

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Tuberkulosis

2.1.1 Pengertian

Tuberkulosis adalah penyakit kronis yang dapat menurunkan daya tahan fisik penderitanya secara serius. Proses destruksi dan proses restorasi atau penyembuhan jaringan paru terjadi secara simultan, sehingga terjadi perubahan struktural yang bersifat menetap serta bervariasi yang menyebabkan berbagai macam kelainan faal (Masriadi, 2017).

2.1.2 Etiologi

Penyebab penyakit TB paru adalah *Mycrobacterium tuberculosis*, bakteri tersebut pertama kali dideskripsikan oleh Robert Koch pada tanggal 24 maret 1882. *Mycrobacterium* berbentuk batang lurus atau agak bengkok dengan ukuran 0,2-0,4 x 1-4 µm. Pewarnaan Ziehl-Neelsen dipergunakan untuk mengidentifikasi bakteri tersebut (Masriadi, 2017).

Bakteri tersebut mempunyai sifat istimewa, yaitu tahan terhadap pencucian warna dengan asam dan alkohol, sehingga sering disebut Bakteri Tahan Asam (BTA). Kuman Tuberkulosis juga bersifat dorman dan aerob. *Mycrobacterium tuberculosis* mati pada pemanasan 100°C selama 5-10 menit, sedangkan dengan alkohol 70-95% selama 15-30 detik. Bakteri tersebut tahan selama 1-2 jam di udara terutama ditempat lembab dan gelap (bisa berbulan-bulan), namun tidak tahan terhadap sinar atau aliran udara (Masriadi, 2017).

2.1.3 Tanda dan gejala

Permenkes RI (2016) menyebut beberapa gejala utama pasien TB adalah :

1. Batuk berdahak selama lebih dari 2 minggu. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah dan batuk darah.
2. Sesak nafas
3. Badan lemas
4. Nafsu makan menurun
5. Berat badan menurun
6. Malaise
7. Berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik
8. Demam meriang lebih dari satu bulan

Gejala-gejala diatas dapat dijumpai pula pada penyakit paru selain TB, seperti bronkiektasis, bronkitis kronis, asma, kanker paru dan lain-lain. Tetapi, mengingat prevalensi TB di Indonesia saat ini masih tinggi, maka setiap orang dengan yang datang ke fasyankes dengan gejala tersebut, dianggap sebagai seseorang terduga pasien TB dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis secara langsung (Kemenkes RI, 2016).

2.1.4 Faktor-faktor terjadinya Tuberkulosis

Hiswani dalam Sahat (2010) mengatakan pada penelitiannya bahwa keterpaparan penyakit TB pada seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti: status sosial ekonomi, status gizi, umur, jenis kelamin dan faktor sosial lainnya (Helper Sahat P Manalu, 2010).

1. Faktor sosial ekonomi

Faktor ini sangat erat kaitannya dengan keadaan rumah, kepadatan hunian, lingkungan perumahan, lingkungan dan sanitasi tempat kerja yang buruk dapat memudahkan penularan TB. Pendapatan keluarga sangat erat juga dengan penularan TB, karena pendapatan yang kecil membuat orang tidak dapat layak dengan memenuhi syarat-syarat kesehatan.

2. Status gizi

Keadaan malnutrisi atau kekurangan kalori, protein, vitamin, zat besi dan lain-lain, akan mempengaruhi daya tahan tubuh seseorang sehingga rentan terhadap penyakit termasuk TB paru. Keadaan ini merupakan faktor penting yang berpengaruh di negara miskin, baik pada orang dewasa maupun anak-anak.

3. Umur

Penyakit TB paling sering ditemukan pada usia muda atau usia produktif 15-50 tahun. Terjadinya transisi demografi saat ini menyebabkan usia harapan hidup lansia menjadi lebih tinggi. Usia lanjut lebih dari 55 tahun sistem imunologis seseorang menurun, sehingga sangat rentan terhadap berbagai penyakit, termasuk penyakit TB. Penyebab penyakit pada lanjut usia (lansia) pada umumnya berasal dari dalam tubuh (endogen), sedangkan pada orang dewasa berasal dari luar tubuh (eksogen). Hal ini disebabkan karena pada lansia telah terjadi penurunan fungsi dari berbagai organ-organ tubuh akibat kerusakan sel-sel karena proses menua, sehingga produksi hormon, enzim, dan zat-zat yang diperlukan untuk kekebalan tubuh menjadi berkurang. Dengan demikian, lansia akan lebih mudah terkena infeksi. Sering pula, penyakit dari satu jenis (multipalogi), dimana satu sama lain dapat berdiri sendiri maupun saling

berkaitan dan memperberat (Maryam, R.S dkk., 2008).

