



**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP TINGKAT  
KEPATUHAN PENGOBATAN PASIEN PENYAKIT PARU OBSTRUKSI  
KRONIS DI RS SARI ASIH KARAWACI**

**Oleh :**

**RAHMAWATI**

**NIM: 30902300107**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2024**

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP TINGKAT  
KEPATUHAN PENGOBATAN PASIEN PENYAKIT PARU OBSTRUKSI  
KRONIS DI RS SARI ASIH KARAWACI**



**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2024**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul:

### **HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP TINGKAT KEPATUHAN PENGOBATAN PASIEN PENYAKIT PARU OBSTRUKSI KRONIS DI RS SARI ASIH KARAWACI**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : RAHMAWATI

NIM : 30902300107

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada :

Pembimbing I

Tanggal :

  
Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, S.Kep., MAN  
NIDN. 0605108901

Pembimbing II

Tanggal :



Dr. Erna Melastuti, S. Kep., Ns., M. Kep

NIDN. 0620057604  
**HALAMAN PENGESAHAN**

Skripsi berjudul :

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP TINGKAT  
KEPATUHAN PENGOBATAN PASIEN PENYAKIT PARU OBSTRUKSI  
KRONIS DI RS SARI ASIH KARAWACI**

Disusun oleh :

Nama : Rahmawati

NIM : 309023000107

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal Agustus 2024 dan  
dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I,

Dr.Ns.Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep.,Sp.KMB  
NIDN. 06-0203-7603

Penguji II,

Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, S.Kep., MAN  
NIDN. 06-0510-8901

Penguji III,

Dr. Erna Melastuti, S. Kep., Ns., M. Kep  
NIDN. 0620057604  
Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Dr. Iwan Ardian, SKM, M.Kep  
NIDN. 0622087403

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini dengan judul m”**Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kepatuhan Pengobatan pada Pasien Paru Obstruksi Kronis di RS Sari Asih Karawaci**”, Saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika dikemudian hari ternyata Saya melakukan tindakan plagiarisme, Saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada saya.

Semarang, September 2024

Mengetahui,  
Wakil Dekan I

Peneliti,

(Ns. Hj. Sri Wahyuni, M.Kep., Sp.Kep.Mat )

( Rahmawati )

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG  
Skripsi, Agustus 2024

## ABSTRAK

Rahmawati

### **Hubungan Antara Dukungan Keluarga Terhadap Tingkat Kepatuhan Pengobatan Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis Di Rs Sari Asih Karawaci**

128 hal + 14 tabel + iv + 6

**Latar Belakang:** Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) didefinisikan sebagai kelainan paru heterogen yang ditandai dengan keluhan respirasi kronik (sesak napas, batuk, produksi dahak) dikarenakan abnormalitas saluran napas (bronkitis, bronkiolitis) dan/atau alveoli (emfisema) yang menyebabkan hambatan aliran udara yang persisten dan seringkali progresif. Ketepatan dalam pemberian obat kepada pasien merupakan salah satu faktor penting dalam menentukan keberhasilan terapi. Dukungan keluarga menjadi indikator keberhasilan program ketepatan pengobatan, sehingga keluarga perlu diberdayakan dengan memberikan pengetahuan tentang tujuan dan cara-cara terapi untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat kepatuhan pengobatan pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) di RS Sari Asih Karawaci.

**Metode:** Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif non eksperimental menggunakan studi korelasi dan pendekatan *Cross sectional*. Pengumpulan data dilakukan dengan instrumen berupa kuesioner tentang dukungan keluarga yaitu menggunakan kuesioner *perceived support form family (PSS-Fa)* (Procidano & Heller, 1983) dan kuesioner tentang kepatuhan pengobatan yaitu menggunakan kuesioner *MMAS-8 (Medication Morisky Adherence Scale)* (Morisky et al, 1988). Jumlah sampel yang digunakan sebanyak 120 responden dengan teknik *Total Sampling*. Data yang diperoleh diolah secara statistik dengan menggunakan rumus Somer's D Gamma.

**Hasil:** Berdasarkan hasil Analisa diperoleh bahwa dari 120 responden penelitian, Sebagian besar memiliki karakteristik dalam usia (66-75 tahun) sebanyak 50 responden (41.7%), sebagian besar jenis kelamin responden adalah laki-laki sebanyak 94 orang (78.3%), sebagian besar responden adalah tamat SMA/MA sebanyak 45 orang (37.5%), sebagian besar responden menderita PPOK selama 2 - 5 tahun sebanyak 77 orang (64.2%), sebagian besar penderita PPOK adalah mantan perokok sebanyak 74 orang (61.7%), sebagian besar pekerjaan adalah wiraswasta sebanyak 60 orang (50 %), dengan sebagian besar perpenghasilan 1 juta - 5 juta sebanyak 59 orang (49.2%), dan sebagian besar responden serumah dengan suami/istri sebanyak 85 orang (70.8 %)

**Simpulan:** Adanya hubungan antar dukungan keluarga dengan tingkat kepatuhan pengobatan (p value < 0,05)

**Kata kunci:** Dukungan keluarga, Kepatuhan pengobatan, PPOK

**Daftar Pustaka:** 27 (2014-2022)

BACHELOR OF SCIENCE IN NURSING  
FACULTY OF NURSING SCIENCE  
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG  
Thesis, Agustus 2020

## ABSTRACT

Rahmawati

### **The Relationship Between Family Support and the Level of Compliance with Treatment of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Sari Asih Karawaci Hospital**

128 p + 14 tables + iv + 6

**Background:** Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is defined as a heterogeneous lung disorder characterized by chronic respiratory complaints (shortness of breath, cough, sputum production) due to abnormalities of the airways (bronchitis, bronchiolitis) and/or alveoli (emphysema) which cause flow obstruction. persistent and often progressive air. Accuracy in administering medication to patients is an important factor in determining the success of therapy. Family support is an indicator of the success of a treatment program, so families need to be empowered by providing education about the goals and methods of therapy to improve the patient's quality of life. The aim of this study was to identify the relationship between family support and the level of treatment compliance in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) at Sari Asih Karawaci Hospital.

**Method:** This research is a type of non-experimental quantitative research using correlation studies and a cross-sectional approach. Data collection was carried out with instruments in the form of a questionnaire about family support, namely using the perceived support form family questionnaire (PSS-Fa) (Procidano & Heller, 1983) and using a questionnaire about medication adherence, namely using the MMAS-8 (Medication Morisky Adherence Scale) questionnaire (Morisky et al. al, 1988). The number of samples used was 120 respondents using the Total Sampling technique. The data obtained was processed statistically using the Somer's D Gamma formula.

**Results:** Based on the results of the analysis, it was found that of the 120 research respondents, the majority had characteristics in terms of age (66-75 years) as many as 50 respondents (41.7%), most of the respondents' gender was male as many as 94 people (78.3%), some The majority of respondents were high school/MA graduates as many as 45 people (37.5%), the majority of respondents had suffered from COPD for 2 - 5 years as many as 77 people (64.2%), the majority of COPD sufferers were former smokers as many as 74 people (61.7%), the majority occupation is self-employment as many as 60 people (50%), with the majority earning 1 million - 5 million as many as 59 people (49.2%), and most respondents living at home with their husband/wife as many as 85 people (70.8%).**Conclusion:** There is a relationship between family support and the level of treatment compliance (p value < 0.05)**Key words:** Family support, medication adherence, COPD**Bibliography:** 27 (2014-2022)

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmatnya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan antara dukungan keluarga terhadap tingkat kepatuhan pengobatan pasien penyakit paru obstruksi kronis di rs sari asih karawaci”.

Skripsi ini disusun guna untuk melengkapi tugas akhir dan memenuhi syarat kelulusan untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Dalam penyusunan skripsi ini, penulis banyak menerima dukungan, informasi, saran, bimbingan serta doa oleh berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak langsung. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada

1. Prof. Dr . H. Gunarto, SH., M.Hum, Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Dr. Iwan Ardian, S.KM., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Dr.Ns.Dwi Retno Sulistyarningsih, M.Kep,Sp.KMB , selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang dan dosen penguji I Skripsi.
4. Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, S.Kep., MAN., selaku dosen pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, arahan serta masukan sehingga dapat selesai dengan baik.

5. Dr. Erna Melastuti, S. Kep., Ns., M. Kep, selaku dosen pembimbing II Skripsi yang telah memberikan bimbingan, arahan serta masukan sehingga dapat selesai dengan baik.
6. Seluruh Dosen Pengajar dan Staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan serta bantuan kepada penulis selama menempuh studi.
7. Suami, anak-anak dan keluarga besar yang selalu memberikan do'a yang tulus memberikan semangat dan dukungannya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan lancar dan baik
8. Teman-teman se perbimbingan dan teman-teman se angkatan yang selalu mendukung memberi semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan lancar dan baik.

Dalam pembuatan Skripsi ini, penulis menyadari masih banyak terdapat kekurangan dan jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis berharap pembaca dapat membeirkan kritik dan saran yang baik dan bersifat membangun agar penulisan ini dapat menjadi lebih baik lagi, semoga Skripsi ini dapat bermanfaat terutama bagi para tenaga keperawatan

Semarang, Agustus 2024

Penulis,



Rahmawati  
NIM : 30902300107

DAFTAR ISI	
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iii
HALAMAN PENGESAHAN .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
ABSTRAK .....	vi
ABSTRACT .....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR TABEL .....	12
DAFTAR GAMBAR.....	13
BAB I.....	14
PENDAHULUAN .....	14
A. Latar Belakang Masalah .....	14
B. Perumusan Masalah .....	17
C. Tujuan Penelitian .....	17
D. Manfaat Penelitian .....	17
BAB II .....	19
TINJAUAN PUSTAKA .....	19
A. Tinjauan Teori.....	19
1. Penyakit Paru Obstruksi Kronik.....	19
2. Kepatuhan Pengobatan .....	36
3. Dukungan Keluarga.....	41
B. Kerangka Teori .....	47
C. Hipotesis .....	47
BAB III.....	48
METODE PENELITIAN .....	48
A. Kerangka Konsep.....	48
B. Variabel Penelitian.....	49
C. Desain Penelitian .....	49
D. Populasi dan Sampel Penelitian .....	50
1. Populasi .....	50
2. Sampel.....	50
E. Waktu dan tempat penelitian .....	52
F. Definisi operasional .....	52
G. Instrumen alat pengumpul data.....	53
1. Instrument penelitian.....	53
2. Uji instrumen penelitian .....	57
H. Metode Pengumpulan data.....	62
I. Analisa Data.....	63
J. Etika Penelitian .....	66
BAB IV.....	67

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	67
A. Hasil Penelitian.....	67
1. Deskripsi Wilayah Penelitian.....	67
2. Karakteristik Responden.....	68
3. Analisa Univariat.....	70
4. Analisis bivariat.....	71
BAB V.....	73
PEMBAHASAN.....	73
1. Karakteristik Responden.....	73
1.1 Usia.....	73
1.2 Jenis Kelamin.....	74
1.3 Pendidikan Terakhir.....	75
1.4 Riwayat Merokok.....	76
1.5 Lama Menderita PPOK.....	77
1.6 Pekerjaan.....	78
1.7 Penghasilan.....	78
1.8 Serumah dengan Siapa.....	78
2. Kepatuhan Pengobatan.....	79
3. Dukungan Keluarga.....	81
4. Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien PPOK.....	82
5. Kekurangan Penelitian.....	83
BAB VI.....	85
KESIMPULAN DAN SARAN.....	85
A. Kesimpulan.....	85
B. Saran.....	85
DAFTAR PUSTAKA.....	87
LAMPIRAN.....	89
Lampiran CV.....	89
Lampiran 1 Surat Izin Penelitian.....	94
Lampiran 2 Surat Lulus Uji Etik.....	95
Lampiran 3 Catatan/masukan hasil konsultasi.....	96
Lampiran 4 Persetujuan Revisi Ujian Proposal/hasil skripsi.....	97
Lampiran 5 Surat Keterangan Submit Jurnal Luar Mahasiswa FIK UNISSULA.....	98
Lampiran 6 Surat Persetujuan Menggugah pada Sistem Aplikasi Wisuda.....	99
Lampiran 7 Surat Permohonan Menjadi Responden.....	100
Lampiran 8 Instrumen Penelitian.....	101
Lampiran 9 output SpSS.....	104
Lampiran 10 Jadwal Kegiatan Penelitian.....	134

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi derajat keparahan keterbatasan aliran (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2023).....	25
Tabel 2.2 Tatalaksana non farmakologis menurut pengelompokan PPOK (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2023) .....	30
Tabel 2.3 Tatalaksana non farmakologis lanjutan menurut pengelompokan treatable traits PPOK(Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2023) .....	36
Tabel 3.1 Tabel 4 Definisi Operasional.....	5
Tabel 3.2 skor respon jawaban kuesioner dukungan keluarga yang favorable dan unfavorable .....	56
Tabel 3.3 Blue Print Kuesioner Dukungan Keluarga ( perceived support form family) .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b> 5
Tabel 7. Uji Validitas Kuesioner Dukungan Keluarga, perceived support form family (pss-fa) .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b> 6
Tabel 3.4 Uji Validitas Kuesioner Dukungan Keluarga, perceived support form family (pss-fa)	58
Tabel 3.5 Uji Validitas Kuesioner Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b> 9
Tabel 3.6 Uji Reliable Cronbach Alpha .....	60
Tabel 3.7 Panduan Interpretasi .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b> 4
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, lama menderita PPOK, satatus perokok, penghasilan, pekerjaan dan tinggal satu rumah bersama siapa, pada Pasien PPOK di poliklinik RS Sari Asih .....	68
Tabel 4.2 Distribusi dan Frekuensi Kepatuhan pada pasien PPOK di Poliklinik RS Sari Asih Karawaci.....	70
Tabel 4.3 Distribusi dan Frekuensi Dukungan Keluarga pada pasien PPOK di Poliklinik RS sari Asih Karawaci .....	70
Tabel 4.4 Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Minum Obat pada pasien PPOK di Poliklinik Rs Sari Asih Karawaci.....	72

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 1.1 Perangkat Penilaian Grup ABE PPOK .....	24
Gambar 1.2 Hubungan PPOK dengan berbagai penyakit penyerta(Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2023) .....	25
Gambar 2.1 Kerangka Teori .....	46
Gambar 2.2 Kerangka Konsep.....	47



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Masalah**

Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) didefinisikan sebagai kelainan paru heterogen yang ditandai dengan keluhan respirasi kronik (sesak napas, batuk, produksi dahak) dikarenakan abnormalitas saluran napas (bronkitis, bronkiolitis) dan/atau alveoli (emfisema) yang menyebabkan hambatan aliran udara yang persisten dan seringkali progresif. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) disebabkan oleh interaksi gen, lingkungan yang dinamis, kumulatif, dan berulang sepanjang hidup yang merusak paru-paru dan/atau mengubah proses perkembangan/penuaan normalnya (GETomics) (GOLD, 2023)

Data Badan Kesehatan Dunia (WHO), menunjukkan tahun 1990 PPOK menempati urutan ke-6 sebagai penyebab utama kematian di dunia, pada tahun 2002 PPOK menempati urutan ke-5 sebagai penyebab utama kematian di dunia dan diperkirakan pada tahun 2030 akan menjadi penyebab kematian ke-3 di seluruh dunia setelah penyakit kardiovaskuler dan kanker. (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2023).

The Asia Pacific COPD Round Table Group memperkirakan jumlah pasien PPOK sedang hingga berat di negara-negara Asia Pasifik tahun 2006 mencapai 56,6 juta orang dengan prevalens 6,3 %. Angka prevalens berkisar antara 3,5 – 6,7%, di China mencapai 38,160 juta orang, Jepang 5,014 juta orang dan Vietnam 2,068 juta orang. Di Indonesia diperkirakan terdapat 4,8 juta orang dengan prevalens 5,6%. Angka ini bisa meningkat dengan makin banyaknya

jumlah perokok karena 90 % penderita PPOK adalah perokok atau mantan perokok. Pada wilayah Asia Pasifik yang telah dilakukan survey, prevalens PPOK masih cukup tinggi. Pada tahun 2012, prevalens PPOK di Asia Pasifik sebesar 6,2% dan sekitar 19,1 % merupakan pasien PPOK derajat berat dengan angka prevalens berkisar 4,5% di Indonesia dan 9,5% di Taiwan. (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2023)

Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) merupakan penyebab kematian ketiga di seluruh dunia, menyebabkan 3,23 juta kematian pada tahun 2019. Hampir 90% kematian akibat PPOK pada usia di bawah 70 tahun terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (LMIC). COPD adalah penyebab utama ketujuh kesehatan buruk di seluruh dunia (diukur berdasarkan tahun hidup yang disesuaikan dengan disabilitas). Merokok menyumbang lebih dari 70% kasus PPOK di negara-negara berpendapatan tinggi. Di negara-negara berkembang, merokok menyumbang 30-40% kasus PPOK, dan polusi udara rumah tangga merupakan faktor risiko utama. (Soeroto & Suryadinata, 2019).

