.

2) Sistem Interpersonal

Interaksi yang dilakukan dua orang atau lebih dalam suatu grup dalam interaksi ini lebih ditekankan tentang konsep peran teraksi, komunikasi, teransaksi, stress dan coping sesama manusia hidup lainnya.

3) Sistem Sosial

Sebuah sistem yang dinamis yang bertujuan agar keselamatan lingkungan tetap terjaga. Dalam sistem ini. Interaksi, persepsi dan Kesehatan merupakan hal yang dapat mempengaruhi perilaku masyarakat. Tujuan dari sistem sosial ini agar organisasi kesehatan dapat lebih memahami konsep organisasi, kekuatan, wewenang serta dapat mempertimbangkan dalam pengambilan sebuah keputusan.

b. Paradigma Keperawatan Menurut Imogene King - 1971

Paradigma Keperawatan menurut Imogene King (Tampubolon et al., 2021):

1) Keperawatan

Keperawatan merupakan suatu proses interaksi yang terjadi diantara perawat dan klien dimana selama proses pengkajian, perumusan tujuan dan inpelemntasi terjadi transaksi dan tujuan tercapai. Tujuan perawat adalah memanfaatkan komunikasi untuk membantu klien dalam menciptakan dan mempertahankan adaptasi yang positif terhadap lingkungan.

2) Manusia

Manusia sebagai makhluk yang berorientasi terhadap waktu dan tidak terlepas dari masa lalu dan sekarang yang dapat berpengaruh pada masa yang akan datang. Sebagai makhluk sosial manusia akan hidup Bersama dengan orang lain dan akan berinteraksi satu dengan yang lainnya. King mendefinisikan klien sebagai individu (sistem personal) atau kelompok (sistem interpersonal) yang tidak mampu mengatasi masalah kesehatan ketika berinteraksi dengan lingkungan.

3) Kesehatan

King mendefinisikan Kesehatan sebagai kemampuan aktifitas kehidupan sehari-hari dalam peran sosial yang lazim. Kesehatan juga merupakan suatu pengalaman hidup yang dinamis dalam penyesuaian secara terus menerus terhadap stressor lingkungan dengan menggunakan sumber-sumber yang optimum.

4) Lingkungan

Lingkungan merupakan sistem sosial dalam masyarakat sedangkan sistem sosial merupakan kekuatan dinamis yang mempengaruhi perilaku sosial, integrasi, persepsi dan kesehatan seperti rumah sakit, klinik atau industri.

c. Konsep Interaksi Imogene King

Pada sebuah interaksi terjadi berbagai aktivitas yang dijelaskan sebagai sembilan konsep utama yang saling berhubungan dalam semua situasi pada praktek keperawatan (Chistensen J.P, 2009) dalam (Aini, 2018), hal itu mencakup:

1) Interaksi

King mendefinisikan interaksi ialah proses pencapaian tujuan dimana terjadi proses dari persepsi dan komunikasi antara individu, individu dengan kelompok, individu dengan lingkungan yang ditandai sebagai perilaku verbal dan non verbal.

2) Persepsi

Sebagai ilustrasi seseorang tentang kenyataan, persepsi kaitannya dengan pengalaman yang telah lalu, genetika, konsep diri, sosial ekonomi dan latar belakang Pendidikan.

3) Komunikasi

Sebagai sebuah proses penyampaian informasi baik secara langsung maupun secara tidak langsung dari seseorang pada orang lain.

4) Transaksi

Sebagai interaksi yang memiliki maksud tertentu dalam usaha pencapaian tujuan. Diantaranya pengamatan terhadap perilaku dari interaksi yang terjadi pada manusia dengan lingkungannya.

5) Peran

Serangkaian perilaku individu yang diharapkan dari posisi pekerjaannya dalam sebuah sistem sosial. Hak dan kewajiban yang sesuai dengan posisinya sebagai indikator tolak ukurnya.

6) Stress

Sebagai sebuah kondisi dinamis yang terjadi akibat terjadinya interaksi pada manusia dan lingkungannya untuk menjaga keseimbangan dan upaya mengontrol stressor yang ada, maka stress melibatkan pertukaran energi dan informasi antara manusia dan lingkungannya.

7) Tumbuh Kembang

Perubahan yang terus menerus yang terjadi dalam diri individu. Hal ini mencakup pada tingkat sel, molekul dan tingkat aktivitas perilaku yang kondusif dalam membantu individu pada proses pencapaian kematangan.

8) Waktu

Sebagai sebuah urutan kejadian atau peristiwa ke masa yang akan mendatang. Waktu ialah perputaran antara satu peristiwa yang lainnya dan sebuah pengalaman unik dari manusia.

9) Ruang

Suatu hal yang ada dimanapun akan sama. Ruang merupakan sebuah area terjadinya proses interaksi antara perawat dengan pasien.

d. Hubungan Antar Konsep

King mengemukakan konsep kerjanya yang meliputi adanya sistem personal, sistem interpersonal dan sistem sosial yang saling berhubungan satu dengan yang lain. Sistem personal merupakan sistem terbuka yang didalamnya mengandung persepsi, pola tumbuh kembang, gambaran tubuh, ruang dan waktu dari individu dan lingkungan. Hubungan interpersonal mencakup hubungan antara perawat dengan pasien dalam menegakkan sistem sosial dengan situasi yang ada (Tampubolon et al., 2021).

Menurut teori king berfokus pada tiga sistem, yaitu: sistem personal, sistem interpersonal, dan sistem sosial. Sistem personal menjelaskan tentang suatu individu yang berinteraksi dan mampu menyerap suatu informasi dari lingkungan yang dilihat sebagai sistem terbuka. Sistem interpersonal yaitu suatu interaksi yang dilakukan oleh dua orang atau lebih dalam suatu grup. Sedangkan sistem sosial bertujuan untuk keselaatan lingkungan tetap terjaga. Dalam sistem ini, interaksi, persepsi, dan Kesehatan merupakan hal yang dapat mempengaruhi perilaku masyarakat.

- 1) Sistem personal : persepsi pasien tentang penyakit TB dan pentingnya pengobatannya dapat mempengaruhi keputusan mereka untuk mematuhi pengobatan. Sistem personal dengan hasil tersebut didukung pada tingkat pengetahuan yang sebagian besar menunjukkan hasil yang baik sehingga kemampuan penderita.

Teori king menekankan pentingnya pemahaman pasien tentang kondisi kesehatannya dan tujuan pengobatannya.

- 2) System interpersonal : Menurut Niven (2012), ketika individu berinteraksi satu dengan yang lain seperti interaksi antara perawat, pasien dan keluarga merupakan system interpersonal. Konsep yang berhubungan dengan sistem interpersonal adalah peran, stres, stresor, interaksi, transaksi dan komunikasi. Peran tersebut mengacu pada perilaku yang diharapkan seseorang dalam posisi spesifik yang ada pada sistem sosial. Peran dalam sistem interpersonal memerlukan komunikasi dan hubungan yang interaktif. Bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan yang dipengaruhi oleh situasi adalah hal penting dalam Interaksi antara profesional kesehatan dan pasien. Komunikasi yang efektif dan dukungan dari tenaga kesehatan dapat meningkatkan kepercayaan pasien terhadap pengobatan dan memotivasi mereka untuk mematuhi pengobatan.
- 3) System social: dukungan social dari keluarga dan lingkungan sekitar pasien juga dapat mempengaruhi kepatuhan minum obat. Teori king menekankan pentingnya dukungan social dalam mencapai tujuan kesehatan.

e. METODE (APLIKASI TEORI IMOGENE KING DALAM PROSES KEPERAWATAN)

1) Pengkajian

Terjadi selama interaksi antara perawat dan pasien/klien. Perawat membawa pengetahuan khusus dan ketrampilan sedangkan klien

membawa pengetahuan tentang diri dan persepsi masalah yang menjadi perhatian, untuk interaksi ini. Selama pengkajian perawat mengumpulkan data tentang klien, diantaranya adalah:

- a) Tingkat tumbuh kembang.
- b) Pandangan tentang diri sendiri.
- c) Persepsi yang merupakan dasar pengumpulan dan interpretasi data terhadap status kesehatan.
- d) Pola komunikasi diperlukan untuk memverifikasi keakuratan persepsi, untuk interaksi dan transaksi.
- e) Sosialisasi.

2) Diagnosa keperawatan

- a) Dibuat setelah melakukan pengkajian.
- b) Dibuat sebagai hasil interaksi antara perawat dengan pasien/klien.
- c) Stress merupakan konsep yang penting dalam hubungannya dengan diagnosa keperawatan

3) Perencanaan

- a) Dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan.
- b) Setelah diagnosis, perencanaan intervensi untuk memecahkan masalah tersebut dilakukan.
- c) Dalam perencanaan pencapaian tujuan diawali dengan menetapkan tujuan dan membuat keputusan.

- d) Merupakan bagian dari transaksi dan partisipasi pasien/klien yang dianjurkan ikut serta dalam pengambilan keputusan tapi tidak harus bertanggung jawab.

4) Implementasi

- a) Dalam keperawatan melibatkan proses implementasi kegiatan aktual untuk mencapai tujuan.
- b) Dalam pencapaian tujuan itu adalah kelanjutan dari transaksi

e. Evaluasi

Merupakan gambaran bagaimana mengenal hasil tujuan yang dicapaidan membahas tentang pencapaian tujuan dan keefektifan proses keperawatan (Perry&Potter,2005.