Rumah Sakit Sari Asih Karawaci merupakan cabang pertama dari PT Sari Asih Group yang berpusat di Tangerang. Kini, Rumah Sakit Sari Asih telah berkembang menjadi delapan rumah sakit. Tahun 2023 Rumah Sakit Sari Asih Karawaci telah melayani 40.000 pasien rawat inap dan 420.000 kunjungan rawat jalan. dengan kasus pasien PPOK di rawat jalan sebanyak 2.205 pasien (medical record RSSAK, 2023)

Definisi PPOK telah berubah dan kian berkembang dari waktu ke waktu. Penyempurnaan definisi dan taksonomi PPOK saat ini menjadi penting dalam memahami penyakit yang sangat kompleks ini. Konsep pertama adalah bahwa PPOK tidak hanya disebabkan oleh inhalasi asap rokok tetapi juga dari penyebab lain, seperti pajanan biomassa, infeksi seperti tuberkulosis atau bahkan asma. Kedua, munculnya alat-alat baru, seperti CT scan toraks, telah memberikan bukti bahwa kelainan struktural paru dapat dideteksi bahkan pada individu yang tidak menunjukkan obstruksi aliran udara. Ketiga, studi epidemiologi telah menunjukkan bahwa gejala respirasi (batuk dan dahak) dapat menjadi penanda bahwa individu tersebut berisiko mengalami obstruksi aliran udara di waktu yang akan datang. Terakhir, peristiwa yang terjadi selama kehamilan dan selama masa kanak-kanak dan remaja dapat sangat mempengaruhi perkembangan paru dan mengakibatkan obstruksi aliran udara tanpa penurunan fungsi paru yang cepat dari waktu ke waktu. (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2023).

Kepatuhan pasien terhadap pengobatan pada Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) penting untuk mengoptimalkan manajemen penyakit. Sedikitnya kepatuhan menyebabkan terjadi peningkatan morbiditas, pengeluaran biaya kesehatan, rawat inap dan kematian. Ketepatan dalam pemberian obat kepada pasien merupakan salah satu faktor penting dalam menentukan keberhasilan terapi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap Tingkat kepatuhan pengobatan pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) di poli paru RS. Sari Asih Karawaci sehingga dapat meningkatkan efektivitas terapi dan kualitas hidup pasien.

Berdasarkan uraian di atas, maka perlu dilakukannya penelitian untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat kepatuhan pengobatan pasien PPOK di Rawat Jalan RS Sari asih karawaci.

## **B. Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas didapatkan rumusan masalah pertanyaan penelitian yang ingin dicari jawabannya melalui penelitian ini adalah adakah hubungan antara dukungan keluarga terhadap tingkat kepatuhan pengobatan pasien PPOK di RS Sari Asih Karawaci.

## **C. Tujuan Penelitian**

1. Tujuan Umum Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat kepatuhan pengobatan pasien PPOK di RS Sari Asih Karawaci.
2. Tujuan Khusus
  - a) Mengidentifikasi karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, Pendidikan terakhir, Riwayat merokok, lama menderita PPOK, pekerjaan, penghasilan dan tinggal satu rumah dengan keluarga (keluarga inti).
  - b) Mengetahui gambaran dukungan keluarga pasien PPOK
  - c) Mengetahui gambaran tingkat kepatuhan pengobatan
  - d) Menganalisis hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan Pengobatan pasien PPOK.

## **D. Manfaat Penelitian**

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menjelaskan dan membuktikan ada tidaknya hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kepatuhan pengobatan pasien PPOK serta dapat menjadi sumber informasi baru pengembangan penelitian tentang dukungan keluarga dan tingkat kepatuhan pengobatan.

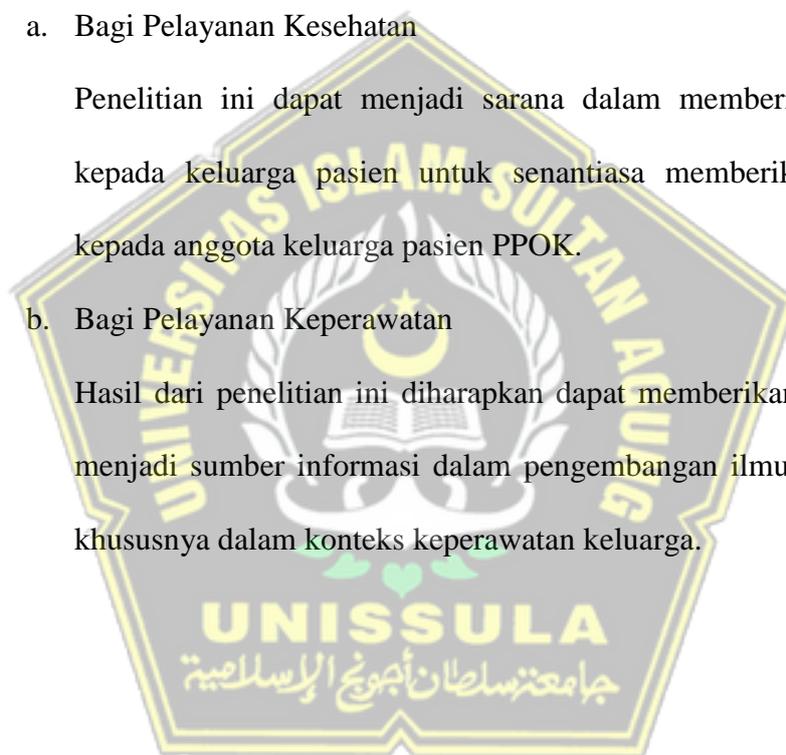
## 2. Manfaat Praktis

### a. Bagi Pelayanan Kesehatan

Penelitian ini dapat menjadi sarana dalam memberikan masukan kepada keluarga pasien untuk senantiasa memberikan dukungan kepada anggota keluarga pasien PPOK.

### b. Bagi Pelayanan Keperawatan

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat dan menjadi sumber informasi dalam pengembangan ilmu keperawatan, khususnya dalam konteks keperawatan keluarga.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. Penyakit Paru Obstruksi Kronik**

###### **1.1 Definisi Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)**

Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) didefinisikan sebagai kelainan paru heterogen yang ditandai dengan keluhan respirasi kronik (sesak napas, batuk, produksi dahak) dikarenakan abnormalitas saluran napas (bronkitis, bronkiolitis) dan/atau alveoli (emfisema) yang menyebabkan hambatan aliran udara yang persisten dan seringkali progresif (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2023)

Penyakit Paru Obstruktif Kronik, atau yang biasa disingkat dengan PPOK, adalah sebuah istilah yang biasa digunakan untuk sejumlah penyakit yang menyerang paru-paru seseorang untuk jangka waktu yang panjang. (KEMENKES, 2022)

###### **1.2 Etiologi**

Riset Kesehatan Kementerian Kesehatan memperlihatkan jumlah perokok di Indonesia masih sangat tinggi, kira-kira 33,8% atau 1 dari 3 orang di Indonesia merokok. Hal ini memberikan kontribusi pada kejadian PPOK yang besar. (Harbuwono, 2021).

Identifikasi faktor risiko merupakan langkah penting dalam pencegahan dan penatalaksanaan PPOK. Meskipun saat ini pemahaman faktor risiko PPOK dalam banyak hal masih belum lengkap, diperlukan

pemahaman interaksi dan hubungan antara faktor-faktor risiko sehingga memerlukan investigasi lebih lanjut. Beberapa studi longitudinal telah mengikuti populasi hingga 20 tahun, termasuk periode pra dan perinatal yang penting dalam membentuk masa depan individu yang berisiko PPOK. Pada dasarnya semua risiko PPOK merupakan hasil dari interaksi lingkungan dan gen sepanjang hidup individu dan risiko akan meningkat pada populasi di usia tua. Interaksi gen dan lingkungan tersebut dapat menimbulkan kerusakan pada saluran napas dan mempengaruhi proses menua secara normal. (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2023).

### 1.3 Factor resiko Penyakit paru obstruktif kronik ( PPOK), diantaranya:

#### 1. Asap rokok

Dalam pencatatan riwayat merokok perlu diperhatikan:

##### a. Riwayat merokok

- 1) Perokok Aktif
- 2) Perokok pasif
- 3) Bekas perokok

##### b. Derajat berat merokok dengan Indeks Brinkman (IB), yaitu perkalian jumlah rata-rata batang rokok yang dihisap sehari dikalikan lama merokok dalam tahun:

- 1) Ringan : 0-200
- 2) Sedang : 201-600
- 3) Berat : >600

Contoh:

10 Pack Years adalah perhitungan derajat berat merokok dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$\text{Jumlah Pack Years} = \text{Jumlah pak (bungkus) rokok} \times \text{jumlah tahun}$$

1 pak (bungkus) rokok = 20 batang rokok, maka: 10 pack years = 10 X 20 batang rokok = 200 batang rokok. Identifikasi merokok sebagai faktor risiko yang paling sering ditemui pada PPOK menjadikan program berhenti merokok merupakan kunci dari pencegahan PPOK, serta intervensi utama bagi pasien PPOK.

## 2. Polusi udara

### a. Dalam ruangan

- 1) Asap rokok
- 2) Asap dapur (kompor, kayu, arang, dll)

### b. Luar ruangan

- 1) Gas buang kendaraan bermotor
- 2) Debu jalanan

### c. Polusi di tempat kerja (bahan kimia, zat iritasi, gas beracun)

## 3. Genetik

PPOK adalah penyakit poligenik dan contoh klasik dari interaksi gen- lingkungan. Faktor risiko genetik yang paling sering terjadi adalah mutasi gen SERPINA-1 yang mengakibatkan kekurangan  $\alpha$ -1 antitripsin sebagai inhibitor dari protease serin.

Kekurangan  $\alpha$ -1 antitripsin yang di Indonesia pun sudah dibuktikan melalui hasil penelitian sebagai berikut:

- 1) Kekurangan  $\alpha$ -1 antitripsin merupakan faktor risiko PPOK/emfisema (OR= 4,34)
  - 2) Frekuensi defisiensi  $\alpha$ -1 antitripsin cukup tinggi yaitu 76 dari 413 responden (18,3%). Pria : wanita = 4,8 : 1.
  - 3) Interaksi paparan debu dengan defisiensi  $\alpha$ -1 antitripsin meningkatkan risiko emfisema menjadi 11,91.
  - 4) Interaksi pajanan debu dengan kebiasaan merokok meningkatkan risiko emfisema menjadi 13,88
4. Usia dan jenis kelamin

Penelitian terdahulu menyatakan bahwa angka kesakitan dan kematian akibat PPOK lebih sering terjadi pada laki-laki dibanding perempuan, namun saat ini angka kejadian PPOK hampir sama antara laki-laki dan perempuan, terkait dengan bertambahnya jumlah perokok perempuan. Penelitian Torres dkk dalam Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2023 yang menghubungkan gender dengan PPOK menyimpulkan:

- a. Laki-laki & perempuan perokok dengan COPD: Terdapat perbedaan kadar beberapa biomarker plasma yang berimplikasi pada emfisema (IL-6, IL16, VEGF).

- b. Laki-laki & perempuan dengan COPD: Perbedaan kadar biomarker plasma sesuai dengan perbedaan manifestasi klinis yaitu pada perempuan lebih berat.

## 5. Sosial ekonomi

Sosial ekonomi sebagai faktor risiko terjadinya PPOK kemungkinan berkaitan dengan berat bayi saat lahir (berdampak terhadap pertumbuhan dan perkembangan organ paru yang di kemudian hari rentan munculnya kejadian PPOK). Paparan polusi di dalam dan luar ruangan, pemukiman yang padat, nutrisi yang buruk dan faktor lain yang berhubungan dengan status sosial ekonomi, kemungkinan dapat menjelaskan hal ini. Peningkatan daya beli menyebabkan peningkatan kendaraan bermotor di Indonesia. Kemajuan ekonomi menyebabkan berkembangnya berbagai industri dengan dampak peningkatan polusi udara.

Peranan nutrisi sebagai faktor risiko tersendiri penyebab berkembangnya PPOK belum jelas. Malnutrisi dan penurunan berat badan dapat menurunkan kekuatan dan ketahanan otot respirasi, karena penurunan masa otot dan kekuatan serabut otot. Kelaparan dan status anabolik / katabolik berkembang menjadi emfisema pada percobaan binatang. CT scan paru perempuan dengan kekurangan nutrisi akibat anoreksia nervosa menunjukkan gambaran emfisema.

## 6. Infeksi paru berulang

Infeksi virus dan bakteri berperan dalam patogenesis dan progresivitas PPOK. Kolonisasi bakteri menyebabkan inflamasi jalan napas, berperan secara bermakna menimbulkan eksaserbasi. Infeksi saluran napas berat pada saat anak, akan menyebabkan penurunan fungsi paru dan meningkatkan gejala respirasi pada saat dewasa. Terdapat beberapa kemungkinan yang dapat menjelaskan penyebab keadaan ini, karena seringnya kejadian infeksi berat pada anak sebagai penyebab dasar timbulnya hiperreaktivitas bronkus yang merupakan faktor risiko pada PPOK. Pengaruh berat badan lahir rendah akan meningkatkan infeksi virus yang juga merupakan faktor risiko PPOK. Riwayat infeksi tuberkulosis berhubungan dengan obstruksi jalan napas pada usia lebih dari 40 tahun.

7. Asma/ hiperreaktivitas bronkus

Asma, penyakit radang saluran napas kronis, dapat menjadi faktor risiko untuk mengembangkan PPOK. Kombinasi asma dan merokok semakin meningkatkan risiko PPOK.

8. Tumbuh kembang paru

Pertumbuhan paru berhubungan dengan proses selama kehamilan, kelahiran, dan pajanan waktu kecil. Merokok selama kehamilan dapat berpengaruh terhadap perkembangan janin, mengganggu pertumbuhan dan perkembangan paru intra uterin, mempengaruhi sistem imun yang akan mengakibatkan perubahan genetik. Kecepatan maksimal penurunan fungsi paru seseorang adalah

risiko untuk terjadinya PPOK. Studi meta analisa menyatakan bahwa berat lahir mempengaruhi nilai VEPI pada masa anak.

9. Bronchitis kronis

Udara ekspirasi pada PPOK (berdasarkan nilai VEPI paska bronkodilator) **Pada pasien PPOK (VEPI/KVP < 0,7):**

GOLD 1:	Ringan	VEPI ≥80% nilai prediksi
GOLD 2:	Sedang	50% ≤ FEV1 < 80% nilai prediksi
GOLD 3:	Berat	30% ≤ FEV1 < 50% nilai prediksi
GOLD 4:	Sangat Berat	VEPI < 30% nilai prediksi

**Tabel 2.1 Klasifikasi derajat keparahan keterbatasan aliran (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2023)**



**Gambar 2.1 Perangkat Penilaian Grup ABE PPOK**

1.4 Patofisiologis

Saat ini telah diketahui dengan jelas tentang mekanisme patofisiologi yang mendasari PPOK sampai terjadinya gejala yang karakteristik. Misalnya penurunan FEV1 yang terjadi disebabkan peradangan dan penyempitan saluran napas perifer, sementara transfer gas yang menurun disebabkan kerusakan parenkim yang terjadi pada emfisema. Keterbatasan aliran udara pada PPOK harus ditegakkan dengan

pemeriksaan faal paru pada kondisi stabil. Hal ini merujuk dari GOLD tahun 2023 bahwa PPOK dapat ditegakkan jika nilai FEV1/FVC kurang dari 70% prediksi pasca pemberian obat bronkodilator. Nilai faal paru seperti ini tentunya terlihat jika pasien sudah mengalami kerusakan paru kronik yang irreversible, sehingga deteksi awal dengan nilai FEF25-75% dapat digunakan untuk memprediksi kejadian PPOK di kemudian hari. (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2023).



**Gambar 2. 2 Hubungan PPOK dengan berbagai penyakit penyerta (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2023)**

### 1. Keterbatasan Aliran Udara dan Air Trapping

Keterbatasan aliran udara pada PPOK harus ditegakkan dengan pemeriksaan faal paru pada kondisi stabil. Hal ini merujuk dari GOLD tahun 2023 bahwa PPOK dapat ditegakkan jika nilai FEV1/FVC kurang dari 70% prediksi pasca pemberian obat bronkodilator. Nilai faal paru seperti ini tentunya terlihat jika pasien sudah mengalami kerusakan paru kronik yang irreversible, sehingga deteksi awal

dengan nilai FEF25-75% dapat digunakan untuk memprediksi kejadian PPOK di kemudian hari.

## 2. Mekanisme Pertukaran Gas

Ketidakeimbangan pertukaran gas menyebabkan kelainan hipoksemia dan hiperkapnia yang terjadi karena beberapa mekanisme. Secara umum, pertukaran gas akan memburuk selama penyakit berlangsung.

## 3. Hipersekresi Mukus

Hipersekresi mukus yang mengakibatkan batuk produktif kronik, adalah gambaran dari bronkitis kronik tidak selalu dikaitkan dengan keterbatasan aliran udara.

## 4. PPOK Pulmonar

PPOK pulmoner didefinisikan sebagai gangguan hemodinamik yang ditandai dengan peningkatan abnormal tekanan arteri pulmoner.

## 5. Gambaran Dampak Sistemik

Beberapa studi melaporkan bahwa PPOK memberikan gambaran sistemik, khususnya pada PPOK yang berat. Hal ini berdampak besar terhadap kualitas hidup. Kakeksia umumnya terlihat pada pasien PPOK berat, disebabkan oleh hilangnya massa otot rangka dan kelemahan otot akibat dari apoptosis yang meningkat dan/atau tidak digunakannya otot-otot tersebut. Peningkatan proses osteoporosis, depresi dan anemia kronik juga terjadi pada PPOK.

## 6. Eksaserbasi

Eksaserbasi PPOK didefinisikan sebagai kondisi akut yang ditandai dengan perburukan gejala respirasi dari variasi gejala normal harian dan membutuhkan perubahan terapi. Eksaserbasi sering terjadi pada pasien PPOK yang dicetuskan oleh infeksi bakteri atau virus, polusi lingkungan atau faktor lain yang belum diketahui. Infeksi bakteri dan virus memiliki karakteristik peningkatan respons inflamasi. Selama eksaserbasi gejala sesak meningkat karena peningkatan hiperinflasi, air trapping dan penurunan aliran udara. Eksaserbasi juga menyebabkan penurunan VA/Q yang menyebabkan hipoksemia berat. Beberapa keadaan menyerupai eksaserbasi PPOK adalah pneumonia, tromboemboli dan gagal jantung akut

### 1.5 Tanda dan Gejala

Gejala COPD sering tidak muncul sampai kerusakan paru-paru yang signifikan terjadi, dan biasanya memburuk dari waktu ke waktu, terutama jika paparan merokok berlanjut.

#### a. Tanda dan gejala COPD mungkin termasuk:

1. Sesak napas, terutama saat melakukan aktivitas fisik
2. Mengi
3. Sesak dada
4. Batuk kronis yang dapat menghasilkan lendir (dahak) yang mungkin bening, putih, kuning atau kehijauan
5. Infeksi pernapasan yang sering
6. Kekurangan energi

7. Penurunan berat badan yang tidak diinginkan (pada tahap selanjutnya).

b. Terminologi pada PPOK

1. PPPOK Dini (Early COPD)

PPOK dini secara klinis mengacu pada persepsi saat keluhan, keterbatasan fungsional dan/atau kelainan struktural mulai dirasakan.

2. PPOK Ringan (Mild COPD)

Perkataan 'ringan' ini sebaiknya hanya digunakan sebagai deskripsi derajat obstruksi berdasarkan hasil spirometri.

3. PPOK pada Usia Muda (Young COPD)

Terminologi PPOK pada usia muda ini mengacu pada penderita PPOK pada usia 20-50 tahun. PPOK usia muda ini Sebagian memiliki Riwayat keluarga dengan kelainan respirasi juga, atau memiliki Riwayat penyakit paru di masa kecil. Ini membuktikan bahwa asal terjadinya PPOK dapat sudah dimulai saat masih berusia kanak-kanak.

4. Pra- PPOK (Pre COPD)

Terminologi ini digunakan untuk mengidentifikasi penderita (pada usia berapapun) yang memiliki keluhan respirasi dan/atau kelainan struktural dan fungsional yang dapat terdeteksi, meskipun tidak ditemukan tanda-tanda obstruksi dari hasil pemeriksaan spirometri.

### 5. PRISm (Preserved Ratio, Impaired Spirometry)

Terminologi ini mengacu pada kondisi penderita yang memiliki rasio VE<sub>P1</sub>/KVP masih normal (>70% pasca bronkodilator), tetapi nilai- nilai spirometri lainnya terganggu (VE<sub>P1</sub> dan/atau KVP < 80% pasca bronkodilator). Kondisi ini dijumpai pada 7,1 – 20,3% populasi, dan umumnya dijumpai pada perokok atau bekas perokok, serta pada individu dengan indeks massa tubuh yang sangat tinggi atau sangat rendah.

Kelompok Penderita PPOK	Pilihan Utama	Pilihan Rekomendasi	Pilihan Tambahan
A	Penghentian Merokok*	Latihan dan Aktivitas Fisik	Vaksinasi Flu Vaksinasi Pneumokokus Vaksinasi 19
B & E <sup>#</sup>	Penghentian Merokok* Rehabilitasi Paru		
*Menyertai tatalaksana farmakologis. <sup>#</sup> Dikelompokkan sebagai kelompok C & D pada GOLD 2022.			

**Tabel 2.2 Tatalaksana non farmakologis menurut pengelompokan PPOK (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2023)**

Kriteria PPOK Stabil:

1. Tidak sedang dalam kondisi gagal napas akut pada gagal napas kronis
2. Dapat dalam kondisi gagal napas kronis stabil, yaitu hasil analisis gas darah menunjukkan pH normal, PCO<sub>2</sub> >60 mmHg dan PO<sub>2</sub> <60 mmHg
3. Dahak tidak berwarna atau jernih
4. Aktivitas fisik terbatas tidak disertai sesak sesuai derajat

berat PPOK (sesuai hasil spirometri)

5. Penggunaan bronkodilator sesuai rencana pengobatan
6. Tidak ada penggunaan bronkodilator tambahan

#### 1.6 Penatalaksanaan PPOK Stabil:

1. Mengurangi gejala
  - a. Menurunkan gejala
  - b. Memperbaiki toleransi latihan / aktivitas
  - c. Memperbaiki kualitas hidup
2. Mengurangi risiko
  - a. Mencegah progresivitas
  - b. Mencegah dan mengatasi eksaserbasi
  - c. Menurunkan kematian

Penatalaksanaan PPOK Stabil secara umum meliputi:

1. Farmakologis
  - a. Tatalaksana farmakologis awal
  - b. Tatalaksana farmakologis pemeliharaan
2. Non Farmakologis
  - a. Edukasi dan tatalaksana mandiri

Edukasi dapat dilaksanakan dengan / tanpa alat peraga di rumah, klinik, ruang rawat inap, unit gawat darurat, maupun unit rawat intensif. Materi edukasi disesuaikan menurut derajat penyakit, tingkat pendidikan, keadaan sosio-kultural, dan kondisi ekonomi penderita. Secara umum materi edukasi

meliputi pengetahuan dasar PPOK, detail pilihan tatalaksana farmakologis, teknik penggunaan inhaler yang tepat, faktor risiko (contohnya penghentian merokok), mengenali gejala eksaserbasi dini secara mandiri, penggunaan oksigen, dan penyesuaian latihan atau aktivitas fisik.

b. Rehabilitasi paru

Program rehabilitasi paru berbasis mandiri di rumah, rumah sakit, atau komunitas merupakan salah satu pendekatan non farmakologis menyeluruh dengan bukti ilmiah pendukung yang kuat. Rehabilitasi paru dapat mengurangi gejala, meningkatkan toleransi latihan fisik, dan memperbaiki kualitas hidup. Program ini terdiri dari, yaitu:

1. Latihan fisik

Latihan fisik untuk penderita PPOK bisa dilakukan di dua tempat, di rumah atau di rumah sakit. Latihan di rumah bisa dalam bentuk latihan dinamis, atau menggunakan otot secara ritmis (contohnya jalan, jogging, bersepeda, latihan ekstremitas atas). Latihan fisik selama 8 - 12 minggu dapat meningkatkan uji jalan 6 menit dan kualitas hidup secara bermakna dibandingkan dengan penderita PPOK stabil yang hanya mendapatkan tatalaksana farmakologis saja. Bentuk latihan dinamis yang bisa dilakukan di rumah adalah ergometri dan

walking-jogging. Ergometri lebih baik dibandingkan walking-jogging.

Program latihan dapat dijalankan 15 - 30 menit setiap hari, selama 4 - 7 hari per minggu. Jenis latihan dapat disesuaikan pada setiap harinya. Setelah menentukan jenis latihan, latihan dimulai selama 2 - 3 menit yang cukup untuk menaikkan denyut nadi sebesar 40% maksimal. Setelah itu ditingkatkan lagi sampai denyut jantung mencapai 60 - 70% maksimal

Selama 10 menit. Selanjutnya diikuti dengan 2 - 4 menit istirahat. Setelah beberapa minggu, latihan ditambah sampai dengan 20 - 30 menit setiap hari selama 5 hari per minggu. Dilakukan pencatatan denyut nadi, durasi latihan, dan keluhan subyektif selama berlatih. Denyut nadi maksimal adalah 220 dikurangi umur (dalam tahun), lalu dipotong 80%-nya untuk nilai nadi maksimal penderita PPOK yang diberikan latihan. Konfirmasi obyektif mengenai beban latihan bisa dilakukan 6 - 8 minggu kemudian melalui pemeriksaan laboratorium.

Latihan fisik mempunyai risiko kejadian Aritmia dan Penyakit Jantung Iskemik. Terdapat beberapa hal umum yang perlu diperhatikan sebelum melakukan latihan:

1. Tidak makan 2 - 3 jam sebelum latihan
2. Berhenti merokok 2 - 3 jam sebelum latihan
3. Bila selama berlatih dikeluhkan nyeri dada (Angina), gangguan mental, gangguan koordinasi, atau pusing, maka latihan perlu segera dihentikan.
4. Pakaian longgar dan ringan

## 2. Latihan pernapasan

Latihan pernapasan bertujuan untuk mengurangi dan mengontrol sesak napas. Teknik latihan meliputi pernapasan diafragma dan pernapasan pursed-lip yang bermanfaat untuk memperbaiki ventilasi serta menyelaraskan kerja otot perut dan dada. Latihan pernapasan pada penderita PPOK derajat sedang dan berat dapat meningkatkan VE<sub>P1</sub> dan memperbaiki kualitas hidup secara bermakna.

## 3. Dukungan psikososial.

Dukungan emosional dan spiritual bagi penderita PPOK sebaiknya dimulai sejak penegakan diagnosis. Dukungan ini memberikan manfaat agar penderita lebih memahami perjalanan PPOK secara positif, tetap semangat beraktivitas, dan lebih patuh terhadap alur pengobatan. Bentuk dukungan lain adalah melalui komunitas penderita PPOK, serta pendekatan spiritual.

## 4. Penghentian merokok

Strategi untuk mendukung penderita PPOK berhenti merokok dapat disingkat menjadi 5A, yaitu:

1. Ask (Tanyakan)

Mengidentifikasi secara sistemik semua perokok pada setiap kunjungan.

2. Advise (Nasihati)

Memberikan dorongan kuat pada semua perokok untuk berhenti merokok.

3. Assess (Nilai)

Menilai keinginan penderita untuk berhenti merokok. Dapat menggunakan batasan waktu tertentu sebagai acuan (contohnya penderita akan berhenti merokok dalam 30 hari ke depan).

4. Assist (Bimbing)

Membantu penderita dengan rencana jelas untuk berhenti merokok, menyediakan konseling praktis, memberikan rekomendasi tatalaksana farmakologis yang tepat.

5. Arrange (Atur)

Mengatur jadwal kunjungan berikutnya, baik pertemuan langsung atau daring (online).

6. Terapi Oksigen

Macam-macam terapi Oksigen:

1. Pemberian atau terapi Oksigen jangka panjang
2. Pemberian Oksigen saat aktivitas

3. Pemberian Oksigen saat timbul keluhan sesak
4. Pemberian Oksigen intensif saat terjadi gagal napas
7. Terapi Nutrisi
8. Vaksinasi
9. Dukungan Ventilasi Mekanik
10. Bronkoskopi Intervensi dan pembedahan
11. Dukungan Paliatif

<b>Kelompok</b> <i>Treatable Traits</i>	<b>Tatalaksana Awal</b>	<b>Tatalaksana Pemeliharaan</b>
<b>Sesak Menetap</b>	1. Edukasi dan Tatalaksana Mandiri	1. Rehabilitasi Paru
<b>Eksaserbasi</b>	2. Menghentikan Faktor Risiko 3. Latihan dan Aktivitas Fisik rutin 4. Istirahat dan Nutrisi cukup 5. Vaksinasi Pilihan sesuai jadwal	1. Menghindari Faktor Pencetus 2. Pemantauan Perburukan Gejala dan Eksaserbasi secara Mandiri
Perlu mempertimbangkan dukungan paliatif untuk penderita PPOK berat dan lanjut.		

**Tabel 2. 3 Tatalaksana non farmakologis lanjutan menurut pengelompokan treatable traits PPOK(Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2023)**

## 2. Kepatuhan Pengobatan

### 2.1 Definisi

Tingkat kepatuhan pengobatan pasien PPOK merujuk pada sejauh mana pasien mengikuti resep dan menjalankan terapi yang direkomendasikan oleh dokter untuk mengatasi penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK). Tingkat kepatuhan ini dapat diukur dengan menggunakan kuesioner seperti Modified

Morisky Scale atau COPD Assessment Test. Kepatuhan pasien terhadap pengobatan pada PPOK penting untuk mengurangi morbiditas, pengeluaran biaya kesehatan, rawat inap, dan kematian.

Kepatuhan didefinisikan sebagai pasien mengikuti rekomendasi medis. Variabel kepatuhan didefinisikan sebagai tidak mengikuti resep, tidak minum obat, kesalahan dalam dosis, mengurangi obat, minum obat tambahan dan minum obat tambahan yang tidak diresepkan (WHO, 2003). Kepatuhan didefinisikan sebagai keterlibatan aktif, sukarela, dan kolaboratif pasien di lapangan, perilaku saling diterima untuk menghasilkan terapi. Definisi ini menyiratkan bahwa pasien memiliki pilihan dan yang pasien dan penyedia saling menetapkan tujuan pengobatan dan kesehatan regimen. Kepatuhan pengobatan mengacu pada apakah pasien mengambil obat mereka seperti yang ditentukan, serta apakah mereka terus mengambil obat resep. Perilaku kepatuhan minum obat dengan demikian telah dibagi menjadi 2 konsep utama yaitu kepatuhan dan ketekunan. Kepatuhan mengacu pada intensitas penggunaan obat selama durasi terapi, sedangkan ketekunan mengacu pada durasi keseluruhan terapi obat. (Michael, *et al*, 2009). Kepatuhan didefinisikan sebagai sejauh mana perilaku seseorang (dalam hal minum obat, diet, atau mengeksekusi perubahan gaya hidup) bertepatan dengan medis atau kesehatan saran. Kepatuhan terhadap rejimen pengobatan sering suboptimal ketika pasien yang farmakoterapi jangka panjang menggunakan resep berulang. Sebuah studi yang diterbitkan oleh WHO memperkirakan 50% kepatuhan atau kurang untuk pasien farmakoterapi jangka panjang (Restrepo, *et al*, 2008). Patuh adalah taat (pada

perintah, aturan, dan sebagainya) atau disiplin. Kepatuhan adalah sifat patuh atau ketaatan (KEMENDIKBUD, 2023).

Berdasarkan laporan (WHO, 2003), nilai kepatuhan pada negara berkembang hanya pada rata-rata 50%. Kepatuhan merupakan faktor penting yang berhubungan dengan efektivitas pada semua terapi tapi hal ini penting pada penyakit atau kondisi yang kronis (Brown & Bussel, 2011).