4. Telaah Pustaka Komunikasi Terapeutik

a. Definisi Komunikasi Terapeutik

Manusia merupakan makhluk sosial yang menggunakan komunikasi secara verbal dan nonverbal dalam berinteraksi, menunjukkan keinginan dan perasaan sehingga dapat mempertahankan hubungan antara satu dengan orang lain. Komunikasi menjadi hal dasar dalam menjalin hubungan antar manusia, termasuk salah satunya adalah profesi perawat. Komunikasi dalam ilmu keperawatan merupakan hal yang penting dilakukan untuk menjalin hubungan yang terapeutik antara perawat dan pasien guna menggali informasi yang mendalam dari pasien dan memiliki peran penting untuk mengetahui apa yang diharapkan oleh

pasien serta mengevaluasi hasil tindakan asuhan keperawatan yang telah diberikan (Dora dkk., 2019).

Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang dilakukan secara sadar dan terencana, memiliki tujuan yang difokuskan untuk penyembuhan pasien. Komunikasi terapeutik memiliki fungsi untuk menjalin kerjasama antara perawat dengan klien melalui bina hubungan saling percaya (BHSP). Komunikasi terapeutik perawat mengidentifikasi dan mengkaji masalah klien, pertukaran pikiran dan mengungkapkan perasaan serta mengevaluasi komunikasi yang baik. Komunikasi terapeutik dapat dilakukan untuk semua klien dengan semua diagnosa keperawatan (Haryanto & Sariwating, 2019).

b. Tujuan Komunikasi Terapeutik

Tujuan Komunikasi Terapeutik Komunikasi terapeutik dilakukan untuk mendorong dan membentuk Kerjasama antara perawat dan pasien melalui hubungan perawat-klien. Prabowo (2014) Komunikasi terapeutik mempunyai tujuan untuk memotivasi dan mengembangkan pribadi klien kearah yang lebih baik, tujuan hubungan komunikasi terapeutik antara lain:

1. Penerimaan diri dan peningkatan terhadap penghormatan diri. Klien yang sebelumnya tidak menerima diri apa adanya atau merasa rendah diri, setelah berkomunikasi terapeutik dengan perawat akan mampu menerima dirinya. Diharapkan perawat dapat mengubah cara pandang klien tentang dirinya dan masa depannya sehingga klien dapat menghargai dan menerima diri apa adanya.

2. Kemampuan membina hubungan interpersonal yang tidak superficial dan saling bergantung dengan orang lain. Klien belajar bagaimana menerima dan diterima oleh orang lain. Dengan komunikasi yang terbuka, jujur, dan menerima klien apa adanya, perawat akan dapat meningkatkan kemampuan klien dalam membina hubungan saling percaya (BHSP)
3. Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan yang realistis. Tugas perawat dengan kondisi seperti itu adalah membimbing klien dalam membuat tujuan yang realistis serta meningkatkan kemampuan klien memenuhi kebutuhan dirinya.
4. Rasa identitas personal yang jelas dan meningkatkan integritas diri. Identitas personal yang dimaksud adalah status, peran, dan jenis kelamin klien.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa tujuan dari komunikasi terapeutik adalah suatu cara yang dilakukan perawat agar termotivasi dan mengembangkan diri klien ke arah yang lebih baik.

c. Tahapan Komunikasi Terapeutik

Menurut (Kusumo, 2017) Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang digunakan oleh tenaga kesehatan dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien. (Prabowo, 2014) mengatakan dalam komunikasi terdapat beberapa tahapan yang dilakukan oleh seorang perawat kepada pasien yaitu :

1. Tahapan Pra Interaksi Tahapan pra interaksi merupakan tahapan seorang perawat mengenali kemampuan komunikasi yang dimiliki sebelum kontak dengan pasien, tahapan ini juga menyiapkan psikis tenaga kesehatan seperti rasa cemas. Terdapat dua unsur yang dipersiapkan yaitu unsur dalam diri perawat dan unsur dari pasien.
2. Tahapan Orientasi Tahapan Orientasi merupakan tahapan mengevaluasi kebenaran data dan rencana tindakan yang disusun sesuai keadaan pasien serta tindakan yang sebelumnya telah dilakukan. Pada tahap orientasi perawat harus memiliki kemampuan untuk menstimulasi pasien supaya bisa mengungkapkan keluhannya secara lengkap. Dalam tahap ini yang dilakukan perawat adalah pengenalan, membuat kontrak tindakan dengan pasien, mengidentifikasi masalah keperawatan pada pasien dan menetapkan tujuan yang harus dicapai.

3. Tahapan Kerja Tahapan kerja merupakan tahapan melakukan tindakan implementasi rencana keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan harus dilakukan persamaan persepsi dan pikiran antara perawat dan pasien, pada tahap kerja perawat wajib menyampaikan gambaran prosedur tindakan kepada pasien sebelum dilakukan tindakan kerja (Purwanto,2014).
4. Tahapan Terminasi Tahapan terminasi merupakan tahap dimana seorang perawat mengakhiri sesi tindakan atau implementasi yang telah dilaksanakan terhadap pasien. Pada tahap ini juga sebagai evaluasi hasil kegiatan yang telah dilakukan untuk mengetahui tingkat keberhasilan dan tindak lanjut yang akan datang. Tahap terminasi dibagi menjadi dua yaitu tahap terminasi sementara, dimana perawat mengakhiri tindakan yang dilakukan dan di berikan kepada petugas berikutnya. Sedangkan terminasi akhir, dimana perawat mengakhiri tindakan terhadap pasien yang akan meninggalkan rumah sakit karena sembuh atau alasan lainnya. Dalam kegiatan terminasi yang dilakukan, antara lain evaluasi subjektif yaitu evaluasi yang dilakukan perawat untuk mengetahui suasana hati pasien setelah dilakukan tindakan atau komunikasi, dan evaluasi objektif yaitu evaluasi yang dilakukan perawat untuk mengetahui respon objektif pasien terhadap harapan dari keluhan yang dirasakan klien, seperti adanya perubahan atau kemajuan serta menyampaikan kepada pasien tentang kelanjutan tindakan yang akan dilakukan.

d. Prinsip Komunikasi Terapeutik

Pelayanan keperawatan akan tercapai apabila seorang perawat menerapkan “*helping relationship*” serta mempunyai prinsip dan karakteristik dalam melaksanakan komunikasi terapeutik. Berikut prinsip-prinsip komunikasi terapeutik menurut Keliat,1996:

1. Perawat harus mengenal, menilai dan memahami nilai yang dianut oleh dirinya sendiri
2. Komunikasi ditandai dengan sikap saling menerima, percaya dan saling menghargai
3. Perawat juga harus bisa memahami dan menghormati nilai yang dianut oleh pasien
4. Dalam komunikasi kejujuran dan keterbukaan merupakan dasar dari terciptanya hubungan terapeutik
5. Perawat harus bisa menciptakan suasana yang bisa membangkitkan motivasi untuk mengubah baik sikap ataupun tingkah laku pasien sehingga bisa memecahkan masalah yang dihadapi pasien
6. Perawat harus bisa menguasai perasaan dirinya secara bertahap untuk mengetahui dan mengatasi perasaan dalam kondisi apapun
7. Perawat mampu memahami arti empati sehingga tercipta pelayanan yang terapeutik, sebaliknya jika rasa simpati yang tercipta maka pelayanan tidak bisa dikatakan terapeutik

8. Perawat mampu menjadi role model supaya bisa menunjukkan dan meyakinkan orang lain terkait kesehatan, oleh karena itu sebagai seorang perawat perlu mempertahankan keadaan sehat fisik, mental, sosial serta spiritual
9. Perawat harus memiliki rasa tanggung jawab dalam dua dimensi, yaitu tanggung jawab terhadap dirinya sendiri dan tanggung jawab terhadap orang lain

e. Karakteristik Komunikasi Terapeutik

Menurut Arwani (2002) terdapat tiga hal dasar memiliki ciri-ciri komunikasi terapeutik, antara lain:

1. Rasa ikhlas (Genuiness) Perawat harus bisa menyadari terhadap nilai, sikap, dan perasaan yang dimiliki terhadap keadaan pasien. Perawat yang mampu menunjukkan rasa ikhlas kepada pasien memiliki kesadaran mengenai sikap yang dimiliki terhadap pasien sehingga mampu belajar untuk mengkomunikasikan secara tepat
2. Rasa empati (Empathy) Rasa empati merupakan perasaan “paham” dan “menerima” perawat terhadap perasaan yang dirasakan oleh pasien dan kemampuan merasakan dunia pribadi pasien. Rasa empati merupakan sesuatu yang sensitif, jujur serta tidak bisa dibuat-buat didasarkan oleh apa yang dialami oleh orang lain.
3. Rasa Hangat (Warmth) Rasa hangat sebagai seorang perawat harus bisa mendorong pasien untuk mengungkapkan ide dan menuangkan dalam bentuk tindakan tanpa rasa takut ataupun ragu.