## 2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia, ada lima dimensi berinteraksi kepatuhan : (1) Sosial / faktor ekonomi, (2) Faktor yang berhubungan dengan Terapi, (3) Faktor yang berhubungan dengan Pasien, (4) faktor yang berhubungan Kondisi, (5) Faktor Sistem Kesehatan dan tim kesehatan. Interaksi dokter /pasien berada di bawah dimensi kelima dan merupakan salah satu yang lebih mudah untuk mengubah dan meningkatkan kepatuhan pasien. Dokter memiliki sedikit kontrol atas dimensi lain, tapi efek mendalam pada kepatuhan pasien terhadap rejimen pengobatan dapat dilakukan dengan meningkatkan penyedia / interaksi pasien. Rendahnya kepatuhan pengobatan dikaitkan dengan manfaat perawatan berkurang dan dapat mengaburkan penilaian penyedia efektivitas terapi. Studi menunjukkan bahwa komunikasi yang efektif antara pasien dan dokter memungkinkan tingkat kepatuhan pengobatan yang lebih tinggi (Alpern & Gorman, 1982)

Faktor utama yang mempengaruhi kepatuhan adalah : frekuensi pemberian , kecepatan onset dari obat, peran perangkat. Ketidapatuhan dapat berakibat menjadi risiko hasil klinis yang buruk, terkait dengan memburuknya

kualitas hidup dan peningkatan pengeluaran perawatan kesehatan. Penting untuk mengidentifikasi pasien-pasien PPOK yang buruk atau tidak sama sekali sesuai dengan perlakuan mereka (A sanduzzi, 2014)

Dalam istilah yang lebih luas faktor-faktor ketidakpatuhan dibagi menjadi beberapa kategori yaitu faktor yang berhubungan dengan pasien, faktor yang berhubungan dengan dokter dan faktor yang berhubungan dengan sistem kesehatan. Beberapa faktor yang berhubungan dengan pasien termasuk kurangnya pemahaman terhadap penyakit, kurangnya keterlibatan dalam penentuan terapi, biaya pengobatan yang tinggi, tingkat sosio-ekonomi yang rendah, kurangnya transportasi dan rendahnya pemahaman terhadap terapi berkontribusi pada ketidak patuhan. Kurangnya dukungan dari keluarga atau grup sosial juga merupakan faktor prediktif dari ketidakpatuhan (Cardoso et al., 2020)

Faktor yang berhubungan dengan dokter diantaranya adalah kompleksnya dosis dan obat yang menyebabkan pasien menjadi tidak patuh, gagal untuk menjelaskan kegunaan dan efek samping dari obat, dan tidak mempertimbangkan kemampuan finansial pasien. Komunikasi yang tidak cukup juga dapat berkontribusi pada ketidakpatuhan. Faktor yang berhubungan dengan sistem kesehatan diantaranya adalah sistem yang terbagi-bagi, biaya pengobatan yang mahal serta penggunaan teknologi informasi kesehatan yang tidak tersedia (Cardoso et al., 2020)

### 2.3 Ketidakpatuhan

Ketidakpatuhan (disengaja atau tidak disengaja) menyebabkan terlalu sering menggunakan atau kurang memakai resep dari obat. Hal ini dapat

disebabkan oleh keterlambatan dalam mengisi resep, tidak mengisi resep, tidak mengambil resep, melewati dosis obat, membelah pil, menghentikan pengobatan awal, dan tidak mengisi kembali resep (Alpern & Gorman, 1982)

Ada tiga jenis klasik ketidakpatuhan terhadap terapi: *underuse*, *overuse*, dan *improper use*. *Underuse* didefinisikan sebagai pengurangan penggunaan sehari-hari dibandingkan standar dosis obat yang diindikasikan untuk pengobatan atau pencegahan penyakit. *Improper use* dikonfirmasi dengan menentukan apakah obat ini tidak efektif, tidak ditunjukkan, atau jika ada duplikasi yang tidak perlu terapi. Meskipun ketiga faktor ini telah baik didefinisikan dalam literatur, ada bukti terbatas yang menghubungkan faktor spesifik untuk setiap bentuk ketidakpatuhan pada pasien dengan PPOK. Jenis yang paling umum dari ketidakpatuhan pada pasien dengan PPOK adalah *underuse*. Sebaliknya, penggunaan yang tidak benar adalah yang paling sering jenis ketidakpatuhan pada pasien yang lebih tua dari 65 tahun dengan polifarmasi (menggunakan 2 obat atau lebih) (Restrepo, *et al*, 2008).

Pada pasien dengan PPOK, *underuse* diikuti di frekuensi dengan menggunakan berlebihan dan tidak tepat pengiriman obat alat. *Underuse* bisa sporadis atau sistematis. Dari melupakan dosis sesekali lalu mengubah jadwal pemberian dosis, pasien dengan sedikit digunakan berada pada risiko yang lebih tinggi untuk kepatuhan terkait dengan morbiditas. Penelitian terbaru mengenai penggunaan ICS (*Inhaled Corticosteroid*) di pasien perawatan primer mengungkapkan bahwa hingga 30% dari pasien tidak memiliki indikasi yang jelas untuk obat ini. Meskipun penggunaan dan sedikit digunakan tidak tepat

sering hidup berdampingan pada pasien yang sama, penggunaan yang tidak benar mungkin tidak berkorelasi dengan sedikit digunakan (Agh & Meszaros, 2012).

### 3. Dukungan Keluarga

#### 3.1 Definisi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga menurut Friedman (2013) adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan. Orang yang berada dalam lingkungan sosial yang suportif umumnya memiliki kondisi yang lebih baik dibandingkan rekannya yang tanpa keuntungan ini, karena dukungan keluarga dianggap dapat mengurangi atau menyangga efek kesehatan mental individu.

Dukungan keluarga adalah bantuan yang dapat diberikan kepada anggota keluarga lain berupa barang, jasa, informasi dan nasihat yang mampu membuat penerima dukungan akan merasa disayang, dihargai, dan tenteram. Dukungan ini merupakan sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung akan selalu siap memberi pertolongan dan bantuan yang diperlukan. Dukungan keluarga yang diterima salah satu anggota keluarga dari anggota keluarga yang lainnya dalam rangka menjalankan fungsi-fungsi yang terdapat dalam sebuah keluarga. Bentuk dukungan keluarga terhadap anggota keluarga adalah secara

moral atau material. Adanya dukungan keluarga akan berdampak pada peningkatan rasa percaya diri pada penderita dalam menghadapi proses pengobatan penyakitnya (Misgiyanto & Susilawati, 2014).

### 3.2 Bentuk dan Fungsi Dukungan Keluarga

Friedman (2013) dalam (Putra, 2019) membagi bentuk dan fungsi dukungan keluarga menjadi 4 dimensi yaitu:

#### 1. Dukungan Emosional

Dukungan emosional adalah keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Dukungan emosional melibatkan ekspresi empati, perhatian, pemberian semangat, kehangatan pribadi, cinta, atau bantuan emosional (Friedman, 2013).

Dengan semua tingkah laku yang mendorong perasaan nyaman dan mengarahkan individu untuk percaya bahwa ia dipuji, dihormati, dan dicintai, dan bahwa orang lain bersedia untuk memberikan perhatian (Sarafino, & Smith 2011).

#### 2. Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental adalah keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya adalah dalam hal kebutuhan keuangan, makan, minum, dan istirahat (Friedman, 2013).

#### 3. Dukungan Informasional

Dukungan informasional adalah keluarga berfungsi sebagai pemberi informasi, dimana keluarga menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi (Friedman, 2013).

#### 4. Dukungan Penilaian atau Penghargaan

Dukungan penghargaan atau penilaian adalah keluarga bertindak membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan, dan perhatian (Friedman, 2013).

Sedangkan menurut Indriyani (2013) membagi dukungan keluarga menjadi 3 jenis, yaitu:

##### 1. Dukungan Fisiologis

Dukungan fisiologis merupakan dukungan yang dilakukan dalam bentuk pertolongan-pertolongan dalam aktivitas sehari-hari yang mendasar, seperti dalam hal mandi menyiapkan makanan dan memperhatikan gizi, toileting, menyediakan tempat tertentu atau ruang khusus, merawat seseorang bila sakit, membantu kegiatan fisik sesuai kemampuan, seperti senam, menciptakan lingkungan yang aman, dan lain-lain

##### 2. Dukungan Psikologis

Dukungan psikologis yakni ditunjukkan dengan memberikan perhatian dan kasih sayang pada anggota keluarga, memberikan rasa aman, membantu menyadari, dan memahami tentang identitas. Selain itu meminta pendapat atau melakukan diskusi, meluangkan waktu bercakap-cakap untuk menjaga komunikasi yang baik dengan intonasi atau nada bicara jelas, dan sebagainya.

### 3. Dukungan Sosial

Dukungan sosial diberikan dengan cara menyarankan individu untuk mengikuti kegiatan spiritual seperti pengajian, perkumpulan arisan, memberikan kesempatan untuk memilih fasilitas kesehatan sesuai dengan keinginan sendiri, tetap menjaga interaksi dengan orang lain, dan memperhatikan norma-norma yang berlaku.

#### a. Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2013) ada bukti kuat dari hasil penelitian yang menyatakan bahwa keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman-pengalaman perkembangan. Anak-anak yang berasal dari keluarga kecil menerima lebih banyak perhatian daripada anak-anak yang berasal dari keluarga yang lebih besar. Selain itu dukungan keluarga yang diberikan oleh orang tua (khususnya ibu) juga dipengaruhi oleh usia. Ibu yang masih muda cenderung untuk lebih tidak bisa merasakan atau mengenali kebutuhan anaknya dan juga lebih egosentris dibandingkan ibu-ibu yang lebih tua.

Friedman (2013) juga menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah kelas sosial ekonomi meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan dan tingkat pendidikan. Dalam keluarga kelas menengah, suatu hubungan yang lebih demokratis dan adil mungkin ada, sementara dalam keluarga kelas bawah, hubungan yang ada lebih otoritas dan otokrasi. Selain itu orang tua dan kelas sosial menengah mempunyai tingkat dukungan, afeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi daripada orang tua dengan kelas sosial bawah. Faktor lainnya adalah tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat Pendidikan kemungkinan semakin tinggi dukungan yang diberikan pada keluarga yang sakit.

### 3.3 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan

Menurut Mubarak (dalam Misgiyanto & Susilawati, 2014) terdapat hubungan yang kuat antara keluarga dan status kesehatan anggotanya dimana peran keluarga sangat penting bagi setiap aspek perawatan kesehatan anggota keluarga, mulai dari strategi-strategi hingga fase rehabilitasi. Pernyataan ini berarti bahwa dukungan keluarga yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita sakit merupakan salah satu peran dan fungsi keluarga yaitu memberikan fungsi afektif untuk pemenuhan kebutuhan psikososial anggota keluarganya dalam memberikan kasih sayang (Friedman, 2013).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Romadoni (2016) bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan Tingkat ansietas pasien pre operasi mayor disebabkan bahwa dukungan keluarga dari pihak keluarga sangat dibutuhkan terhadap penderita sakit, anggota keluarga sangat penting, sehingga

anggota keluarga tersebut merasa nyaman dan dicintai apabila dukungan keluarga tersebut tidak adekuat maka merasa diasingkan atau tidak dianggap oleh keluarga, sehingga seseorang akan mudah mengalami ansietas dalam menjalani operasi.

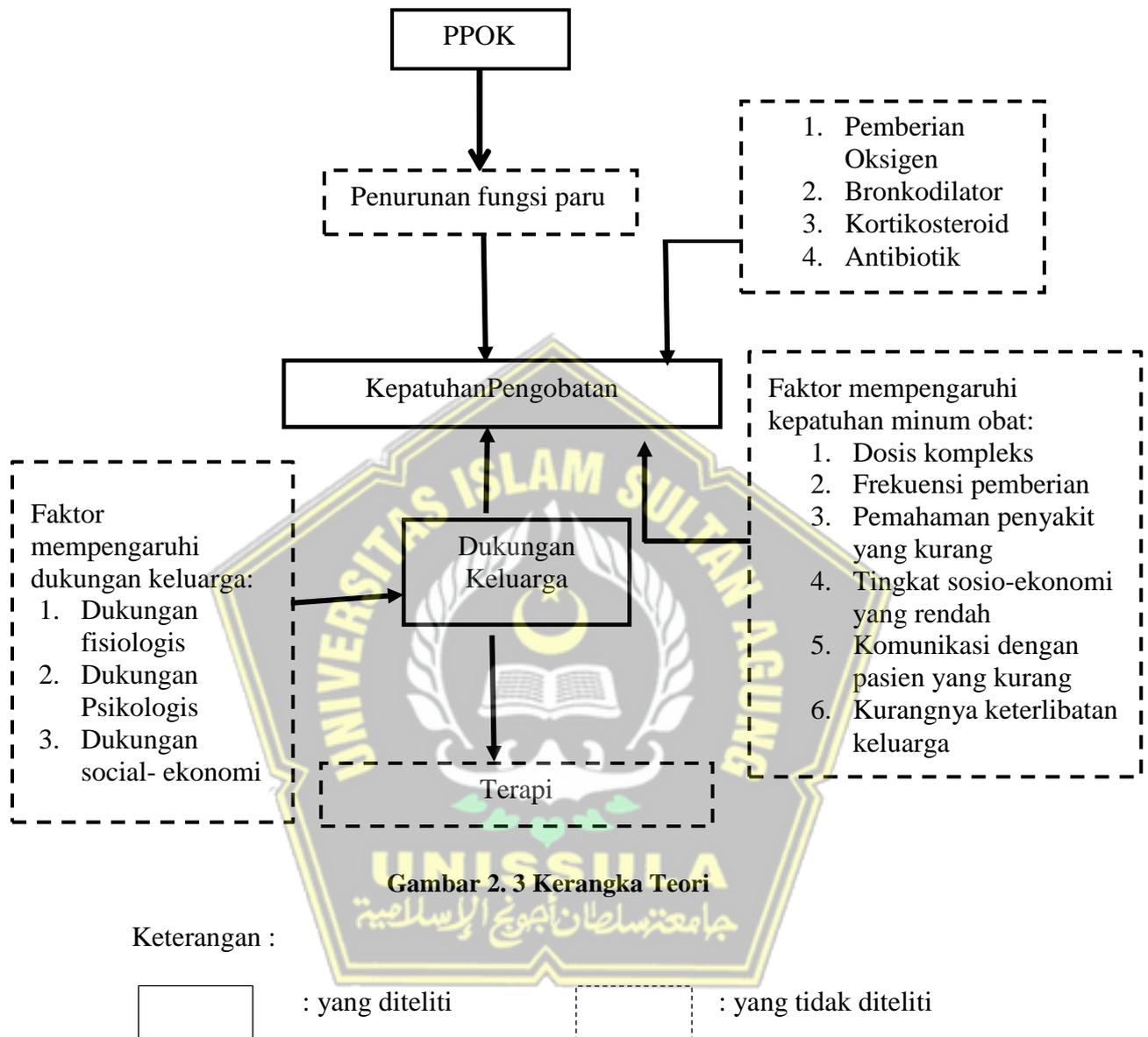
### 3.4 Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan

Menurut Andarmoyo (2012) tugas kesehatan keluarga adalah sebagai berikut: 1) Mengenal masalah kesehatan. 2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat. 3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit. 4) Mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat. 5) Mempertahankan hubungan dengan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat.

Menurut Donsu (2015) tugas keluarga adalah: 1) Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya. 2) Pemeliharaan sumber-sumber daya yang ada dalam keluarga. 3) Pembagian tugas masing-masing anggotanya sesuai dengan kedudukannya masing-masing. 4) Sosialisasi antar anggota keluarga. 5) Pengaturan jumlah anggota keluarga. 6) Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga. 7) Penempatan anggota-anggota keluarga dalam masyarakat yang lebih luas. 8) Membangkitkan dorongan dan semangat para anggota keluarga. f. Instrumen Dukungan Keluarga.

Untuk mengungkap variabel dukungan keluarga, dapat menggunakan skala dukungan keluarga yang diadaptasi dan dikembangkan dari teori Friedman yang telah dimodifikasi oleh Nurwulan (2017). Aspek-aspek yang digunakan untuk mengukur dukungan keluarga adalah dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan penilaian/penghargaan, dan dukungan informasional.

## B. Kerangka Teori



## C. Hipotesis

Hipotesis penelitian ini adalah :

Ha: Adanya hubungan antara dukungan keluarga terhadap tingkat kepatuhan pengobatan pasien ppok di Poli Paru RS Sari Asih Karawaci

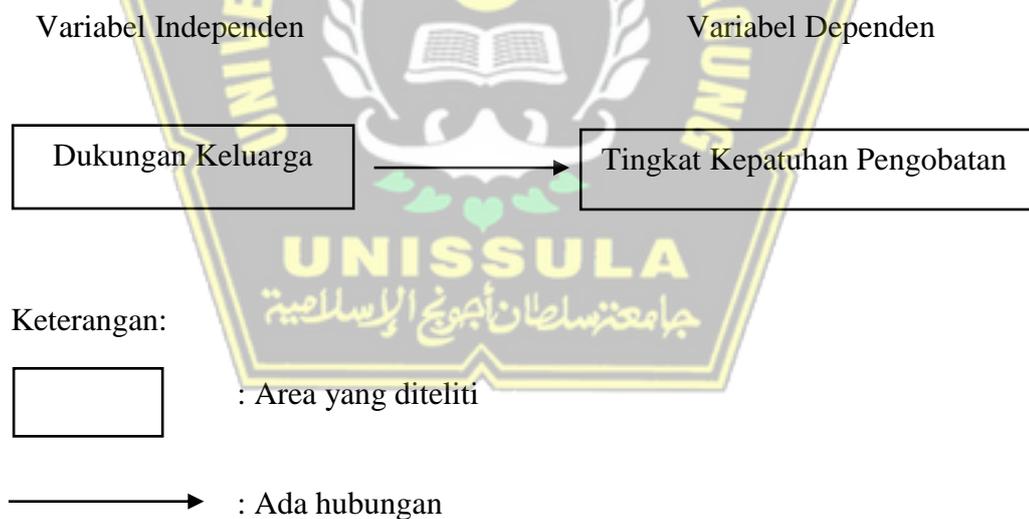
H0: Tidak adanya hubungan antara dukungan keluarga terhadap tingkat kepatuhan pengobatan pasien ppok di Poli Paru RS Sari Asih Karawaci

### BAB III

#### METODE PENELITIAN

##### A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan kerangka yang menghubungkan antara variable-variabel yang diteliti. Kerangka konsep merupakan sikap atau persepsi peneliti sendiri mengenai aspek yang akan diteliti. Hendaknya persepsi diverifikasi menggunakan teori atau konsep yang relevan, kerangka konsep berperan sebagai alur logis secara garis besar berjalannya penelitian (wahyudin, 2022). Kerangka konseptual adalah bagian penting pada suatu penelitian memiliki kedudukan dan peran strategis dalam penelitian (Guntur, 2019).



**Gambar 2. 4 Kerangka Konsep**

## B. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah nilai/sifat dari objek yang mempunyai banyak variasi tertentu antara satu dan lainnya yang telah ditentukan peneliti untuk dipelajari dan dicari informasinya serta ditarik kesimpulannya (Ridha, 2017).

### 1. Variabel Independen (bebas)

Variabel independen sering disebut sebagai variabel *stimulus*, *prediktor*, *antecedent*. Variabel independen adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (Sugiyono, 2007). Variabel independen merupakan variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (Notoatmodjo, 2005). Variabel independen dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga.

### 2. Variabel Dependent (terikat)

Variabel dependen sering disebut sebagai variabel *output*, kriteria, konsekuensi. Variabel dependen merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel independen (Sugiyono, 2007). Variabel dependen merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel independen (Sugiyono, 2007). Variabel dependent dalam penelitian ini adalah tingkat kepatuhan pengobatan.

## C. Desain Penelitian

Rancangan atau desain penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang dapat mempengaruhi akurasi suatu hasil. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian korelasional (hubungan/asosiasi) dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Dimana waktu pengukuran/observasi data

variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat (Nursalam, 2016). Dalam penelitian ini diketahui hubungan antara dukungan keluarga dan tingkat kepatuhan pengobatan pada pasien PPOK.

## **D. Populasi dan Sampel Penelitian**

### **1. Populasi**

Populasi dalam penelitian adalah subjek (misalnya manusia; klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2016). Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2007). Menurut Chandra (2008) populasi disebut juga *universe* adalah sekelompok individu yang tinggal di wilayah yang sama, atau sekelompok individu atau objek yang memiliki karakteristik yang sama, misalnya usia, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial, golongan darah yang sama.

Populasi target dalam penelitian ini adalah pasien PPOK yang tercatat datang ke poli paru RS Sari asih Karawaci, dari bulan Juni 2024 sampai bulan Juli 2024 sebanyak 120 pasien.

### **2. Sampel**

Sampel terdiri atas bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2020). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *total sampling*. *Total sampling* adalah teknik pengambilan sampel dimana besar sampel sama dengan populasi (Sugiyono, 2017). Alasan mengambil total sampling karena menurut Sugiyono

(2020) metode pengambilan sampel yang menggunakan seluruh anggota populasi dijadikan sebagai sampel. Pada bulan Juni 2024 sebanyak 74 pasien PPOK, Juli 2024 sebanyak 46 pasien PPOK. Jadi, jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 120 responden yang sesuai dengan kriteria inklusi maupun kriteria eksklusi yang sudah ditentukan oleh peneliti.

Adapun kriteria yang peneliti terapkan dalam penelitian sebagai berikut

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik yang harus ada di setiap sampel yang diambil dari anggota populasi oleh peneliti (Notoatmodjo, 2018a)

Kriteria inklusi pada penelitian ini yaitu :

1. Pasien PPOK yang tinggal Bersama keluarga yang bersedia menjadi responden dalam penelitian dan menandatangani *informed consent*
2. Pasien PPOK yang berusia minimal 40 tahun pada saat penelitian dan memiliki kemampuan baca dan tulis.
3. Pasien PPOK yang tercatat kunjungan di poli paru RS Sari Asih Karawaci pada bulan Juni 2024 sampai bulan Juli 2024.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria yang tidak bisa diambil sebagai sampel dalam populasi penelitian (Notoatmodjo, 2015).

- 1) Pasien dan keluarga yang tidak kooperatif.
- 2) Pasien yang tidak bersedia menjadi responden.
- 3) Pasien yang tidak mau melanjutkan penelitian.

### **E. Waktu dan tempat penelitian**

#### 1. Tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di rawat jalan (poli Paru) RS sari Asih Karawaci.

#### 2. Waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni 2024 sampai bulan Juli 2024. Mulai dari pengambilan data sampai menyusun hasil sesuai jadwal yang dilampirkan.

### **F. Definisi operasional**

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena. Definisi operasional ditentukan berdasarkan parameter yang dijadikan ukuran dalam penelitian. Sedangkan cara pengukuran merupakan cara dimana variabel dapat diukur dan ditentukan karakteristiknya (Hidayat, 2012).



Tabel 3. 1 Definisi Operasional

Parameter						
No	Variabel penelitian	Definisi operasional		Alat ukur	Hasil ukur	Skala
1.	Dukungan keluarga	Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional,	Dukungan keluarga dengan pertanyaan : 20 pertanyaan 1.Dukungan Informasional 2.Dukungan Instrumental 3.Dukungan Penilaian 4.Dukungan Emosional	<i>perceived support form family (PSS-Fa)</i> ( Procidano & Heller, 1983).	Kuesioner dukungan keluarga ada 20 item Ya = 3 Tidak = 2 Tidak tahu=1 Skor maksimal 32 Skor minimal 16 3= dukungan keluarga baik (32) 2= dukungan keluarga sedang (31-17) 1= dukungan keluarga buruk (16)	Ordinal
2.	Tingkat kepatuhan pengobatan	Kepatuhan dalam dunia kesehatan didefinisikan sebagai suatu tingkatan perilaku seseorang yang mendapatkan pengobatan, mengikuti diet, dan atau melaksanakan gaya hidup sesuai dengan yang direkomendasikan oleh tenaga kesehatan	Dilakukan tes kepatuhan pasien PPOK tentang : kepatuhan minum obat terdapat 8 pertanyaan	MMAS-8 ( <i>Morisky 8-Item Medication Adherence Questionnaire</i> )	Kepatuhan tinggi : 7-8 Kepatuhan sedang : 5-6 Kepatuhan rendah : <5	Ordinal

## G. Instrumen alat pengumpul data

### 1. Instrument penelitian

Menurut Matondang (2019), instrumen penelitian adalah suatu alat yang memenuhi persyaratan akademis sehingga dapat dipergunakan sebagai alat untuk mengukur suatu obyek atau mengumpulkan data mengenai suatu variabel. Dalam penelitian pendidikan digunakan instrumen tes (tes kemampuan kognitif,

tes kemampuan proses, dan lainnya) dan non-tes (pedoman wawancara, angket atau kuesioner, lembar observasi dan lainnya) (Anam, 2017).

a. Data Demografi

Kuesioner ini terkait dengan identitas responden berupa data demografi responden yang terdiri dari nomor responden, tanggal diisi, nama responden, jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, dan data riwayat merokok. Diajukan dengan cara tertulis kepada sejumlah subjek untuk memperoleh tanggapan, informasi, jawaban, dan sebagainya (Yusup, 2018).

b. Kuesioner Kepatuhan Pengobatan

Skala Kepatuhan Pengobatan Morisky adalah alat penilaian tervalidasi yang digunakan untuk mengukur ketidakpatuhan pada berbagai populasi pasien. Hal ini telah diverifikasi dan dibuktikan oleh banyak penelitian dalam skala global dengan lebih dari 110 versi dan lebih dari 80 terjemahan. Alat ini menggunakan serangkaian pertanyaan perilaku singkat yang dirancang sedemikian rupa untuk menghindari bias “mengatakan ya” yang biasa terlihat pada perawatan kronis pasien. Lebih khusus lagi, susunan kata dalam pertanyaan disusun ulang untuk mencegah jawaban yang cenderung mengikuti pola perilaku tertentu. Hal ini memungkinkan pasien untuk menanggapi pertanyaan tentang ketidakpatuhan dengan semangat keterbukaan penuh bagi dokter. Kuesioner yang berisi 8 pertanyaan yang digunakan untuk mengukur kepatuhan pengobatan.

Kuesioner kepatuhan minum obat Morisky (MMAS-8). Kuesioner ini menggunakan skala Guttman. Dengan pernyataan positif dan pernyataan

negatif. Kuisisioner kepatuhan minum obat memiliki skor dari 0 sampai dengan 1. Jika responden menjawab pertanyaan negatif (-) dari nomor 1,2,3,4,6,7 diberi nilai 1 bila jawaban “tidak” dan 0 bila jawaban “ya” sedangkan pertanyaan positif (+) nomor 5 diberi nilai 1 bila jawaban “ya” dan 0 bila jawaban “tidak” serta pertanyaan nomor 8 nilai 1 bila jawaban tidak pernah lupa dan nilai 0 apabila jawaban “beberapa kali”, “kadang-kala”, “sering”, “selalu”. Semakin tinggi skor yang diperoleh maka semakin tinggi kepatuhan minum obatnya. Begitupun sebaliknya, semakin rendah skor yang diperoleh semakin rendah kepatuhan minum obatnya. Hasil ukur yang diperoleh dari alat ukur kuesioner tersebut adalah sebagai berikut :

- 1) Kepatuhan tinggi : 7-8
- 2) Kepatuhan sedang : 5-6
- 3) Kepatuhan rendah : <5

dengan menggunakan kuesioner *MMAS-8 (Medication Morisky Adherence Scale)* yang telah diterjemahkan kedalam bahasa Indonesia (Morisky et al, 1988).

#### c. Dukungan keluarga

Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan instrumen berupa kuesioner tentang dukungan keluarga yaitu menggunakan kuesioner *perceived support form family (PSS-Fa)*( Procidano & Heller, 1983). Kuesioner ini terdiri dari 20 pernyataan tentang dukungan keluarga yang telah dilakukan *Back Translate* Bahasa Indonesia. kuesioner tersebut

menggunakan pernyataan tertutup dengan menggunakan skala Likert. Nilai dari masing-masing jawaban pada variable dukungan keluarga di bagi menjadi skore “ya””tidak””tidak tahu”. masing-masing indicator terdapat *favorable* dan *unfavorable item* memiliki nilai berbeda yang disajikan dalam table di bawah ini.

Jawaban	Skor Favorable	Skor Unfavorable
Ya	3	1
Tidak	2	2
Tidak tahu	1	3

**Tabel 3. 2 skor respon jawaban kuesioner dukungan keluarga yang favorable dan unfavorable**

Table 5. Menjelaskan bahwa untuk indikator *favorable* respon jawaban “ya” diberi skor 3 karena menunjukkan bahwa ada dukungan dari keluarga, jawaban “tidak” diberi skor 2, dan jawaban “tidak tahu” diberi skor 1. sedangkan untuk indicator *unfavorable* , jawaban “tidak” di beri skor 3 karena munjukkan ada dukungan, jawaban “ya” di beri skor 2, dan jawaban “ tidak tahu” di beri skor 1. masing-masing indikator memiliki pernyataan *favorable* dan *unfavorable* (Priastana et al, 2018).

Indicator	Definisi	Nomor item		Jumlah
		Favorable	Unfavorable	
Informasional	Keluarga sebagai sumber informasi	6,10,15	4	4
Penilaian	Keluarga memberikan dukungan dalam pemecahan masalah	2,7,9,13,18	16	6
Instrumental	Keluarga memberi dukungan yang konkrit atau secara nyata	1,11,14,17		4

Emosional	Keluarga memberikan dukungan emosional	5,8,12	3,19,20	6
Jumlah		15	5	20

**Tabel 3. 3 Blue Print Kuesioner Dukungan Keluarga ( perceived support form family)**

Menurut priastana et. al (2018) menyatakan bahwa terdapat kriteria skor untuk mengetahui adanya dukungan keluarga. interpretasi hasil total skor yang diperoleh diklarifikasi menjadi tiga yaitu, kurang, cukup dan baik. Skor maksimal 32, Skor minimal 16, 3= dukungan keluarga baik (32), 2= dukungan keluarga sedang (31-16), 1= dukungan keluarga buruk (16). Kemudian dikategorikan menjadi 2 kategori: 2=dukungan keluarga baik=32, 1= dukungan keluarga kurang =<32.

## 2. Uji instrumen penelitian

### 2.1 Uji Validitas

Uji validitas digunakan untuk menguji instrumen yang digunakan valid atau tidak. Instrumen yang valid berarti instrumen tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa saja yang seharusnya diukur. Hasil instrumen dapat dikatakan valid apabila terdapat kesamaan antara data yang terkumpul dengan data yang sesungguhnya terjadi pada objek yang diteliti (Sugiyono, 2010).

Untuk melakukan uji validitas ini menggunakan program SPSS. Teknik pengujian yang digunakan peneliti untuk uji validitas adalah menggunakan korelasi *Bivariate Pearson* (Produk Momen Pearson).

Analisis ini dengan cara mengkorelasikan masing-masing skor item dengan skor total. Skor total adalah penjumlahan dari keseluruhan item. Item-item pertanyaan yang berkorelasi signifikan dengan skor total menunjukkan item-item tersebut mampu memberikan dukungan dalam mengungkap apa yang ingin diungkap “ Valid”, jika  $r$  hitung  $\geq r$  tabel (uji 2, sisi dengan sig. 0,05) maka instrumen atau item-item pertanyaan berkorelasi signifikan terhadap skor total (dinyatakan valid). Hal ini sesuai dengan uji kuisisioner dilakukan pada 30 responden dengan hasil analisis pada  $n= 30$  ( $r$  tabel=0,361;  $\alpha=0,05$ ), didapatkan hasil uji validitas dukungan keluarga berkisar antara 0,362-0,717(Surdana, 2011).

Pertanyaan Kuesioner Dukungan Keluarga	r hitung	r tabel	Keterangan
Pertanyaan 1	0,626	0,2324	valid
Pertanyaan 2	0,747	0,2324	valid
Pertanyaan 3	0,249	0,2324	valid
Pertanyaan 4	0,444	0,2324	valid
Pertanyaan 5	0,790	0,2324	valid
Pertanyaan 6	0,775	0,2324	valid
Pertanyaan 7	0,554	0,2324	valid
Pertanyaan 8	0,683	0,2324	valid
Pertanyaan 9	0,808	0,2324	valid
Pertanyaan 10	0,664	0,2324	valid
Pertanyaan 11	0,784	0,2324	valid
Pertanyaan 12	0,627	0,2324	valid

Pertanyaan 13	0,714	0,2324	valid
Pertanyaan 14	0,752	0,2324	valid
Pertanyaan 15	0,579	0,2324	valid
Pertanyaan 16	0,377	0,2324	valid
Pertanyaan 17	0,596	0,2324	valid
Pertanyaan 18	0,656	0,2324	valid
Pertanyaan 19	0,322	0,2324	valid
Pertanyaan 20	0,277	0,2324	valid

**Tabel 3. 4 Uji Validitas Kuesioner Dukungan Keluarga, *perceived support form family* (pss-fa)**

Tabel 3.4 Menyebutkan bahwa hasil validitas dari pertanyaan dalam kuesioner dukungan keluarga *perceived support form family* (pss-fa) diatas adalah “Valid”. Dilihat dari  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel.”.

Pertanyaan Kuesioner	$r$ hitung	$r$ tabel	Keterangan
Kepatuhan Pengobatan			
Pertanyaan 1	0,742	0,2324	valid
Pertanyaan 2	0,741	0,2324	valid
Pertanyaan 3	0,670	0,2324	valid
Pertanyaan 4	0,773	0,2324	valid
Pertanyaan 5	0,239	0,2324	valid
Pertanyaan 6	0,702	0,2324	valid
Pertanyaan 7	0,632	0,2324	valid
Pertanyaan 8	0,673	0,2324	valid

**Tabel 3. 5 Uji Validitas Kuesioner Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8)**

Tabel 8. Menyebutkan bahwa hasil validitas dari pertanyaan dalam Kuesioner Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) diatas adalah “Valid”. Dilihat dari  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel.