Suasana komunikasi yang hangat, permissive, dan tanpa ada rasa ancaman menunjukkan adanya rasa penerimaan seorang perawat kepada pasien, sehingga pasien akan mudah mengekspresikan perasaannya secara mendalam.

f. Faktor Penghambat Komunikasi Terapeutik

Menurut Purwanto (1994) terdapat beberapa hal yang bisa menjadi hambatan komunikasi terapeutik, antara lain: kemampuan dalam pemahaman yang berbeda, pengamatan atau persepsi yang berbeda, komunikasi yang berbeda dan pengalihan topik pembicaraan. Sedangkan menurut Dewit (2001), terdapat beberapa faktor penghambat terciptanya komunikasi terapeutik yang efektif, antara lain:

1. Mengubah topik atau subjek (Changing the Subject)
2. Mengungkapkan keyakinan yang salah atau palsu (Offering False Reassurance)
3. Memberikan nasihat (Giving Advice)
4. Komentar yang bertahan (Defensive Comments)
5. Pertanyaan penyidikan (Prying or Probing Questions)
6. Menggunakan kata klise (Using Cliches)
7. Mendengarkan tetapi tidak memperhatikan (In Attentive Listening)

g. Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Teraupetik Perawat

Pelaksanaan komunikasi yang terapeutik dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, antara lain:

1. Perkembangan

Perkembangan individu mempengaruhi komunikasi dalam dua aspek, antara lain tingkat perkembangan tubuh yang dapat mempengaruhi kemampuan dalam menggunakan teknik komunikasi dan untuk mempersepsikan pesan yang akan disampaikan. Supaya bisa terjalin komunikasi yang efektif seorang perawat harus bisa memahami pengaruh perkembangan usia, baik dari sisi bahasa ataupun proses berfikir.

2. Persepsi

Persepsi merupakan pandangan individu seseorang terhadap kejadian atau peristiwa. Persepsi terbentuk dari harapan dan pengalaman. Perbedaan persepsi mengakibatkan terhambatnya komunikasi.

3. Jenis Kelamin

Jenis kelamin laki-laki dan perempuan menunjukkan gaya komunikasi yang berbeda dan memiliki interpretasi yang berbeda terhadap suatu komunikasi. Menurut (Tammen, 1990) menyatakan bahwa perempuan menggunakan teknik komunikasi untuk mencari kepastian, meminimalkan perbedaan, dan meningkatkan keintiman, sedangkan laki-laki lebih menunjukkan status dalam kelompoknya.

4. Nilai

Nilai merupakan standart yang bisa mempengaruhi perilaku seseorang, sehingga seorang perawat harus bisa menyadari nilai seseorang. Sebagai perawat perlu berusaha mengklarifikasi nilai sehingga bisa membuat keputusan dan interaksi yang tepat dengan pasien.

5. Latar Belakang Budaya

Bahasa dan gaya dalam komunikasi dapat dipengaruhi oleh faktor budaya. Budaya juga bisa membatasi cara berinteraksi dan komunikasi.

6. Emosi

Emosi adalah perasaan subjektif terhadap kejadian. Ekspresi dalam emosi antara lain marah, sedih, senang dan akan mempengaruhi perawat dalam berkomunikasi dengan orang lain. Dalam pelayanan keperawatan, perawat perlu mengkaji emosi pasien dan keluarganya sehingga mampu memberikan asuhan keperawatan yang tepat. Selain itu, perawat bisa mengevaluasi emosi yang ada pada dirinya supaya dalam melakukan asuhan keperawatan tidak terpengaruhi oleh emosi.

7. Pengetahuan

Tingkat pengetahuan juga dapat mempengaruhi komunikasi yang dilakukan oleh seseorang dengan tingkat pengetahuan rendah akan sulit merespon pertanyaan dengan tingkat pengetahuan yang lebih tinggi. Hubungan terapeutik yang terjalin dengan baik jika didukung dari pengetahuan perawat terkait komunikasi terapeutik baik tujuan, manfaat serta proses yang akan dilakukan. Perawat juga harus mengetahui tingkat pengetahuan pasien sehingga perawat dapat berinteraksi dengan baik dan akhirnya bisa memberikan asuhan keperawatan yang tepat pada pasien secara profesional.

8. Lingkungan

Lingkungan akan mempengaruhi komunikasi yang efektif. Suasana yang bising, tidak terdapat privasi yang tepat akan menimbulkan kekacauan, ketegangan dan rasa ketidaknyamanan. Oleh karena itu perawat perlu menyiapkan lingkungan yang nyaman dan tepat sebelum berinteraksi dengan pasien.

9. Latar Belakang Budaya

Bahasa dan gaya dalam komunikasi dapat dipengaruhi oleh faktor budaya. Budaya juga bisa membatasi cara berinteraksi dan komunikasi.

10. Emosi

Emosi adalah perasaan subjektif terhadap kejadian. Ekspresi dalam emosi antara lain marah, sedih, senang dan akan mempengaruhi perawat dalam berkomunikasi dengan orang lain. Dalam pelayanan keperawatan, perawat perlu mengkaji emosi pasien dan keluarganya sehingga mampu memberikan asuhan keperawatan yang tepat. Selain itu, perawat bisa mengevaluasi emosi yang ada pada dirinya supaya dalam melakukan asuhan keperawatan tidak terpengaruhi oleh emosi.

11. Latar Belakang Budaya

Bahasa dan gaya dalam komunikasi dapat dipengaruhi oleh faktor budaya. Budaya juga bisa membatasi cara berinteraksi dan komunikasi.

12. Emosi

Emosi adalah perasaan subjektif terhadap kejadian. Ekspresi dalam emosi antara lain marah, sedih, senang dan akan mempengaruhi perawat dalam berkomunikasi dengan orang lain. Dalam pelayanan keperawatan, perawat perlu mengkaji emosi pasien dan keluarganya sehingga mampu memberikan asuhan keperawatan yang tepat. Selain itu, perawat bisa mengevaluasi emosi yang ada pada dirinya supaya dalam melakukan asuhan keperawatan tidak terpengaruhi oleh emosi.

13. Pengetahuan

Tingkat pengetahuan juga dapat mempengaruhi komunikasi yang dilakukan oleh seseorang dengan tingkat pengetahuan rendah akan sulit merespon pertanyaan dengan tingkat pengetahuan yang lebih tinggi. Hubungan terapeutik yang terjalin dengan baik jika didukung dari pengetahuan perawat terkait komunikasi terapeutik baik tujuan, manfaat serta proses yang akan dilakukan.

Perawat juga harus mengetahui tingkat pengetahuan pasien sehingga perawat dapat berinteraksi dengan baik dan akhirnya bisa memberikan asuhan keperawatan yang tepat pada pasien secara profesional.

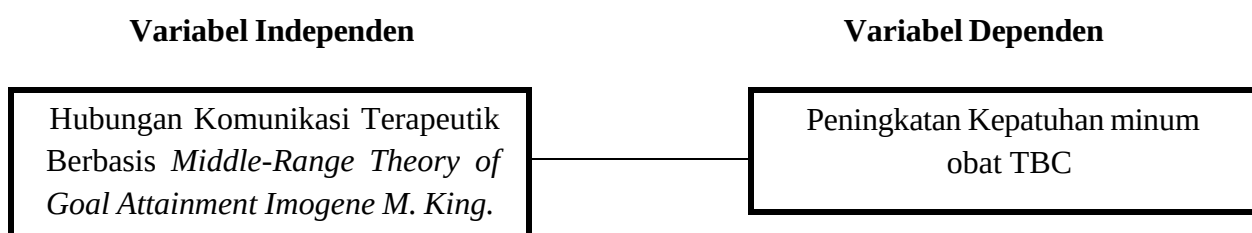
14. Lingkungan

Lingkungan akan mempengaruhi komunikasi yang efektif. Suasana yang bising, tidak terdapat privasi yang tepat akan menimbulkan kekacauan, ketegangan dan rasa ketidaknyamanan. Oleh karena itu perawat perlu menyiapkan lingkungan yang nyaman dan tepat sebelum berinteraksi dengan pasien.