Kuesioner dukungan keluarga *perceived support form family* (pss-fa) sudah dilakukan uji validitas oleh Sulistiowati et al., 2017. Berdasarkan hasil uji validitas tersebut dilakukan terhadap 20 item pernyataan. Pernyataan tersebut memiliki Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan efikasi diri pada pasien PPOK (p value: 0,032,  $\alpha$ : 0,05 dengan OR : 4,21, CI 95% : (1.19 – 14,89).

Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa penderita PPOK yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik memiliki peluang untuk mendapatkan efikasi diri yang tinggi sebesar 4,21 kali dibandingkan dengan yang memiliki dukungan keluarga kurang. Hasil tersebut menyatakan bahwa 20 item pernyataan tersebut adalah memiliki makna atau valid.

## 2.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah untuk mengetahui sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten, apabila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan menggunakan alat pengukur yang sama pula. Jenis pengujian reliabilitas instrument yang digunakan adalah dengan *Alpha Cronbach*, yaitu menganalisis reliabilitas alat ukur dari satu kali pengukuran, hasil uji reliabilitas dikatakan reliable jika nilai *Alpha Cronbach*  $>$  0,6 (Siregar,2013).

Menurut Hilton dan Brownlow, 2004 dalam Anwar et al., 2016),

Hasilnya dapat disimpulkan jika:

1. nilai alpha  $> 0,09$  maka reliabilitas sempurna
2. nilai alpha antara  $0,07 - 0,09$  maka reliabilitas tinggi
3. nilai alpha antara  $0,05 - 0,07$  maka reliabilitas moderat
4. nilai alpha  $< 0,05$  maka reliabilitas rendah

Berikut table perhitungan menggunakan SPSS

Jumlah Item Kuesioner	Cronbach Alpha	(Siregar 2013)	Hilton dan Brownlow (2004)	Keterangan
28	0,905	$>0,6$	$>0,09$	Reliable

**Tabel 3. 6 Uji Reliable Cronbach Alpha**

Tabel 3.6 Menunjukkan bahwa nilai cronbach's alpha pada seluruh item kuesioner adalah 0,905. Nilai cronbach's alpha tersebut menunjukkan bahwa seluruh kuesioner yang digunakan peneliti yaitu Kuesioner dukungan keluarga *perceived support form family* (pss-fa) dan kuesioner Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) di nyatakan reliabel, sehingga kuesioner tersebut dapat memberikan hasil yang hampir sama jika dilakukan pengambilan data berulang.

Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Priastana et al., 2018 dan didapatkan hasil *Cronbach Alpha* 0,752 atau lebih besar dari 0,6 yang terdiri 20 item pernyataan tersebut adalah menunjukkan bahwa hasil reliabilitas tinggi. Dan pada hasil uji reabilitas kuesioner dukungan keluarga dapat disimpulkan bahwa r hasil  $> r$  tabel (0,5760) semua pertanyaan dinyatakan valid, sedangkan *Cronbach's*

*Alpha* menunjukkan nilai sebesar 0,737 berarti pertanyaan pada kuesioner dinyatakan reliabilitas tinggi.(Putri, 2016)

## H. Metode Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang dilakukan dalam suatu penelitian. Langkah-langkah dalam pengumpulan data tergantung pada rancangan penelitian dan teknik instrumen yang digunakan (Nursalam, 2018).

Langkah-langkah pengumpulan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Prosedur teknis
  - a. Peneliti meminta surat izin studi pendahuluan kepada pihak FIK Unissula Semarang untuk diberikan kepada direktur RS Sari Asih Karawaci.
  - b. Peneliti mendapat balasan surat dari direktur RS Sari Asih Karawaci dan diberikan kepada Kepala ruang Poliklinik RS Sari Asih Karawaci.
  - c. Peneliti mendapatkan persetujuan dari Kepala ruang Poliklinik RS Sari Asih Karawaci dan diberikan kepada Kepala Unit Rekam Medis RS Sari Asih Karawaci.
  - d. Peneliti telah melakukan ujian proposal dan uji etik proposal skripsi dengan pihak FIK Unissula Semarang.
  - e. Peneliti meminta surat izin penelitian kepada pihak FIK Unissula Semarang untuk diberikan kepada direktur RS Sari Asih Karawaci.
  - f. Peneliti mendapat surat balasan dari direktur RS Sari Asih Karawaci dan diberikan kepada Kepala ruang Poliklinik RS Sari Asih Karawaci.

- g. Peneliti mendapat persetujuan dan melakukan penelitian di Poliklinik Paru RS Sari Asih Karawaci
- h. Peneliti memberikan penjelasan terkait tujuan, manfaat, dan prosedur pengisian kuesioner kepada responden.
- i. Peneliti mengirimkan link kepada petugas polkinik paru RS Sari Asih Karawaci dan petugas mengirimkan kuesioner kepada responden yang berisi *informed consent* dan kuesioner dalam bentuk *Google Form*.
- j. Peneliti menunggu pengisian kuesioner yang dilakukan oleh responden.
- k. Pengisian kuesioner selesai, peneliti mengecek kelengkapan dan kesesuaian data yang telah responden submit.
- l. Peneliti melakukan analisa data dan menginterpretasikan data kuesioner dari hasil penelitian yang telah terkumpul.

## I. Analisa Data

Data hasil penelitian dianalisis secara deskriptif kualitatif dengan mendeskripsikan atau menggambarkan semua data yang telah dikumpulkan. Tahap-tahap melakukan analisa data yaitu dengan cara reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan. Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni dan Juli 2024 dan telah lulus kaji etik.

### 1. Pengolahan Data

Langkah-langkah proses pengolahan data sebagai berikut menurut (Notoatmodjo, 2018b)

#### a. *Editing*

*Editing* yaitu aktivitas untuk pemeriksaan serta membenaran isian formulir atau kuesioner tersebut. Apabila ternyata masih ada data atau

informasi yang tidak lengkap dan tidak memungkinkan dilakukan wawancara ulang maka kuesioner tersebut dikeluarkan.

b. *Coding*

Data yang sebelumnya sudah dirubah dalam bentuk huruf menjadi data dan angka. Hal ini terutama dilakukan untuk data yang sifatnya kategori atau data numerik. Data yang belum dikumpulkan disebut precoding sedangkan data yang sudah dikumpulkan disebut postcoding.

c. *Data Entry*

Mengolah data agar siap dianalisis, selain manual entry data pemasukan data dapat dilakukan dengan program aplikasi software statistical computerization for windows.

d. *Cleaning* atau pembersihan

Data dicek kembali yang telah dientry jika sesuai sudah sesuai dengan jawaban pada kuesioner. Cleaning dilakukan jika missing data, variasi data, dan konsistensi data.

2. Analisis Data

a. Analisis Unvariat

Analisis unvariat digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variable penelitian. Bentuk analisis unvariat tergantung dari jenis datanya. Untuk data numerik digunakan nilai mean atau rata-rata, median, dan standar deviasi (Notoatmodjo, 2014). Karakteristik yang diteliti dalam penelitian ini antara lain usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, lama menderita dan Riwayat merokok. Untuk skala kategorik analisis yang

digunakan adalah uji distribusi frekuensi, sedangkan untuk skala numerik analisis yang digunakan adalah uji tendensi sentral.

b. Analisis Bivariat

Apabila telah dilakukan analisis univariat tersebut, hasilnya akan diketahui atau distribusi setiap variable, dan dapat dilanjutkan ke analisis bivariat. Analisis bivariat yang dilakukan terhadap dua variable yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2014). Untuk menganalisis hubungan dukungan keluarga terhadap kepatuhan

Pengobatan pada pasien PPOK dalam penelitian ini yaitu uji somer's D karena uji ini digunakan untuk menganalisis hubungan antara 2 variabel penelitian dengan skala non-parametrik. Uji korelasi somer's D memiliki skala data ordinal, ratio atau interval tetapi tidak berdistribusi normal (Dahlan, 2014).

**Tabel 3. 7 Panduan Interpretasi**

No .	Parameter	Nilai	Interpretasi
1.	Kekuatan Korelasi (r)	0,00 – 0,199	Sangat Lemah
		0,20 – 0,399	Lemah Sedang
		0,40 – 0,599	Kuat
		0,60 – 0,799	Sangat Kuat
		0,80 – 1,000	
2.	Nilai (p)	$p < 0,005$	Ada korelasi antar variabel
		$p > 0,005$	Tidak ada korelasi antar variabel
3.	Arah korelasi	+ (positif)	Searah, semakin besar nilai arah variabel semakin besar pula nilai variabel lainnya
		- (negatif)	Berlawanan arah, semakin besar nilai suatu arah variabel semakin kecil nilai variabel lainnya

Sumber: Dahlan 2014

## J. Etika Penelitian

Masalah etika dalam penelitian yang menggunakan subjek manusia menjadi isu sentral yang berkembang saat ini. Pada penelitian ilmu keperawatan, karena hampir 90% subjek yang digunakan dipergunakan adalah manusia, maka peneliti harus memahami prinsip-prinsip etika penelitian. Jika hal ini tidak dilaksanakan, maka peneliti akan melanggar hak-hak (otonomi) manusia yang kebetulan sebagai klien (Nursalam, 2016).

Ada beberapa aspek yang diperhatikan dalam etika penelitian yaitu:

a. *Informed consent*

Penelitian dapat dilakukan setelah mendapatkan persetujuan dari responden sebelum memberikan kuesioner kepada responden. Tujuan dari persetujuan ini untuk memberi informasi kepada responden terkait tujuan penelitian tersebut.

b. *Anonimity* ( tanpa nama)

Peneliti memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode atau inisial nama pada lembar yang digunakan untuk mengumpulkan data.

c. *Confidentiality* (rahasia)

Peneliti menjamin kerahasiaan responden mulai dari nama sampai masalah yang sifatnya pribadi.

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil Penelitian

##### 1. Deskripsi Wilayah Penelitian

Penelitian ini dilakukan di poliklinik RS Sari Asih Karawaci kota Tangerang. RS Sari Asih merupakan lembaga yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan masyarakat. Berdiri sejak 38 tahun silam. Rumah sakit dengan nama PT Sari Asih Group ini didirikan pada 1981. Awalnya, dirintis dari praktik bidan rumahan pada tahun 1977 di Karawaci Tangerang, tepatnya di Jalan Imam Bonjol No. 38 KotaTangerang. Pendiri Rumah Sakit Sari Asih adalah seorang bidan bernama Ibu Hj. Siti Rochayah, kelahiran Kebumen 17 Agustus 1952 beserta sang suami yaitu, Bapak H. Marsudi Haryo Putro. Berasal dari Rumah Bersalin dengan luas 5x6 meter persegi, nama Sari Asih tersebut berasal dari bahasa jawa, Sari yang berarti “inti” dan Asih yang berarti “cinta”. Oleh karena itu, nama Sari Asih bermakna perwujudan suatu bentuk kasih sayang dengan penuh ketulusan, dengan motto Melayani dengan kasih sayang.

Rumah Sakit Sari Asih Karawaci merupakan cabang pertama dari PT Sari Asih Group yang berpusat di Tangerang. Kini, Rumah Sakit Sari Asih telah berkembang menjadi delapan rumah sakit. Tahun 2023 Rumah Sakit Sari Asih Karawaci telah melayani 40.000 pasien rawat inap dan 420.000 kunjungan rawat jalan. dengan kasus pasien PPOK di rawat jalan sebanyak 2.205 pasien (medical record RSSAK, 2023)

## 2. Karakteristik Responden

Dari hasil pengumpulan data dengan kuisisioner terstruktur yang disebar menggunakan google form didapatkan responden sebanyak 120 orang. Data yang diperoleh ini telah diverifikasi sebelumnya untuk membuang data yang tidak valid yang akan mempengaruhi hasil dari analisis data penelitian. Profil responden dalam penelitian ini diamati untuk memberi gambaran seperti apa sampel penelitian ini. Responden dalam penelitian ini adalah pasien dengan penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) yang menjalani pengobatan di Poliklinik RS Sari Asih Karawaci. Karakteristik subjek penelitian terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, lama menderita PPOK, satatus perokok, penghasilan, pekerjaan dan tinggal satu rumah bersama siapa, dapat dilihat pada tabel 11 :

**Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, lama menderita PPOK, satatus perokok, penghasilan, pekerjaan dan tinggal satu rumah bersama siapa, pada Pasien PPOK di poliklinik RS Sari**

Karakteristik Responden	Frekuensi	Presentase (%)
a. Usia Responden		
1. 45-55 tahun	28	23.3%
2. 56-65 tahun	50	41.7%
3. 66-75 tahun	38	31.7%
4. >75 tahun	4	3.3%
b. Jenis Kelamin		
1. Laki-laki	94	78.3%
2. Perempuan	26	21.7%
c. Pendidikan Terakhir		
1. Tidak sekolah	2	1.7%
2. Tidak tamat SD	1	0.8%
3. Tamat SD	17	14.2%
4. Tamat SMP/MTs	20	16.7%
5. Tamat SMA/MA	45	37.5%
6. Tamat kuliah	35	29.2%

d. Lama menderita		
1. <1 tahun	19	15.8%
2. 2-5 tahun	77	64.2%
3. 6-10 tahun	22	18.3%
4. >10 tahun	2	1.7%
e. Riwayat Perokok		
1. Perokok	21	17.5%
2. Mantan perokok	74	61.7%
3. Tidak merokok	25	20.8%
f. Pekerjaan		
1. tidak bekerja	38	31.7%
2. wiraswasta	60	50%
3. PNS/TNI/POLRI	1	0.8%
4. lain-lain	21	17.5%
g. Penghasilan		
1. <1 juta	37	30.8%
2. 1 juta- 5 juta	59	49.2%
3. >5 juta	14	11.7%
4. lain-lain	10	8.3%
h. Serumah dengan		
1. suami/ istri	85	70.8%
2. anak kandung	35	29.2%
3. lain-lain	0	0%
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Sumber : (Data primer, 2016)

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa karakteristik data demografi responden pasien PPOK di Poliklinik RS Sari Asih karawaci sebagian besar adalah responden yang berada dalam usia (66-75 tahun) sebanyak 50 responden (41.7%), sebagian besar jenis kelamin responden adalah laki-laki sebanyak 94 orang (78.3%), sebagian besar responden adalah tamat SMA/MA sebanyak 45 orang (37.5%), sebagian besar responden menderita PPOK selama 2 tahun sampai 5 tahun sebanyak 77 orang (64.2%), sebagian besar penderita PPOK adalah mantan perokok sebanyak 74 orang (61.7%), sebagian besar pekerjaan adalah wiraswasta sebanyak 60 orang (50 %), dengan sebagian besar

perpenghasilan 1 juta sampai 5 juta sebanyak 59 orang (49.2%), dan sebagian besar responden serumah dengan suami/istri sebanyak 85 orang(70.8 %)

### 3. Analisa Univariat

#### a. Kepatuhan minum Obat

**Tabel 4. 2 Distribusi dan Frekuensi Kepatuhan Pengobatan pada pasien PPOK di Poliklinik RS Sari Asih**

<b>Kepatuhan Pengobatan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Presentase (%)</b>
Kepatuhan tinggi	72	60 %
Kepatuhan Sedang	23	19,1 %
Kepatuhan rendah	25	20,8 %

Berdasarkan tabel 4.2 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden patuh minum obat yaitu 72 responden (60%), dengan Kepatuhan sedang sebanyak 23 responden (19,1 %) dan kepatuhan rendah sebanyak 25 responden ( 20,8%).

#### b. Dukungan Keluarga

**Tabel 4. 3 Distribusi dan Frekuensi Dukungan Keluarga pada pasien PPOK di Poliklinik RS sari Asih Karawaci**

	<b>Frekuensi</b>	<b>Presentase (%)</b>
Dukungan Keluarga Baik	116	96,6%
Dukungan Keluarga Sedang	4	3,2%
Dukungan Keluarga Buruk	0	0%

Berdasarkan tabel 4.3 dapat diketahui bahwa dukungan keluarga baik terhadap pasien PPOK sebanyak 116 responden (96,6%), dukungan keluarga sedang sebanyak 4 responden (3,22%) dan tidak terdapat dukungan keluarga buruk (0%). berarti menyatakan mayoritas responden PPOK yang kontrol ke poli paru RS Sari Asih Karawaci mendapatkan dukungan keluarga yang baik.

#### 4. Analisis bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Uji statistik yang digunakan adalah dengan uji Somer's d Gamma. Pada analisis jika didapatkan P value  $< 0,05$  maka variabel tersebut dinyatakan ada hubungan yang bermakna secara statistik, sedangkan bila P value  $> 0,05$  maka variabel tersebut dinyatakan tidak ada hubungan (Hastono, 2001). Variabel independen yaitu dukungan keluarga dan 4 aspek dukungan keluarga yaitu : dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi dan dukungan instrumental. Sedangkan variabel dependen yaitu kepatuhan minum obat.

Dalam penelitian ini, peneliti akan menghubungkan antara variabel bebas dan variabel terikat tanpa memperhitungkan adanya pengaruh dari variabel lain. Jika dinyatakan ada hubungan maka penentuan arah dan besarnya hubungan variabel bebas dalam memperkirakan terjadinya variabel terikat diperhitungkan dengan tingkat kemaknaan (signifikan) dilakukan perhitungan Pvalue pada  $\alpha = 5\%$ .

**Tabel 4. 4 Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Pengobatan pada pasien PPOK di Poliklinik Rs Sari Asih Karawaci**

		Kepatuhan Pwngobatan			Total	p	r	
		Rendah	Sedang	Tinggi				
Dukungan Keluarga	Baik	22	23	71	116	0,000	0,454	
	Sedang	3	0	1				4
	Buruk	0	0	0				0

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui bahwa 71 responden mendapatkan dukungan keluarga yang baik dengan kepatuhan pengobatan tinggi, 23 responden mendapatkan dukungan keluarga baik dengan kepatuhan pengobatan sedang dan 22 responden mendapatkan dukungan keluarga baik dengan kepatuhan pengobatan rendah, terdapat 3 responden yang mendapatkan dukungan keluarga sedang dengan kepatuhan pengobatan yang rendah, terdapat 1 responden yang mendapatkan dukungan keluarga sedang dengan kepatuhan pengobatan tinggi, dan tidak ada dukungan keluarga yang buruk sehingga tidak ada kepatuhan pengobatan. Berdasarkan hasil analisa data menggunakan uji somer,s d gamma dengan taraf signifikansi  $\alpha=5\%$  didapatkan  $p$  value = 0,000 dengan koefisien korelasi 0,454 (positif), hal ini berarti  $H_0$  di tolak sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga terhadap tingkat kepatuhan pengobatan pada pasien PPOK, dimana hubungan bersifat moderate(sedang) dan berarah positif, sehingga bahwa semakin baik dukungan keluarga, maka semakin tinggi tingkat pengobatan.

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### 1. Karakteristik Responden

##### 1.1 Usia

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan mayoritas usia responden berada pada usia memasuki lansia (elderly) yaitu pada rentan usia 56-65 tahun sebanyak 50 responden (41,7%). Pada lansia (elderly) secara fisiologis mengalami degenerasi pada hormon dan organ, termasuk sistem respirasi, yaitu otot-otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku, menurunnya aktivitas dari silia, paru-paru kehilangan elastisitas, menarik nafas dalam lebih berat, serta kapasitas pernafasan maksimal menurun. Penuaan bukanlah proses yang homogen. Sebaliknya, organ-organ manusia menua dengan kecepatan berbeda-beda dipengaruhi oleh beberapa faktor, termasuk faktor genetik, gaya hidup, dan paparan lingkungan. Pada dasarnya semua risiko PPOK merupakan hasil dari interaksi lingkungan dan gen sepanjang hidup individu dan risiko akan meningkat pada populasi di usia tua. Interaksi gen dan lingkungan tersebut dapat menimbulkan kerusakan pada saluran napas dan mempengaruhi proses menua secara normal. (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2023).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Husnah, 2020 yang menyatakan sebagian besar responden penderita PPOK, usia terbanyak antara 51-60 tahun yaitu 25 orang (41.7%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Wahyuni Allfazmy et al., 2022 menyatakan bahwa

berdasarkan hasil penelitian pada pasien PPOK usia terbanyak berada pada usia 55-65 tahun (56,9%). begitu pula pada penelitian yang dilakukan Khasanah et al., 2023 rata-rata usia responden adalah usia 55- 65 tahun dengan nilai mean 57,48. serta menurut Farah Fauziyah R. Ahmad, Arif Santoso, Andriany Qanitha (2020) bahwa usia rata-rata penderita PPOK adalah usia >40 tahun dengan nilai  $57,31 \pm 13,49$ .

## 1.2 Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian, mayoritas jenis kelamin responden adalah laki-laki berjumlah 98 orang (78,3%). Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) merupakan salah satu dari kelompok penyakit tidak menular yang menjadi masalah kesehatan masyarakat Indonesia. Hal ini disebabkan oleh meningkatnya usia harapan hidup dan semakin tingginya paparan faktor resiko, seperti banyaknya jumlah perokok, serta pencemaran udara didalam ruangan maupun diluar ruangan. Berdasarkan sudut pandang epidemiologi, laki-laki lebih berisiko terkena PPOK dibandingkan dengan wanita karena kebiasaan merokok dengan prevalensi Indonesia 3.7% Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS 2013).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Farah Fauziyah et al (2020) subjek terbanyak dalam penelitian ini adalah laki-laki yaitu sebanyak 32 orang, sedangkan perempuan sebanyak 4 orang. Menurut Husnah, 2020 hasil penelitian terhadap 60 pasien PPOK didapatkan responden dengan jenis kelamin laki-laki lebih banyak yaitu 40 orang (66.7%). Hal ini sesuai dengan beberapa survei yang menyebutkan bahwa laki-laki lebih besar resiko terkena

PPOK disebabkan paparan polusi, dan merokok. begitu pula menurut Artama et al., 2020 didapatkan bahwa sebagian besar responden dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 45 orang (54,9%).

### 1.3 Pendidikan Terakhir

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan mayoritas responden adalah tamat SMA/MA dengan jumlah responden 45 orang (37.5%). Pada penelitian ini tingkat pendidikan responden tidak melatar belakangi responden terhadap kepatuhan dalam pengobatan. Dalam penelitian ini responden sudah memiliki kesadaran untuk selalu patuh terhadap pengobatan yang harus dijalani agar tetap stabil, responden datang ke poli paru RS Sari Asih Karawaci karena tidak ingin PPOK menjadi sering kambuh dengan adanya sesak nafas dan semakin parah. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Artama et al., 2020 responden yang berpendidikan tinggi maupun yang berpendidikan rendah sama-sama ingin sembuh dari penyakit sehingga tingkat pendidikan tidak mempengaruhi kepatuhan melakukan pengobatan. Menurut Natoatmodjo (2010) perubahan atau tindakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang dihasilkan oleh pendidikan kesehatan ini didasarkan pada pengetahuan dan kesadaran melalui proses pembelajaran.

Pendidikan responden yang rendah dalam penelitian ini tidak menghambat responden untuk menjaga tekanan darah. Hal ini dapat dilihat dari responden yang rutin berobat kembali ke poli paru RS Sari Asih Karawaci. Tidak semua penderita PPOK yang berpendidikan rendah memiliki tingkat pengetahuan tentang penyakit hipertensi rendah dan tidak semua

penderita PPOK yang berpendidikan tinggi juga memiliki pengetahuan tentang penyakit hipertensi tinggi. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Rompas et al., 2017 mengatakan belum tentu responden dengan pendidikan tinggi mempunyai kepatuhan tinggi dalam menjalani pengobatan, akan tetapi dapat juga responden dengan pendidikan rendah mempunyai kepatuhan yang tinggi dalam menjalani pengobatan. Hal ini dapat terjadi mengingat bahwa individu adalah sosok yang unik yang memiliki beranekaragam kepribadian, sifat, budaya, maupun kepercayaan.

#### 1.4 Riwayat Merokok

Di Indonesia diperkirakan terdapat 4,8 juta orang dengan prevalens 5,6%. Angka ini bisa meningkat dengan makin banyaknya jumlah perokok karena 90 % penderita PPOK adalah perokok atau mantan perokok. Pada wilayah Asia Pasifik yang telah dilakukan survey, prevalens PPOK masih cukup tinggi. Pada tahun 2012, prevalens PPOK di Asia Pasifik sebesar 6,2% dan sekitar 19,1 % merupakan pasien PPOK derajat berat dengan angka prevalens berkisar 4,5% di Indonesia dan 9,5% di Taiwan. (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2023)

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan mayoritas responden adalah mantan perokok sebanyak 74 orang ( 61,7%) dan perokok sebanyak 21 orang ( 17,5%). Hal ini sejalan dengan penelitian Artama et al., 2020 dapatkan bahwa sebagian besar responden berstatus merokok yaitu sebanyak 66 orang (80,5%). menurut penelitian Khasanah et al., 2023 mayoritas dalam kategori merokok sedang (200-599) 27 orang (45%). Berdasarkan analisa jumlah

batang rokok pada derajat merokok ringan-berat yang dikonsumsi pada penelitian ini diperoleh hasil minimal sejumlah 30 batang/tahun, maksimal sejumlah 1080 batang/tahun dengan rata-rata sejumlah 287,75 batang/tahun. Melihat dari hasil penelitian mengenai derajat merokok baik ringan-berat dapat disimpulkan bahwa faktor resiko terjadinya PPOK mayoritas berada pada kategori derajat merokok sedang. Sesuai dengan penelitian di Puskesmas Banggetayu Semarang Wahyuni Allfazmy et al., 2022 hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden merokok  $\leq 20$  batang per hari, dengan PPOK kategori ringan-sedang sebanyak 10 (90,9%) responden. Sesak napas tingkat 2 dan PPOK yang tidak dapat dijelaskan terjadi setelah merokok sedang (Bhatt et al., 2018).

#### 1.5 Lama Menderita PPOK

Berdasarkan hasil penelitian mayoritas lama menderita PPOK responden adalah 2-5 tahun dengan jumlah responden sebanyak 77 responden (64,2%). Responden dalam penelitian ini sudah mengalami PPOK lebih dari dua tahun sehingga telah mengerti akan pentingnya mengkonsumsi obat secara rutin dan kontrol pengobatan datang ke Rumah Sakit. Responden juga memungkinkan telah mengetahui risiko yang terjadi jika tidak patuh dalam mengkonsumsi obat serta komplikasi yang dapat terjadi. Lama menderita PPOK responden dalam penelitian ini sama dengan responden dalam penelitian Muthmainnah et al., 2015. Mayoritas responden menderita PPOK dalam waktu kurang dari 3 tahun (baru) berjumlah 43 responden (60,56%) dan sisanya sebanyak 28 (39,43%) responden lebih dari 3 tahun (lama)

menderita PPOK).

### 1.6 Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian mayoritas adalah wiraswasta sebanyak 60 responden (50%). hal ini sejalan dengan peneliti Artama et al., 2020 didapatkan bahwa sebagian besar responden bekerja sebagai petani/pedagang/buruh yaitu 45 orang (54,9%). Begitu pula menurut penelitian Khasanah et al., 2023 menyatakan bahwa distribusi responden berdasarkan pekerjaan sebagian besar adalah wiraswasta yaitu sebanyak 50 (47,6%). Lingkup pekerjaan bervariasi tergantung pada survei lokasi.

### 1.7 Penghasilan

Berdasarkan hasil penelitian mayoritas responden berpenghasilan 1 juta – 5 juta sebanyak 59 orang (49,2%). Banyak pasien PPOK hidup dalam kemiskinan dan dikarenakan biaya pengobatan yang tidak murah sehingga memiliki akses terbatas terhadap layanan rumah sakit, yang dapat meningkatkan risiko perkembangan penyakit, eksaserbasi akut, dan kematian.

### 1.8 Serumah dengan Siapa

Berdasarkan hasil penelitian mayoritas responden serumah dengan suami/istri sebanyak 85 orang (70,8%). Merawat anggota keluarga penderita PPOK merupakan pengalaman penuh tekanan dengan tantangan unik terkait dengan kekhususan penyakitnya. PPOK mempunyai dampak negatif pada berbagai bidang kehidupan pengasuhan, seperti dampak kesehatan fisik,

emosional, sosial dan keuangan, oleh karena itu dukungan keluarga sangat di perlukan dengan tinggal serumah dengan penderita PPOK.

## 2. Kepatuhan Pengobatan

Berdasarkan hasil penelitian sebagian besar responden patuh minum obat yaitu sebanyak 72 responden (60%). Kepatuhan dalam penelitian ini dapat dilihat dari responden satu rumah dengan keluarga. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dasuki (2013) yang menyatakan mayoritas dukungan keluarga baik sebanyak 39 responden (55,7%) dengan kepatuhan pengobatan baik. Begitu pula penelitian yang dilakukan Artama et al., 2020 yang menyatakan hasil penelitian menunjukkan sebagian besar subjek penelitian memiliki dukungan keluarga kategori baik sebanyak 64 orang (78%), Dukungan dari keluarga sangat membantu pasien PPOK dalam meningkatkan kepatuhan minum obat dan meminimalisir kekambuhan. Penguatan dari anggota keluarga akan dirasakan sebagai sebuah dukungan keluarga. Memberikan dukungan keluarga juga dapat mengurangi perasaan cemas dan depresi yang dirasakan oleh pasien PPOK sehingga pasien merasa ada yang memperhatikannya. Dukungan keluarga memegang peranan penting dalam meningkatkan status kesehatan dari anggota keluarganya karena dengan segala bentuk dukungan atau bantuan yang diberikan oleh keluarga dapat menurunkan beban psikologi pasien sehingga angka kekambuhan tidak terjadi. Dukungan keluarga berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal

yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikannya Friedman, (2010). Menurut Pendapat peneliti dukungan keluarga memegang peranan penting dalam meningkatkan status kesehatan dari anggota keluarganya karena dengan segala bentuk dukungan atau bantuan yang diberikan oleh keluarga dapat menurunkan beban psikologi pasien, hal tersebut juga dapat meningkatkan kepatuhan dalam pengobatan. Nilai paling tinggi yang didapat yaitu pada jenis dukungan emosional. Mayoritas responden menyatakan dibantu dalam pemenuhan kebutuhan sehari-harinya, dan memberikan perawatan selama sakit. Sebagian responden mengatakan dukungan yang diberikan oleh keluarganya sangat baik, keluarga mengutamakan kebutuhan yang diperlukan responden sehari-hari, namun beberapa responden mengatakan dukungan keluarga yang diberikan dirasa kurang cukup karena anggota keluarga memiliki kesibukan yang lain seperti bekerja dan mengurus anak-anak.

Pada penelitian ini responden patuh terhadap minum obat. Hal ini terlihat dari daftar kunjungan poli paru Rs Sari Asih Karawaci yang setiap dijadwalkan untuk kontrol, responden datang ke poli Paru RS Sari Asih Karawaci. Setiap responden datang ke poli paru RS Sari Asih Karawaci mendapatkan resep obat sehingga dengan rajinnya kontrol, berarti responden patuh akan pengobatan. Adapun responden dalam penelitian ini yang tidak patuh mengkonsumsi obat yang tidak termasuk dalam jumlah sampel 120 responden yaitu, responden yang tidak serumah dengan suami/istri atau anak

kandung sebanyak 5 responden, karena responden yang sudah ditambahkan dengan kebutuhan pada penelitian ini. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Maria Ulfah (2013) yaitu kepatuhan (*compliance*) dalam pengobatan dapat diartikan sebagai perilaku pasien yang menaati semua nasihat dan petunjuk yang dianjurkan oleh tenaga medis, seperti dokter, perawat dan apoteker mengenai segala sesuatu yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan pengobatan, kepatuhan dalam minum obat merupakan syarat utama tercapainya keberhasilan pengobatan yang dilakukan. Smantummkul (2014) menyatakan tingkat kepatuhan minum obat pada pasien menunjukkan bahwa pasien yang tingkat kepatuhannya tinggi dalam mengkonsumsi obat sebesar 79,4% kepatuhan dipengaruhi oleh banyak faktor seperti pasien yang menjalani pengobatan lupa minum obat, perasaan yang berlebihan dimana ada rasa takut yang terjadi akibat efek samping obat.

### 3. Dukungan Keluarga

Berdasarkan hasil penelitian responden yang mendapatkan dukungan keluarga baik sebanyak 116 responden (96,6%) dan dukungan sedang sebanyak 4 responden (3,2%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Maria Ulfah (2013) yang mengatakan bahwa proporsi dukungan keluarga kurang (47,1%) dan baik (52,9%) persentasenya tidak berbeda jauh atau tidak ada perbedaan yang signifikan. Hal ini mungkin dapat disebabkan oleh adanya bantuan yang diberikan kepada anggota keluarga lain berupa barang, jasa, informasi dan nasehat.

Friedman (1998), berpendapat orang yang hidup dalam lingkungan

yang bersifat suportif, kondisinya jauh lebih baik daripada mereka yang tidak memiliki lingkungan suportif.