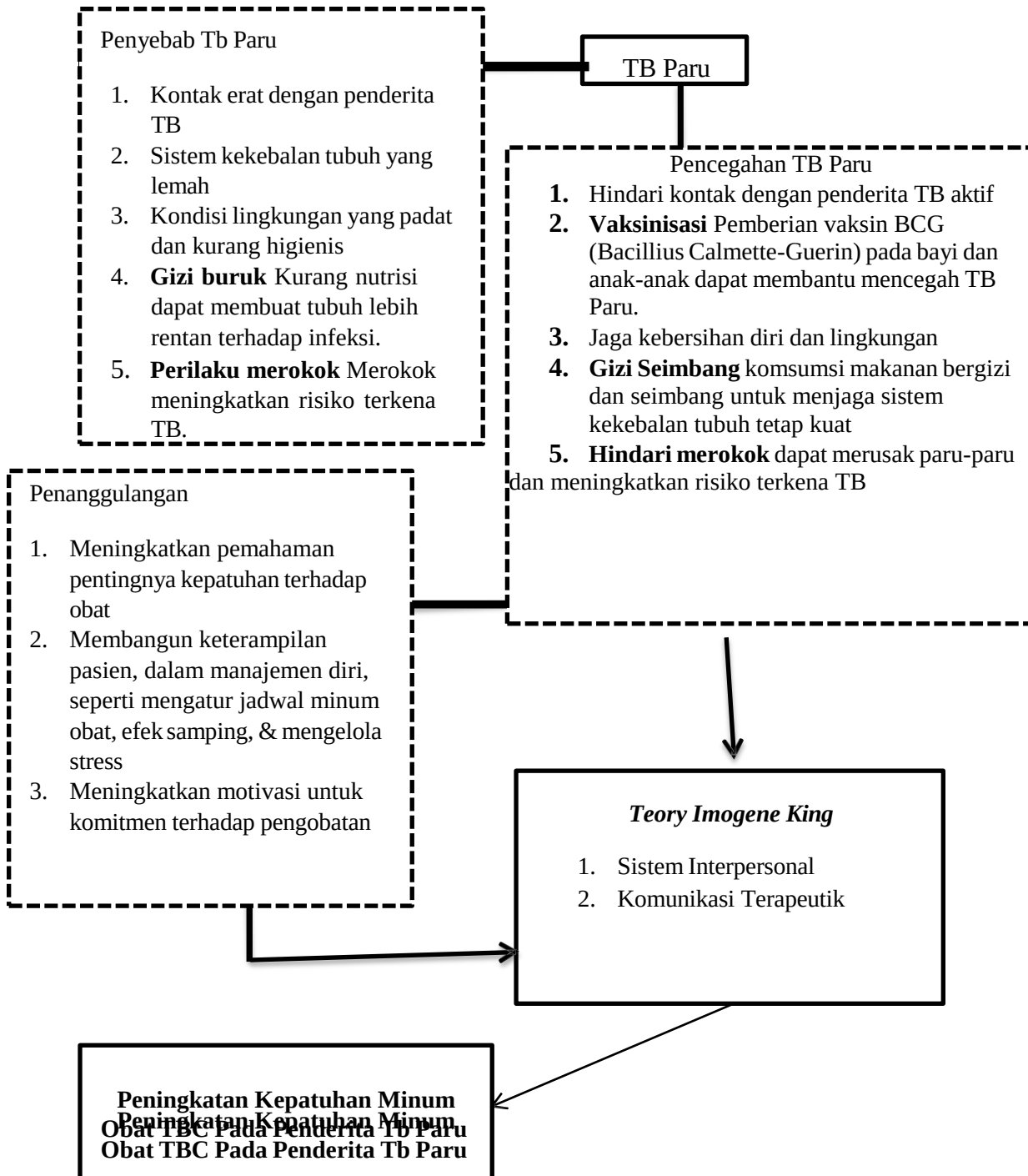
A. KERANGKA KONSEP

Kerangka konsep menurut sugiyono (2017), menyatakan bahwa kerangka konsep adalah suatu gambaran yang menunjukkan hubungan antara variabel-variabel yang diteliti.

Bagan 2. 2 Kerangka Konsep



B. KERANGKA TEORI



Bagan 2.1 Kerangka Teori

C. DEFINISI OPERASIONAL

Tabel 2.1. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variable Independen: Komunikasi Terapeutik Berbasis <i>Middle-Range Theory of Goal Attainment Imogene M. King</i>	Kesepakatan Komunikasi Terapeutik	Kuesioner penerapan <i>imogene king</i> (interpersonal)	Kategori menggunakan <i>rating scale</i> menilai berupa pernyataan dilembar observasi: a. Selalu(4) b. Sering(3) c. Kadang-kadang(2) d. Tidak pernah(1) >50 Komunikasi baik <50 kounikasi tidak baik	Nominaal
Variabel Dependen: Peningkatan Kepatuhan minum obat TBC pada	Tingkat kepatuhan pasien tb paru dalam konsumsi obat yang diresepkan sesuai jadwal dan dosis yang ditetapkan	Kuesioner kepatuhan minum obat berdasarkan <i>Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8)</i> yang terdiri dari delapan item yang berisi pertanyaan-pertanyaan yang menunjukkan frekuensi lupa dalam minum obat dan kesengajaan dan berhenti minum obat.	Kategori skor a. Kepatuhan tinggi: 8 b. Kepatuhan sedang : 6- 7 c. Kepatuhan rendah: 0-5	Ordinal

D. HIPOTESIS

Adapun hipotesis dari penelitian adalah :

H_a : Ada Hubungan Komunikasi Terapeutik Berbasis *middle –range theory of goal attainment* *imogene m. king* dengan peningkatan kepatuhan minum obat tbc pada penderita tb paru.

H_o : Tidak Ada Hubungan Komunikasi Terapeutik Berbasis *middle –range theory of goal attainment* *imogene m. king* dengan peningkatan kepatuhan minum obat tbc pada penderita tb paru.

BAB III METODE PENELITIAN

A. JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Jenis penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain *cross-sectional* yaitu suatu penelitian yang mengamati dan mengumpulkan data dari suatu populasi atau sampel pada satu titik waktu tertentu. Tujuan utama dari penelitian *cross-sectional* adalah untuk menggambarkan situasi atau prevalensi kondisi tertentu dalam populasi yang sedang diteliti pada saat pengamatan dilakukan.

B. POPULASI, SAMPEL DAN TEKNIK SAMPLING

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien TBC yang menjalani perawatan di Puskesmas Sorong Barat dari bulan Januari-Desember Tahun 2024 dan Januari-April Tahun 2025 berjumlah 55 yang sedang menjalani pengobatan.

2. Sampel

Sampel pada penelitian ini diambil dari semua jumlah populasi penelitian sebanyak 55 yang dijadikan sampel yang harus mencerminkan keadaan populasi.

a. Kriteria Inklusi

- 1) Individu penderita Tuberculosis
- 2) Individu yang sedang menjalani pengobatan selama 1-3 Bulan
- 3) Individu yang berada di wilayah kerja Puskesmas Sorong Barat

b. Kriteria Eksklusif

- 4) Individu dengan komplikasi penyakit lain
- 5) Individu yang tidak bersedia menjadi responden

3. Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Total sampling*. Teknik ini di gunakan dengan cara pengambilan sampel dimana seluruh anggota populasi dijadikan sampel penelitian. ini dilakukan oleh peneliti karena ukuran populasi kecil.

C. WAKTU DAN TEMPAT PENELITIAN

1. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan 16-27 Juni 2025

2. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian yaitu Puskesmas Sorong Barat Kota Sorong

D. BAHAN DAN ALAT PENELITIAN

Bahan dan alat yang dipakai dalam penelitian ini yaitu kuesioner. kuesioner kepatuhan minum obat diadopsi dari penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Nyoman Indah Dwi Pratiwi pada tahun 2021.

E. TEKNIK PENGUMPULAN DATA

1. Kuesioner

Kuesioner merupakan metode pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan tertulis kepada responden untuk dijawab.

F. PENGOLAHAN DATA

Setelah data terkumpul, maka tahapan selanjutnya adalah mengelolah data, menganalisa data dengan tahapan sebagai berikut:

1. *Editing* adalah memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul.
2. *Coding* adalah kegiatan pemberian kode numeric (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori.
3. *Scoring* adalah proses untuk melihat jumlah skor yang diperoleh dan dibandingkan dengan jumlah skor maksimal.
4. *Tabulating* adalah kegiatan memasukkan data-data hasil penelitian kedalam tabel-tabel sesuai kriteria sehingga didapatkan jumlah data sesuai dengan lembaran observasi.

G. ANALISA DATA

1. Analisa Univariat

Analisa univariat menurut buku terbaru oleh wibowo dkk (2023), analisa univariat merupakan landasan bagi semua penelitian yang melibatkan pemahaman mendalam tentang satu variable, termasuk statistic deskriptif dan visualisasi data untuk menggali wawasan dari data tunggal. Pada penelitian ini analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan Karakteristik Kepatuhan responden dan untuk mengetahui karakteristik responden tentang pengaruh pendekatan *middle –range theory of goal attainment imogene m.King* dengan peningkatan kepatuhan minum obat tbc pada penderita tb paru.

2. Analisa Bivariat

Analisis ini digunakan untuk mengetahui Hubungan independent dengan Variabel Dependen. Dengan menggunakan Uji *Chi-Square* dengan batas kemaknaan perhitungan statistik *p.value* ($\alpha > 0.05$), Tingkat signifikansi yang digunakan dalam penelitian ini adalah $\alpha = 0,05$. hasil analisis menunjukkan nilai *p-value* $> 0,05$, maka hipotesis alternatif (H_a) diterima, yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara variabel independen dan variabel dependen. pada uji *Chi-Square* ditemukan lebih dari 20% sel dengan *expected count* < 5 atau data tidak memenuhi asumsi uji *Chi-Square*, maka digunakan uji alternatif *Fisher's Exact Test*.

H. ETIKA PENELITIAN

Menurut (Notoatmodjo, 2012) masalah etika penelitian sangat penting karena penelitian ini berhubungan langsung dengan manusia, sehingga perlu memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. *Informed Consent*

Suatu persetujuan yang diberikan oleh subjek penelitian setelah mendapat informasi yang jelas dan benar tentang penelitian. Pemberi informasi harus menggunakan bahasa yang dimengerti oleh subjek penelitian. Bentuk persetujuan sebagai penelitian, setelah mendapat informasi subjek penelitian yang diharuskan menandatangani persetujuan.