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 7. Diperoleh hasil bahwa sebagian besar pasien yang tidak patuh mendapatkan dukungan keluarga baik. Walaupun kebanyakan pasien yang tidak patuh mendapatkan dukungan keluarga baik, akan tetapi sebanyak 25 responden (20,8%) pasien yang tidak patuh juga sudah mendapatkan dukungan keluarga yang baik. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Fajar (2013) bahwa dukungan keluarga dan masyarakat mempunyai andil besar dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan. Hal ini dapat di akibatkan karakteristik sampel yang di ambil oleh Fajar berbeda dengan karakteristik sampel yang di ambil oleh peneliti serta adanya karakteristik tempat yang berbeda. Selain itu kemungkinan masih banyak faktor-faktor lain yang lebih mempengaruhi kepatuhan minum obat selain faktor dukungan keluarga, karena dibuktikan dengan uji statistik Somer's D Gamma yaitu didapatkan hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat dengan Pvalue = 0,000 (<0,05)

#### 4. Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien PPOK

Hasil uji normalitas menggunakan *Somer's d Gamma* menunjukkan hasil uji korelasi antara variabel dukungan keluarga pasien PPOK dengan variabel tingkat kepatuhan pengobatan didapatkan nilai signifikan (*p value* = 0,000) dan (nilai *r* = 0,454). Maka dengan demikian H<sub>0</sub> ditolak dan H<sub>a</sub> diterima atau

ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat kepatuhan pengobatan pada pasien PPOK, dengan kekuatan hubungan moderate dan arah hubungan positif.

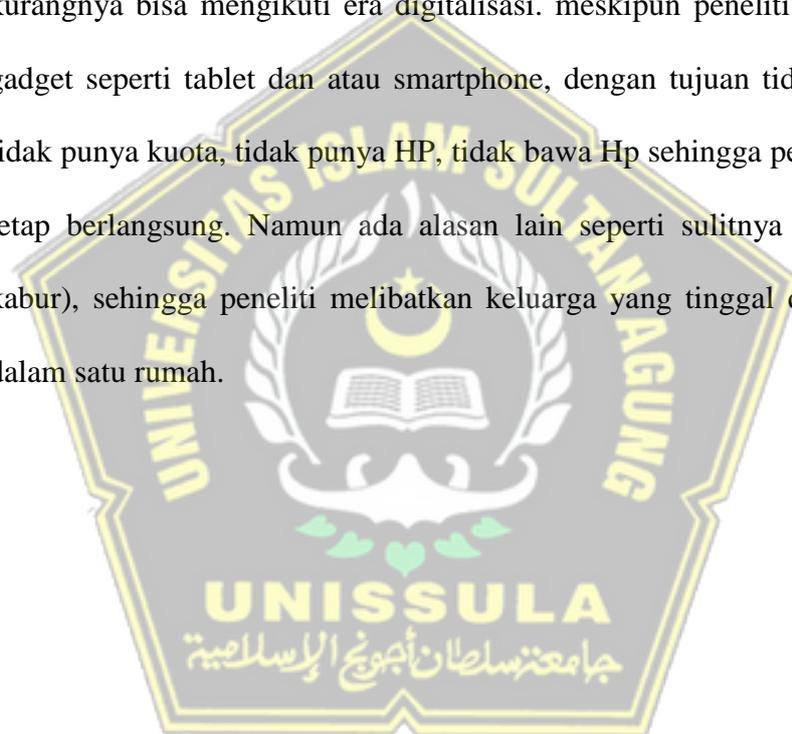
Kepatuhan responden sangat diperlukan pada penelitian ini untuk mencapai keberhasilan dalam terapi minum obat. Dalam penelitian ini, kepatuhan pengobatan PPOK, responden dapat diketahui dari data kunjungan poli paru RS Sari Asih Karawaci serta obat yang keluar pada farmasi RS Sari Asih Karawaci dengan tanggal terakhir responden datang ke poli paru RS Sari Asih Karawaci, responden diberikan obat untuk dihabiskan dalam waktu 30 hari setelah obat habis dalam waktu 30 hari responden diharapkan datang untuk mengecek atau mengontrol rutin ke poli paru RS Sari Asih Karawaci, serta mengambil obat PPOK sesuai dosis dan kondisi pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Putri, 2016 terdapat hubungan yang signifikan antara dua variabel yaitu antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pengobatan lansia pasien hipertensi Mursiany et al., 2013 yang menjelaskan bahwa kepatuhan pasien hipertensi juga terlihat dalam waktu kontrol pasien hipertensi.

## 5. Kesulitan Penelitian

- a. Penelitian ini menggunakan kuesioner yang diisi oleh responden sehingga hasilnya tergantung dengan kejujuran responden saat mengisi kuesioner.
- b. Penelitian ini adalah pengukuran yang juga tidak dapat memastikan apakah pasien menjawab dengan jujur atau berbohong, lupa atau tidak lupa, pasien bisa saja menjawab dengan jawaban yang menggambarkan bahwa mereka

merupakan pasien yang patuh dalam menjalankan terapi pengobatan PPOK.

- c. Penelitian ini tidak meneliti obat lain selain obat hisap mencegah Bronkospasme yang dikonsumsi responden dan ada penyakit penyerta yang dimiliki responden tidak diteliti.
- d. Mayoritas usia responden berada pada usia memasuki lansia (elderly) yaitu pada rentan usia 56-65 tahun sebanyak 50 responden (41,7%), yang notabene kurangnya bisa mengikuti era digitalisasi. meskipun peneliti memfasilitasi gadget seperti tablet dan atau smartpone, dengan tujuan tidak ada alasan tidak punya kuota, tidak punya HP, tidak bawa Hp sehingga penelitian dapat tetap berlangsung. Namun ada alasan lain seperti sulitnya penglihatan (kabur), sehingga peneliti melibatkan keluarga yang tinggal dengan pasien dalam satu rumah.



## BAB VI

### KESIMPULAN DAN SARAN

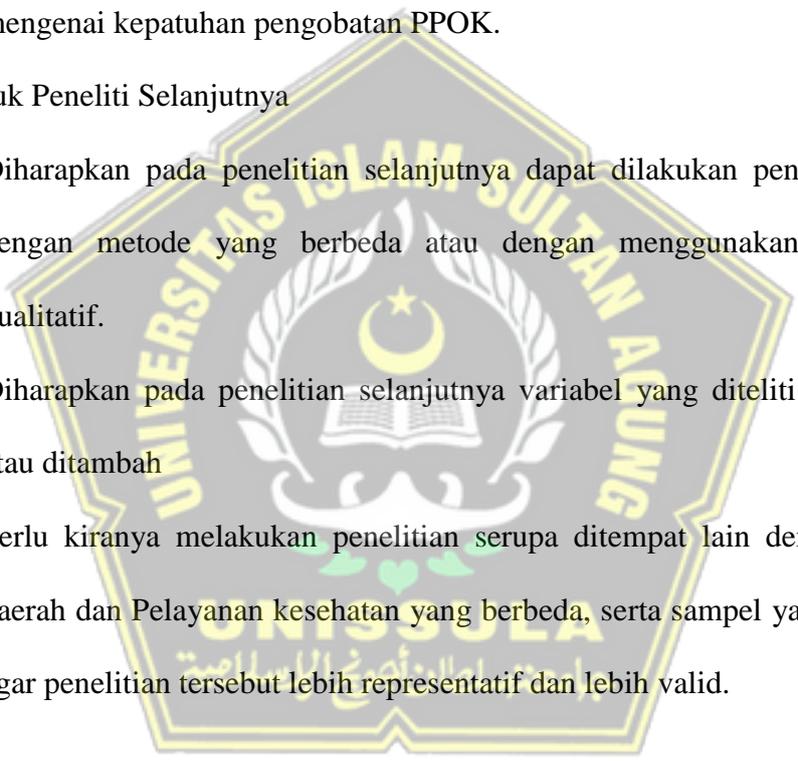
#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, dapat disimpulkan bahwa :

1. Lebih dari separuh responden adalah berjenis kelamin laki-laki, mayoritas usia responden berada pada usia memasuki lansia (elderly), dengan pendidikan terakhir adalah tamat SMA/MA, mantan perokok, lama menderita PPOK selama 2 tahun- 5 tahun, pekerjaan wiraswasta, berpenghasilan 1juta-5 juta serta mayoritas responden serumah dengan istri/suami.
2. Mayoritas responden mendapatkan dukungan keluarga baik.
3. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden penelitian memiliki tingkat kepatuhan pengobatan tinggi.
4. Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat kepatuhan pengobatan pada pasien PPOK, dengan kekuatan hubungan moderate, dengan arah positif

#### B. Saran

1. Untuk Pendidikan Keperawatan
  - a. Diharapkan dapat meningkatkan peran perawat khususnya Perawat Medikal Bedah dan Keluarga dalam promosi kesehatan sebagai health educator terhadap pentingnya dukungan keluarga pada pasien PPOK.
  - b. Diharapkan dapat menjadi evidence based bagi perkembangan ilmu keperawatan, khususnya mengenai dukungan keluarga pada pasien PPOK.
2. Untuk poli paru RS Sari Asih Karawaci

- a. Diharapkan tenaga kesehatan yang mengelola poli paru khususnya untuk pasien PPOK memberikan dukungan kepada keluarga pasien PPOK agar senantiasa mengontrol kepatuhan pengobatan anggota keluarganya supaya tidak terjadi kekambuhan / mencegah Bronkospasme.
  - b. Sebaiknya keluarga dan pasien diberikan penyuluhan kesehatan yang berkaitan dengan informasi mengenai penyakit PPOK dan informasi mengenai kepatuhan pengobatan PPOK.
3. Untuk Peneliti Selanjutnya
- a. Diharapkan pada penelitian selanjutnya dapat dilakukan penelitian lanjut dengan metode yang berbeda atau dengan menggunakan pendekatan kualitatif.
  - b. Diharapkan pada penelitian selanjutnya variabel yang diteliti diperbanyak atau ditambah
  - c. Perlu kiranya melakukan penelitian serupa ditempat lain dengan kondisi daerah dan Pelayanan kesehatan yang berbeda, serta sampel yang lebih luas agar penelitian tersebut lebih representatif dan lebih valid.
- 

## DAFTAR PUSTAKA

- A sanduzzi, et all. (2014). *COPD : Kepatuhan Terhadap Terapi*. [https://mrmjournal-biomedcentral-com.translate.google/articles/10.1186/2049-6958-9-60?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=id&\\_x\\_tr\\_hl=id&\\_x\\_tr\\_pto=tc](https://mrmjournal-biomedcentral-com.translate.google/articles/10.1186/2049-6958-9-60?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc)
- Al, muthmainnah et. (2015). Gambaran Kualitas Hidup Pasien Ppok Stabil Di Poli Paru Rsd Arifin Achmad Provinsi Riau Dengan Menggunakan Kuesioner Sgrq. *Jom Fk*, 2(2), 1–20.
- Alpern, F. P., & Gorman, J. D. (1982). Preventive medicine. *Virginia Medical*, 109(5), 345–346.  
<https://www.acpm.org/search/?keywords=PREVENTIVE+MEDICINE+COPD>
- Anam, R. . (2017). Instrumen Penelitian yang Valid dan Reliabel. *Jurnal Edukasi*, 20(2)(July), 67–77.
- Anwar, S. M., H, A. S., & Ecce, E. (2016). Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Kinerja Karyawan Pada Pt. Pamply Kabupaten Luwu. *Equilibrium : Jurnal Ilmiah Ekonomi, Manajemen Dan Akuntansi*, 5(1), 51–58.  
<https://doi.org/10.35906/je001.v5i1.144>
- Artama, I. K. D., Citrawati, N. K., & Pramesti, T. A. (2020). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pada Pasien PPOK di Puskesmas Mengwi I. *Repository Stikes Wira Medika*, 23, 1–8.  
<https://repository.stikeswiramedika.ac.id/20/>
- Cardoso, L. A., Gonçalves, R. L., Sanches, F. F., Cardoso, M. do S. L., Nogueira, W. de S., Andrade, E. de O., Costa, E. C. da, Gonçalves, D. G., Barbosa, J. de S. V., Silva, L. N. da, & Vale, E. G. L. do. (2020). Health Education for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): Observational Study. *Open Journal of Therapy and Rehabilitation*, 08(03), 60–71. <https://doi.org/10.4236/ojtr.2020.83006>
- Dahlan, M. sopiyudi. (2014). *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan*. Salemba Medika.
- GOLD. (2023). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung. *A Guide for Health Care Professionals*, 1(3), 261–266.
- Harbuwono, dr. D. S. (2021). *Merokok, Penyebab Utama Penyakit Paru Obstruktif Kronis*. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20211123/4538882/merokok-penyebab-utama-penyakit-paru-obstruktif-kronis/>
- Husnah, H. (2020). Hubungan derajat penyakit paru obstruktif kronik dengan malnutrisi pada pasien penyakit paru obstruktif kronik di poli Rumah Sakit Umum Meuraxa. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 20(1), 27–30.  
<https://doi.org/10.24815/jks.v20i1.18295>
- KEMENDIKBUD. (2023). *KBBI*. <https://www.kbbi.co.id/arti-kata/patuh>
- KEMENKES, U. (2022). *5 Gejala Paru Obstruktif Kronik (PPOK)*. <https://upk.kemkes.go.id/new/5-gejala-paru-obstruktif-kronik-ppok>
- Khasanah, S. K., Hendra Basuki, S. P., & Setiyabudi, R. (2023). Hubungan Derajat Merokok (Indeks Brinkman) dengan Deteksi Dini Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PUMA)”. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 6(2), 559–568.  
<https://doi.org/10.37287/jppp.v6i2.2223>
- Mursiany, A., Ermawati, N., & Oktaviani, N. (2013). *147-293-1-Sm[1]*. 237–248.
- Notoatmodjo. (2014). *No Title*.

- Notoatmodjo. (2018a). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo. (2018b). *No Title*.
- Nursalam. (2018). 75 Konsep dan penerapan metodologi.pdf. In *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* (p. 60).
- Perhimpunan Dokter Paru Indonesia. (2023). *P p o k diagnosis dan tatalaksana*. 27–31. file:///C:/Users/SARIASIHKARAWACI/Downloads/PEDOMAN DIAGNOSIS DAN PENATALAKSANAAN PPOK, PDPI 2023.pdf
- Priastana, I. K. A., Haryanto, J., & Suprajitno, S. (2018). Peran Dukungan Sosial Keluarga terhadap Berduka Kronis pada Lansia yang Mengalami Kehilangan Pasangan dalam Budaya Pakurenan. *Indonesian Journal of Health Research*, *1*(1), 20–26. <https://doi.org/10.32805/ijhr.2018.1.1.8>
- Putra, G. J. (2019). *1. Buku Dukungan Keluarga.pdf* (p. 50). <https://repo.stikmuhptk.ac.id/jspui/bitstream/123456789/30/1/1. Buku Dukungan Keluarga.pdf>
- Putri, M. (2016). *HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN PENGETAHUAN PASIEN DENGAN KEPATUHAN PENGOBATAN PASIEN HIPERTENSI DI PUSKESMAS PEGIRIAN SURABAYA*.
- Ridha, N. (2017). Proses Penelitian, Masalah, Variabel, dan Paradigma Penelitian. *Jurnal Hikmah*, *14*(1), 62–70.
- Rompas, Y. M. S., Hamel, R. S., & Program. (2017). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Berobat Pada Pasien Hipertensi Di Puskesmas Ranotana Weru. *E-Journal Keperawatan (e-Kp)*, *5*.
- Soeroto, A. Y., & Suryadinata, H. (2019). Penyakit Paru Obstruktif Kronik. *Penyakit Paru Obstruksi Kronis*, *4*(1), 19. [https://www-who-int.translate.google/newsroom/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=id&\\_x\\_tr\\_hl=id&\\_x\\_tr\\_pto=tc](https://www-who-int.translate.google/newsroom/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc)
- Sulistiowati, S., Sudarsono, R. S., & Masfuri. (2017). Dukungan Keluarga dan Efikasi Diri pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK). *Akademi Keperawatan Keris Husada*, *6*, 8. <https://jurnal.stikeswilliambooth.ac.id/index.php/d3kep/article/view/72>
- Wahyuni Allfazmy, P., Warlem, N., & Amran, R. (2022). Faktor Risiko Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) di Semen Padang Hospital (SPH). *Scientific Journal*, *1*(1), 19–23. <https://doi.org/10.56260/sciena.v1i1.18>
- Yusup, F. (2018). Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian Kuantitatif. *Jurnal Tarbiyah : Jurnal Ilmiah Kependidikan*. <https://doi.org/10.18592/tarbiyah.v7i1.2100>