3. *Confidentiality*

Suatu kegiatan merahaskan identitas subjek penelitian pada saat pengumpulan data, pengolahan data, dan menulis laporan penelitian sampai dengan publikasi hasil penelitian. Sehingga peneliti hanya diperbolehkan menulis kode dan inisial sebagai pengganti subjek penelitian.

4. *Justice*

Prinsip keadilan memenuhi prinsip kejujuran, keterbukaan dan kehati-hatian. Responden harus di perlakuan secara adil awal sampai akhir tanpa ada diskriminasi, sehingga jika ada yang tidak bersedia maka harus dikeluarkan.

5. *Right To Withdraw*

Selama penelitian mulai dari pengumpulan data sampai dengan penulisan laporan subjek penelitian berhak menarik diri, yang bermaksud dengan menarik diri yaitu subjek penelitian mengundurkan diri setelah memberikan informasi dan menyampaikan secara langsung kepada peneliti sehingga memberikan informasi sebelum penelitian sangat penting.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAAN

A. HASIL DAN PENELITIAN

1. Gambaran Umum Lokasi

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Sorong Barat yang berlokasi di Jl. Ds. Yan Mamoribo (Samping Kantor Lurah Rufei), kecamatan Sorong Barat, Kota Sorong Papua Barat Daya. Puskesmas ini berdiri pada tahun 2016, dan wilayah kerja 5.400 Meter. Puskesmas Sorong Barat Kota Sorong mencakup 5 Kelurahan Yaitu : Kelurahan Rufei, kelurahan Klawasi, Kelurahan Klabala, Kelurahan Puncak Cendrawasi dan Kelurahan Palputih. Puskesmas Sorong Barat Terletak di Daerah Perkotaan. Semua wilayah dapat dijangkau dengan kendaraan roda 2 dan 4.

- **Batas Wilayah :**

- Sebelah utara berbatasan dengan Distrik Maladummes
- Sebelah selatan Berbatasan dengan Distrik Sorong Kota
- Sebelah Timur berbatasan dengan Distrik Makbon, Kabupaten Sorong
- Sebelah Barat beerbatasan dengan Distrik Sorong Kepulauan

- **Jumlah Nakes Di Puskesmas Sorong Barat**

No	Pendidikan Pegawai	Jumlah	Keterangan
1	Megister <i>Public Health</i>	1	
2	Sarjana Kedokteran Umum	5	2 Orang penitipan luar Papua
3	Sarjana Kedokteran Gigi	1	
4	Sarjana Keperawatan	7	

5	Sarjana Kesehatan Masyarakat	5	
6	Sarjana Apoteker	1	
7	Sarjana Administrasi	1	Honorar
8	Sarjana Hukum	1	
9	D IV Kebidanan	1	
10	D III Keperawatan	23	
11	D III Kebidanan	12	9 PTT
12	D III Kebidanan	8	
13	D I Kesling	1	
14	SPK	3	
Jumlah : 70			

2. Analisa Univariat

a) Karakteristik Subyek Penelitian

Karakteristik responden di bawah ini adalah karakteristik sampel penelitian berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan.

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Penderita TB Paru di Puskesmas Sorong Barat

Karakteristik	N	%
Usia		
(5 - 11 tahun)	21	38.1
(12 – 25 tahun)	16	29.1
(26 – 45 tahun)	9	16.4
(46 – 65 tahun)	9	16.4
Total	55	100
Jenis Kelamin		
Laki-laki	41	74.5
Perempuan	14	25.5
Total	55	100
Pendidikan		
Tidak tamat sekolah	14	25.5
SD	2	3.6
SMP	26	65.4
SMA/SMK	3	5.5
Perguruan Tinggi	0	0.0
Total	55	100
Pekerjaan		
Bekerja	41	74.5
Tidak Bekerja	14	25.5
Total	55	100

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan distribusi dari penderita TB Paru di Puskesmas Sorong Barat Kota Sorong. Berdasarkan karakteristik usia Paling banyak berusia kanak-kanak (5-11 tahun) 21 orang (38.1%), dan paling sedikit berusia dewasa (26-45 tahun) 9 orang (16.4%). Berdasarkan jenis kelamin paling banyak berjenis kelamin laki – laki yaitu 41 orang (74.5%) Dibandingkan jenis kelamin Perempuan yaitu 14 orang (25.5%). Berdasarkan Tingkat Pendidikan didapatkan paling banyak 36 orang (65.5%) berpendidikan SMP, dan paling sedikit berpendidikan SD 3 orang (5.5%). Berdasarkan pekerjaan paling banyak responden yang bekerja 41 orang (74.5%) Dibandingkan dengan responden tidak bekerja (25.5%).

b) Komunikasi Terapeutik dan Kepatuhan Minum Obat

Distribusi Kepatuhan Minum Obat pada penderita TB paru di Puskesmas Sorong Barat Kota Sorong.

1) Komunikasi Terapeutik

Tabel 4.2 Distribusi Komunikasi Terapeutik penderita TB paru di Puskesmas Sorong barat Kota Sorong.

Komunikasi Terapeutik	N	%
Baik	52	94.5
Tidak Baik	3	5.5
Total	55	100

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa dari 55 orang penderita TB Paru di Puskesmas Sorong Barat Kota Sorong yang paling banyak komunikasi terapeutik baik sebanyak 52 orang (94.5%) responden, 3 orang (5.5%) dibandingkan dengan komunikasi terapeutik tidak baik.

2) Kepatuhan Minum Obat

Tabel 4.3 Distribusi Kepatuhan Minum Obat penderita TB paru di Puskesmas Sorong Barat Kota Sorong.

Kepatuhan Minum Obat	N	%
Kepatuhan Tinggi	14	25.5
Kepatuhan Sedang	31	56.4
Kepatuhan Rendah	10	18.1
Jumlah	55	100

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan bahwa dari 55 responden paling banyak responden dengan kepatuhan sedang berjumlah 31 (56.4%), dan responden paling sedikit dengan kepatuhan rendah berjumlah 10 orang (18.1%).

3. Hasil Analisis Bivarias

Hasil Uji statistik menunjukkan didapatkan nilai (*p value* $0,07 < 0,05$) yang Berarti didapatkan Hubungan Komunikasi Terapeutik dengan Kepatuhan minum obat.

Tabel 4.4 Hasil Analisa *Chi – Square* Hubungan Komunikasi Terapeutik dengan Kepatuhan Minum Obat pada penderita TB Paru di Puskesmas Sorong Barat Kota Sorong.

Komunikasi Terapeutik	Kepatuhan Minum Obat						Total	Nilai P
	Tinggi		Sedang		Rendah			
	%		%		%			
Baik	14	25.5	29	29.3	9	9.5	52	94.5
0,07								
Tidak baik	0	0.0	2	1.7	1	0.5	3	5.5
Total	14	25.5	31	31.0	10	18.1	55	100

Berdasarkan Tabel 4.4 menunjukkan hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kepatuhan minum obat pada penderita TB Paru di Puskesmas Sorong Barat. Mayoritas pasien, yaitu 52 responden (94,5%),

komunikasi terapeutik baik, sedangkan 3 responden (5,5%) komunikasi terapeutik tidak baik. sebanyak 14 orang (25,5%) memiliki kepatuhan tinggi, dan 9 orang (9,5%) memiliki kepatuhan rendah. Sementara itu, pada kelompok dengan komunikasi terapeutik tidak baik, tidak terdapat pasien yang memiliki kepatuhan tinggi, sebanyak 2 orang (1,7%) memiliki kepatuhan sedang, dan 1 orang (0,5%) memiliki kepatuhan rendah. Secara keseluruhan dari total 55 responden, tercatat 14 orang (25,5%) memiliki kepatuhan tinggi, dan 9 orang (18,1%) memiliki kepatuhan rendah. dapat disimpulkan bahwa ada hubungan Komunikasi terapeutik pada penderita TB Paru di Puskesmas Sorong Barat Kota Sorong dengan kepatuhan minum obat yang diberikan diperoleh nilai $p\text{ value} = 0,000$ ($p\text{ value} = 0,000$ ($p < 0,05$)).

B. PEMBAHASAN

1. Gambaran Karakteristik Responden

Berdasarkan karakteristik responden menurut usia, menunjukkan distribusi dari penderita TB Paru di Puskesmas Sorong Barat Kota Sorong. Berdasarkan karakteristik usia Paling banyak berusia kanak-kanak (5-11 tahun) 21 orang (38.2%), dan paling sedikit berusia dewasa (26-45 tahun) 9 orang (16.4%). Umur merupakan salah satu faktor internal dalam diri seseorang yang memiliki peran penting dalam mempengaruhi kejadian TB Paru. Umur produktif merupakan umur Dimana seseorang berada pada tahap untuk bekerja atau menghasilkan sesuatu yang baik untuk diri sendiri ataupun orang lain.

Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian Cristy (2022) ditemukan umur dan usia produktif paling banyak yang terkena TB Paru. Usia yang produktif menimbulkan banyaknya berkurang energi untuk bekerja. Hal ini yang dapat menyebabkan rentannya terkena TB Paru.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang berjenis kelamin perempuan dalam penelitian ini lebih banyak di bandingkan dengan yang berjenis kelamin Perempuan. Responden yang berjenis kelamin laki-laki didapatkan 41 orang (74.5%), dan 14 orang (25.5%) berjenis kelamin perempuan dari total sampel. Hasil menunjukkan bahwa memang orang yang sakit TB Paru dalam penelitian ini lebih banyak laki-laki dibandingkan perempuan.

Hasil penelitian ini seperti yang diungkapkan oleh Naga (2017) bahwa pada laki-laki penyakit TB Paru lebih tinggi dibandingkan pada perempuan karena kebiasaan laki-laki yang sering merokok dan mengonsumsi minuman beralkohol yang dapat menurunkan sistem pertahanan tubuh. Sehingga wajar bila perokok dan peminum alkohol sering disebut sebagai agen dari penyakit TB Paru. Perbedaan insiden penyakit menurut jenis kelamin seperti yang dikemukakan oleh Noor (2018) dapat timbul karena bentuk anatomis, bentuk fisiologis dan sistem hormonal yang berbeda.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ditemukan bahwa kejadian yang banyak mengalami TB Paru adalah dengan Pendidikan SMP. Hasil penelitian menunjukkan pendidikan didapatkan 36 orang (65.5%) berpendidikan SMP, dan 2 orang (3.6%) berpendidikan SD. Pengetahuan tentang TB Paru dan pengobatannya seharusnya bertambah seiring waktu dengan tingkat pendidikan yang didapat. Tingkat pendidikan responden menjadi faktor penentu dari semua proses pendidikan kesehatan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Meysisca (2022) menunjukkan bahwa responden yang paling banyak terkena TB Paru memiliki Pendidikan rendah. Hasil penelitiannya ditemukan ada sebanyak 63,1% memiliki Pendidikan rendah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dalam penelitian yang paling banyak terkena TB Paru memiliki jenis pekerjaan bekerja yaitu 41 orang (574.5%) , dan 14 orang (25.5%) tidak bekerja. Jumlah ini ditemukan yang paling banyak mengalami TB Paru dibandingkan dengan tidak

bekerja. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa responden mayoritas ialah bekerja. Bekerja ini maka akan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan Kesehatan. Tidak bekerja lebih menganggap penyakit adalah hal yang biasa dan tidak diperiksakan ke pelayanan Kesehatan.

Akibatnya penyakit tersebut menjadi parah didalam tubuh karena tidak terdeteksi dari awal. Pasien Tuberculosis tidak mampu bekerja keras sehingga kehilangan penghasilannya. Secara teratur ia harus pergi berobat sehingga membutuhkan biaya dan menghabiskan waktu. Keluarganya turut menderita karena harus merawatnya dan mungkin pula mengeluarkan uang lebih banyak dari biasanya . Kelurga penderita tuberkulosis menghadapi resiko ketularan dan dengan demikian turut menderita stress mental serta tersingkir dari kehidupan sosial. Karena penderita tuberkulosis tidak lagi produktif, secara tidak langsung masyarakat harus menghasilkan makanan serta uang untuk mempertahankan kehidupannya (Bennett, 2018).

2. Gambar Komunikasi Terapeutik Berbasis *Middle-Range Theory Of Goal Attainment Imogene M.King* Pada Pasien TB Paru Di Puskesmas Sorong Barat Kota Sorong.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa paling banyak responden yang mendapatkan komunikasi terapeutik berbasis *Middle-Rangge Theory Of Goal Attainment Imogene M.King* baik sebanyak 52 orang (94,5%). Dibandingkan dengan responden yang memiliki komunikasi Terapeutik tidak baik sebanyak 3 orang (5.5%) responden.

Hal tersebut di dukung oleh penelitian Ester Mei Frida dkk (2021) yang memperoleh hasil komunikasi terapeutik terhadap tingkat kesembuhan pasien TBC yang menunjukkan bahwa dari 30 responden, mayoritas berada pada kategori tingkat kesembuhan sedang yaitu sebanyak 17 responden (56,7%), yang menilai komunikasi terapeutik baik sebanyak 9 responden (30,0%), sedangkan sisanya berada pada kategori rendah yaitu 4 responden (13,3%) dengan hasil uji statistic diperoleh nilai P value =0,02, yang artinya nilai P value $\leq 0,05$ maka dapat disimpulkan ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan tingkat kesembuhan.

Menerapkan teknik komunikasi terapeutik dalam memberikan pelayanan kepada pasien maka pasien tersebut termotivasi untuk sembuh dari sakitnya. Komunikasi adalah perilaku manusia untuk membentuk komunikasi dan interaksi satu sama lain dalam hal memenuhi kebutuhan dan saling melengkapi kekurangan. Keinginan untuk berkomunikasi dengan orang lain, menggambarkan bahwa manusia tidak bisa hidup sendiri artinya bahwa manusia adalah makhluk sosial yang setiap saat memerlukan orang lain (Yana, 2020).

Adapun asumsi peneliti bahwa dalam hal ini komunikasi terapeutik perawat terhadap tingkat kesembuhan pasien TBC tinggi dimana pasien tersebut memiliki keinginan yang positif, mempunyai harapan tinggi dan memiliki tingkat kesembuhan yang baik namun memiliki keyakinan yang rendah bahwa dirinya tidak mampu menyelesaikan persoalan yang dihadapi.

Hal ini dipengaruhi oleh peran perawat dalam menjalin komunikasi terapeutik yang baik sehingga meningkatkan motivasi bagi responden dikarenakan dengan rendahnya peran serta perawat dalam memberikan pelayanan yang optimal akan berdampak terhadap motivasi responden untuk mengkonsumsi obat-obatan TBC dalam waktu yang lama serta mengurangi adanya resisten obat OAT.

3. Gambaran Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien TB Paru Di Puskesmas Sorong Barat Kota Sorong.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa paling banyak responden yang memiliki Kepatuhan minum obat sedang sebanyak 31 (56.4%) responden. dan paling sedikit responden yang memiliki kepatuhan minum obat rendah sebanyak 10 orang (18.2%) responden. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Setyowat et al., 2019), bahwa kepatuhan ini juga dapat ditentukan oleh perilaku individu (minum obat, pola makan, dan perubahan gaya hidup) berdasarkan anjuran medis. Dengan demikian, kepatuhan adalah sejauh mana perilaku klien sesuai dengan persyaratan profesional layanan kesehatan. Perilaku ini termasuk mencari pengobatan, mengikuti diet yang ditentukan, dan melakukan perubahan gaya hidup. Menurut Arditia (2018) salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhannya untuk minum obat yaitu dukungan keluarga dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga ikut membantu menentukan tentang program

pengobatan yang dapat mereka terima. Dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga yang lain, teman, dan waktu merupakan faktor penting dalam kepatuhan terhadap program-program medis. Selain sebagai pihak yang selalu mendukung untuk kesembuhan pasien, keluarga juga bertanggung jawab sebagai Pengawas Minum Obat (PMO) yang nantinya akan berperan untuk mengawasi dan mengingatkan secara terusmenerus kepada pasien TB paru agar pasien meminum obatnya secara teratur dan tepat waktu sesuai dengan dosis yang sudah ditetapkan oleh petugas kesehatan (Arditia, 2018).

Dari penelitian ini, peneliti dapat menyatakan bahwa penderita yang datang ke BP4 adalah penderita rawat jalan yang biasanya datang dengan keadaan umum yang masih baik dan paling banyak adalah kasus baru sehingga belum mendapatkan pengobatan sebelumnya. Banyaknya jumlah penderita yang belum mendapatkan pengobatan ini juga disebabkan anamnesa yang kurang teliti, penderita cenderung menyembunyikan riwayat pengobatan karena takut dimarahi oleh petugas.

4. Analisis Hubungan Komunikasi Terapeutik Berbasis *Middle-Range Theory Of Goal Attainment Imogene M.King* dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien TB Paru Di Puskesmas Sorong Barat Kota Sorong.

Hasil penelitian menunjukan bahwa ada hubungan Komunikasi terapeutik Berbasis *Middle-Range Theory Of Goal Attainment Imogene M.King* dengan kepatuhan minum obat yang diberikan diperoleh nilai p value = 0,000 (p value

= 0,000 ($p < 0,05$). Uji bivariat dilakukan dengan menggunakan uji *chi-square*. Batas kemaknaan = 0,05, H_0 ditolak jika $p < 0,05$ dan H_0 diterima jika $p > 0,05$. Jika $p < \alpha$ (0,05) maka hipotesis nol ditolak dan hipotesis alternatif diterima yang berarti ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kepatuhan minum obat pada pasien TB paru. Sedangkan jika $p > \alpha$ (0,05) maka hipotesis nol diterima dan hipotesis alternatif ditolak yang berarti tidak ada hubungan komunikasi terapeutik dengan kepatuhan minum obat pada pasien TB paru.

Hasil penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan oleh Indriana et. al., tentang (2020) tingkat pengetahuan dengan kepatuhan minum obat di Rumah Sakit X Cilacap dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi di Rumah Sakit X Cilacap yaitu dengan nilai $p\text{-value} = 0,005$ ($p < 0,05$) Komunikasi terapeutik yang baik sangat diperlukan lebih-lebih di pelayanan kesehatan yang menampung berbagai macam profesi kesehatan. Bagi staf medis informasi mengenai keadaan pasien sangat diperlukan untuk menetapkan suatu diagnosis ataupun intervensi terapi berikutnya. Bagi pasien, komunikasi merupakan salah satu saran untuk menyampaikan keluhan atau masalah yang sedang mereka hadapi yang sekaligus menjadi obat karena tidak jarang ketika mereka mampu menyampaikan masalah yang sedang dihadapi, mereka merasa lega (Sari et al., 2018).

Peneliti berasumsi bahwa motivasi pasien untuk sembuh akan terbentuk dengan baik dari adanya hubungan yang baik antara penderita dengan perawat yang dimana hal ini bisa berawal dari komunikasi yang baik dan efektif perawat terhadap pasien selama dalam masa perawatan.

C. KETERBATASAN PENELITIAN

Dalam penelitian ini peneliti memiliki keterbatasan sebagai berikut :

1. Responden sedikit tergesa-gesa dalam tahap pengisian kuesioner karena ingin segera mengambil obat.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. SIMPULAN

1. Komunikasi terapeutik penderita TB Paru di Puskesmas Sorong Barat kota Sorong. komunikasi paling banyak komunikasi terapeutik baik sebanyak 52 (94.5%) dibandingkan dengan responden 3 orang (5.5%) didapatkan komunikasi terapeutik tidak baik.
2. Kepatuhan minum obat pada pasien TB paru di Puskesmas Sorong Barat Kota Sorong. kepatuhan minum obat paling banyak kepatuhan minum sedang berjumlah 31 (56.4%), dan responden paling sedikit dengan kepatuhan minum obat rendah berjumlah 10 orang (18.2%).
3. Ada hubungan antara Komunikasi Terapeutik dengan kepatuhan minum obat pada penderita TB Paru di Puskesmas Sorong Barat Kota Sorong yang dibuktikan dari uji *chi-square*. Batas kemaknaan *P-Value* = 0,00 atau $< 0,05$.

B. SARAN

1. Bagi Keluarga

Memotivasi atau memantau pasien untuk minum obat teratur dan mengajak pasien untuk kontrol secara teratur., meningkatkan perilaku pencegahan, penularan TB Paru.

2. Bagi penderita.

Diharapkan mengikuti penyuluhan – penyuluhan dan menambah wawasan dari media cetak maupun elektronik tentang TB paru dan akhirnya semua keluarga dan penderita TB Paru melakukan upaya – upaya pencegahan penularan TB Paru sehingga penularan TB Paru dapat dikendalikan.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan agar bisa menemukan faktor-faktor lain yang mempengaruhi kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan Tuberkulosis Paru.

4. Bagi Perawat

Diharapkan memberikan edukasi tentang TBC, memastikan kepatuhan pasien terhadap pengobatan, melakukan deteksi dini dan penemuan kasus, serta memberikan dukungan psikologis kepada pasien dan keluarga.

5. Bagi Puskesmas

Diharapkan adanya peningkatan deteksi dini, penguatan program pengobatan, dan peningkatan kesadaran masyarakat

DAFTAR PUSTAKA

- Alfa, Z. S. (2023). *Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Mencapai Gelar Sarjana Farmasi*.
- Pujiastutik, Y. E., & Sumaningrum, N. D. (2019). Theory Of Goal Attainment (Imogene M. King) Sebagai Basis Analisis Faktor Patuh Minum Obat TB Paru Di Kabupaten Kediri. *Jurnal Ners dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*, 6(3), 268–275. <https://doi.org/10.26699/jnk.v6i3.ART.p268-275>
- Putri, A. S., & Nursanti, I. (2024). *KONSEP TEORI IMOGENE M. KING DAN MENGAPLIKASIKAN DALAM KASUS KEPERAWATAN*. 3(8).
- Qhumairah, A., Hamzah, W., & Haeruddin. (2024). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Penderita TB Paru RSUD dr. Lapalaloi Maros. *Window of Public Health Journal*, 5(3), 440–451. <https://doi.org/10.33096/woph.v5i3.1029>
- Samiun, R. W., Risamassu, A. R., Dowansiba, S., Ip, S., Putratama, J. P., Lewakabessy, D., Kosamah, N., & Keb, A. (2022). *MERSI KATRINA MANURUNG, SKM., MIPH Kasubbag. Program Informasi dan Humas Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat*.
- KEMENKES-TB-2020-BUKU-PNPK (1). (N.D.).
- MAR'YAH, K. (2021A). *Patofisiologi Penyakit Infeksi Tuberkulosis*.
- Musfira, S. (2022). *Hubungan Kepatuhan Minum Obat Dengan Kualitas Hidup Penderita Tuberkulosis Paru Di Puskesmas Kassi Kassi Kota Makassar*.
- RASYID, A., & HERYAWAN, L. (2023). Klasifikasi Penyakit Tuberculosis (Tb) Organ Paru Manusia Berdasarkan Citra Rontgen Thorax Menggunakan Metode Convolutional Neural Network (Cnn). *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (Jmiki)*, 11(1). <https://doi.org/10.33560/Jmiki.V11i1.484>
- SANTIARI, D. R. (2022). *Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Tingkat Kemandirian Lansia Dalam Aktivitas*.

*LLIGOOD, M. R. 2014. NURSING THEORY & THEIR WORK (8 TH ED). THE CV
MOSBY COMPANY ST. LOUIS. TORONTO. MISSOURI: MOSBY ELSEVIER.
INC*

KOLCABA. 1997. COMFORT THEORY AND PRACTICE.

WWW.THECOMFORTLINE.COM. DIUNDUH TANGGAL 21 OKTOBER 2020

LAMPIRAN

Lampiran I

LEMBAR PENGAMBILAN DATA AWAL DAN IJIN PENELITIAN



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan

Politeknik Kesehatan Sorong

Jalan Basuki Rahmat KM.11,

Sorong, Papua Barat 98418

(0951) 324309

<https://poltekkessorong.ac.id>

Nomor : PP.06.02/F.XLV/338/2025

28 Februari 2025

Lampiran : 1 (satu) Berkas

Hal : Permohonan Pengambilan Data Awal dan Ijin Penelitian

Yth. Kepala Puskesmas Sorong Barat Kota Sorong

Jl. Rufe, Kec.Sorong Barat, Kota Sorong

Sehubungan dengan proses penyusunan Skripsi bagi mahasiswa Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan Politeknik Kesehatan Sorong, kami mengajukan permohonan kepada Bapak/Ibu untuk mengizinkan mahasiswa kami melakukan pengambilan data awal dan penelitian yang dibutuhkan guna penyelesaian Skripsi yang telah disetujui. Adapun nama mahasiswa atas nama :

Nama : Nona Gia Afdalia Mayalibit

Nim : 11430121057

Semester : VIII (Delapan)

Judul : Pengaruh Pendekatan *Middle Range Theory Of Goal Attainment*
Imogene M. King Terhadap Peningkatan Kepatuhan Minum Obat
TBC pada Penderita TB Paru di Puskesmas Sorong Barat.

Demikian surat permohonan ini disampaikan, atas perhatian dan kerja samanya diucapkan *terima kasih*.

Direktur Politeknik Kesehatan Sorong,



Butet Agustarika, M.Kep

Lampiran 2

LEMBARAN PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth,
Saudara/I Calon Responden
Di-Tempat

Dengan Hormat Saya
yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama: Nona Gia Afdalia Mayalibit

Nim: 11430121057

Adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Sorong Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan yang sedang melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Komunikasi Terapeutik Berbasis *middle –range theory of goal attainment imogene m. King* Dengan peningkatan kepatuhan minum obat tbc pada penderita tb paru di wilayah kerja Puskesmas Sorong Barat”.

Partisipasi yang diharapkan dari respoden adalah bersedia mengisi dan memberikan informasi yang diperlukan dalam pengumpulan data, yaitu dengan cara menjawab pertanyaan yang diberikan oleh peneliti. Pada penelitian ini akan dilakukan pendekatan kepatuhan minum obat tbc.Segala informasi yang diberikan tidak akan mengakibatkan kerugian apapun karena semua informasi yang diberikan akan menjamin kerahasiannya.

Apabila saudara/I calon responden bersedia, mohon untuk menandatangani lembar persetujuan yang disertakan dengan lembar ini. Atas perhatian dan kesedian anda, saya ucapkan terima kasih

Sorong, 2025

Peneliti

(Nona Gia Afdalia Mayalibit)

Lampiran 3

LEMBAR INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama responden :

Umur :

Menyatakan bersedia menjadi subjek (responden) dalam penelitian dari :

Nama : Nona Gia Afdalia Mayalibit

Nim 11430121057

Program Studi : Sarjana Terapan Keperawatan

Judul : “ Hubungan Komunikasi Terapeutik Berbasis *middle –range theory of goal attainment imogene m. King* Dengan peningkatan kepatuhan minum obat tbc pada penderita tb paru di wilayah kerja Puskesmas Sorong Barat “

Saya telah mendapatkan penjelasan mengenai hal-hal yang berhubungan dengan penelitian diatas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal apa saja yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban dan pertanyaan yang sudah diberikan.

Berdasarkan lembar ini saya menyatakan secara sadar dan sukarela untuk ikut sebagai responden dalam penelitian ini serta bersedia menjawab semau pertanyaan dengan sadar dan sebenar-benarnya.

Sorong, 2025

Responden

(.....)

Lampiran 4

KUESIONER PENELITIAN

“Pengaruh pendekatan *middle –range theory of goal attainment imogene m. King* terhadap peningkatan kepatuhan minum obat TBC pada penderita Tb paru di wilayah kerja Puskesmas Sorong Barat “

No. Responden..... (diisi oleh peneliti)

Tanggal Pengisian :

Nyoman Indah Dwi Pratiwi

A. Petunjuk Pengisian :

1. Isilah identitas secara lengkap sesuai dengan format yang telah disediakan.
2. Pada pengisian nama responden hanya menuliskan nama inisial saja contohnya : “Indah Dewi” menjadi “ID”
3. Bacalah dan pahami setiap pertanyaan dibawah ini dengan teliti.
4. Jawablah pertanyaan sesuai dengan keadaan anda dan berikan tanda centang (√) pada salah satu pertanyaan yang sesuai dengan keadaan anda tepat.

√ **Bila responden kurang memahami terkait dengan kuisisioner yang diberikan, peneliti akan membantu responden dengan membantu dalam komunikasi yang mudah di mengerti dan dipahami dengan tetap melakukan protokol kesehatan seperti memakai masker, mencuci tangan dan menjaga jarak.**

B. Kuesioner Data Demografi

1. Nama (Inisial) :
2. Usia :
3. Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki
☐ Perempuan
4. Pendidikan Terakhir : ☐ Tidak tamat sekolah
☐ SD
☐ SMP
☐ SMA/SMK
☐ Perguruan Tinggi
5. Status Pekerjaan : ☐ Bekerja
☐ Tidak Bekerja

Jika jawaban anda sebelumnya adalah “Bekerja”. Silahkan lanjutkan ke pertanyaan selanjutnya yaitu pertanyaan no. 6 terkait penghasilan.

6. Penghasilan : ☐ >
Rp.2.538.000 ☐
< Rp.2.538.000

C. Kuesioner Kepatuhan Minum Obat

Petunjuk pengisian:

Berikan tanda checklist (✓) pada salah satu jawaban yang menggambarkan diri Anda yang sebenarnya. Khusus untuk pertanyaan **no. 8 pada lembar kuesioner kepatuhan minum obat jawablah dengan melingkari pilihan dari a-e. Contoh : a** . Dalam kuesioner ini, tidak ada jawaban benar atau salah, maka dari itu jawablah setiap pertanyaan dengan jujur.

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah anda kadang-kadang / pernah lupa untuk minum obat anti tuberkulosis ?		
2.	Kadang-kadang orang lupa minum obat karena alasan tertentu (selain lupa). Coba diingat-ingat lagi, apakah dalam 2 minggu, terdapat dimana anda tidak minum obat anti tuberkulosis ?		
3.	Jika anda merasa kondisi anda lebih baik, apakah anda pernah menghentikan / tidak menggunakan obat anti tuberkulosis ?		
4.	Jika anda merasa keadaan anda bertambah buruk atau tidak baik dengan meminum obat-obat anti tuberkulosis, apakah anda berhenti meminum obat tersebut ?		
5.	Ketika anda berpergian/ meninggalkan rumah, apakah kadang-kadang anda lupa membawa obat ?		
6.	Apakah kemarin anda minum obat anti tuberkulosis ?		
7.	Minum obat setiap hari kadang membuat orang tidak nyaman. Apakah anda pernah merasa terganggu memiliki masalah dalam mematuhi rencana		

	pengobatan anda ?		
8.	Seberapa sering anda mengalami kesulitan dalam mengingat penggunaan obat ? a. Tidak pernah b. Sese kali c. Kadang-kadang d. Biasanya e. Selalu/sering Silahkan untuk melingkari jawaban pilihan anda. Contoh : a. Tidak Pernah		

Lampiran 5

KISI-KISI KUESIONER KEPATUHAN

Variabel	Indikator	Nomor Soal
Kepatuhan minum obat	a. Motivasi dalam mengonsumsi obat	1,2,3
	b. Pengetahuan yang mengukur kemampuan dalam mengonsumsi obat.	4,5,6,7,8

Lampiran 6

Lembar Observasi

Hubungan Komunikasi Teraupetik Berbasis *MIDDLE –RANGE THEORY OF GOAL ATTAINTMENT IMOGENE M. KING* Terhadap Peningkatan Kepatuhan Minum Obat TBC Pada Penderita TB PARU Di Puskesmas SORONG BARAT

Petunjuk pengisian : Silahkan baca terlebih dahulu di tiap-tiap poin dan berikan tanda centang (✓) dipilihan jawaban

No	Pertanyaan	Selalu	Sering	Kadang-Kadang	Tidak Pernah
Keterbukaan Perawat Dalam Melayani Pasien					
1	Perawat bersedia memberikan waktu konsultinasi kepada pasien.				
2	Perawat bersikap terbuka dan ramah saat berkontribusi				
3	Perawat menanggapi pertanyaan yang diajukan pasien dengan sopan				
4	Perawat menanyakan perkembangan kesehatan pasien				
5	Perawat ramah selama melayani pasien mengambil obat di puskesmas				
6	Pasien perhatian kepada pasien saat pasien mengutarakan keluhannya				
Empati Perawat Saat Melayani Pasien					
1	Perawat mendengarkan keluhan pasien dengan penuh perhatian				
2	Perawat mampu memberikan kata-kata yang menenangkan				

	pasein				
3	Perawat memberi nasehat sesuai dengan kondisi pasien				
Sikap Mendukung Perawat Saat Melayani Pasien					
1	Pada awal pengobatan perawat menjelaskan bahwa waktu pengobatan TB sampai sembuh selama 6 bulan atau bias lebih				
2	Pada awal pengobatan perawat menjelaskan bahwa pengobatan tetap dilakukan meskipun				
3	Pada awal pengobatan perawat menjelaskan dengan rinci hal apa saja yang harus dilakukan dan dihindari selama pengobatan TB berlangsung				
4	Pada awal pengobatan perawat menjelaskan kepada pasien bahwa pengobatan yang tidak dilakukan hingga selesai akan memperparah sakit pasien dan memperlama proses penyembuihannya				
5	Dokter mengingatkan pasien untuk selalu control memeriksakan perkeambaganya penyakitnya dan mengambil obat				
6	Perawat memotivasi pasien untuk meminum obat secara teratur				
Sikap positif yang ditunjukkan perawat saat melayani pasien					
1	Perawat memberikan pujian mengenai perkembangan kesehatan pasien				
2	Perawat dapat membuat pasien merasa prcaya diri untuk kesembuhannya Perawat dapat membuat pasien merasa tenang terhadap penyakitnya				
	Perawat tidak menghaikimi				

3	pasien atas keadaan dirinya				
Kesetaraan Antara Perawat Dengan Pasien					
1	Perawat memahami kebutuhan pasien akan rasa nyaman dan tenang saat konsultasi				
2	Perawat tidak membedakan antara pasien satu dengan pasien lainnya				
3	Dokter memberikan informasi dengan menggunakan bahasa/kalimat yang mudah dipahami oleh pasien				

Lampiran 7

Uji SPSS

1. Uji Univariat

		usia			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	(5-11 tahun)	21	38.2	38.2	38.2
	(12-25 tahun)	16	29.1	29.1	67.3
		9	16.4	16.4	83.6
		9	16.4	16.4	100.0
		55	100.0	100.0	

		Jk			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	41	74.5	74.5	74.5
	Perempuan	14	25.5	25.5	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

		Pendidikan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak tamat sekolah	14	25.5	25.5	25.5
	SD	2	3.6	3.6	29.1
	SMP	36	65.5	65.5	94.5
	SMA/SMK	3	5.5	5.5	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

		Pekerjaan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bekerja	41	74.5	74.5	74.5
	Tidak bekerja	14	25.5	25.5	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

2. Uji Bivariat

3. Komunikasi Terapeutik

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik >50	52	94.5	94.5	94.5
	Tidak baik <50	3	5.5	5.5	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

Kepatuhan minum Obat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kepatuhan tinggi : 8	14	25.5	25.5	25.5
	Kepatuhan sedang : 6-7	31	56.4	56.4	81.8
	Kepatuhan rendah : 0-5	10	18.1	18.1	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Komunikasi Terapeutik * Kepatuhan Minum obat	55	100.0%	0	0.0%	55	100.0%

Komunikasi Terapeutik * Kepatuhan Minum obat Crosstabulation

			Kepatuhan Minum obat			
			Kepatuhan tinggi: 8	Kepatuhan sedang : 6-7	Kepatuhan rendah : 0-5	Total
Komunikasi Terapeutik	> 50 Baik	Count	14	29	9	52
		% within Komunikasi Terapeutik	26.9%	55.8%	17.3%	100.0%
	< 50Tidak baik	Count	0	2	1	3
		% within Komunikasi Terapeutik	0.0%	66.7%	33.3%	100.0%
Total		Count	14	31	10	55
		% within Komunikasi Terapeutik	25.5%	56.4%	18.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1.268 ^a	2	.530	.586		
Likelihood Ratio	1.953	2	.377	.586		
Fisher's Exact Test	1.346			.752		
Linear-by-Linear Association	1.192 ^b	1	.275	.380	.259	.201
N of Valid Cases	55					

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .55.

b. The standardized statistic is 1.092.

Lampiran 9

Dokumentasi