4. Jenis kelamin

Penderita TB cenderung lebih, tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Pada jenis kelamin laki-laki penyakit ini lebih tinggi karena merokok tembakau dan minum alkohol sehingga dapat menurunkan sistem pertahanan tubuh, sehingga lebih mudah terpapar dengan agent penyebab TB paru.

2.1.5 Upaya pengendalian faktor risiko TB

Pencegahan dan penendalian risiko bertujuan mengurangi sampai dengan mengeliminasi penularan dan kejadian sakit TB di Masyarakat.

Upaya yang dilakukan adalah :

1. Pengendalian kuman penyebab TB

- 1) Mempertahankan cakupan pengobatan dan keberhasilan pengobatan tetap tinggi.
- 2) Melakukan penatalaksanaan penyakit penyerta (komorbid TB) yang mempermudah terjangkitnya TB, misalnya HIV, diabetes, dll.

2. Pengendalian faktor risiko individu

- 1) Membudayakan PHBS atau perilaku hidup bersih dan sehat, makan makanan yang bergizi dan tidak merokok.
- 2) Membudayakan perilaku etika berbatuk dan cara membuang dahak bagi penderita TB.
- 3) Meningkatkan daya tahan tubuh melalui perbaikan kualitas nutrisi bagi populasi terdampak TB.
- 4) Pencegahan bagi populasi rentan, seperti :
 - (1) Vaksinasi BCG bagi bayi baru lahir

- (2) Pemberian profilaksis INH pada anak di bawah 5 tahun.
 - (3) Pemberian profilaksis INH pada ODHA selama 6 bulan dan diulang setiap 3 tahun.
 - (4) Pemberian profilaksis INH pada pasien dengan indikasi klinis lainnya seperti silikosis.
3. Pengendalian faktor lingkungan
 - 1) Mengupayakan lingkungan sehat
 - 2) Melakukan pemeliharaan dan perbaikan kualitas perumahan dan lingkungan sesuai persyaratan baku rumah sehat.
 4. Pengendalian intervensi daerah berisiko penularan
 - 1) Kelompok khusus maupun masyarakat umum berisiko tinggi penularan TB (lapas/rutan, masyarakat pelabuhan, tempat kerja, institusi pendidikan berasma dan tempat lain yang teridentifikasi berisiko).
 - 2) Penemuan aktif dan masif di masyarakat (daerah terpencil, belum ada program, padat penduduk).
 5. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Mencegah penularan TB pada semua orang yang terlibat dalam pemberian pelayanan pada pasien TB harus menjadi perhatian utama. Semua fasyankes yang memberi layanan TB harus menerapkan PPI TB untuk memastikan berlangsungnya deteksi segera, tindakan pencegahan dan pengobatan seseorang yang dicurigai atau dipastikan menderita TB (Kemenkes RI, 2016).

2.1.6 Pencegahan penularan TB kepada orang lain

Kemenkes (2017) menyebutkan beberapa cara pencegahan penularan TB kepada orang lain, antara lain:

1. Tinggal dirumah. Jangan pergi sekolah/kerja atau tidur dikamar dengan orang lain selama beberapa minggu pertama pengobatan untuk TB aktif.
2. Ventilasi ruangan. Kuman TB menyebar lebih mudah dalam ruangan tertutup dan kecil dimana udara tidak bergerak. Jika ventilasi ruangan masih kurang, buka jendela dan gunakan kipas untuk meniup udara dalam keluar ruangan.
3. Tutup mulut menggunakan masker. Gunakan masker untuk menutup mulut kapan saja, ini merupakan langkah pencegahan TB secara efektif. Jangan lupa untuk membuang masker secara teratur.
4. Meludah hendaknya pada tempat tertentu yang sudah diberikan desinfektan (lisol).
5. Imunisasi BCG diberikan pada bayi usia 3-14 bulan.
6. Hindari udara dingin.
7. Usahakan sinar matahari dan udara segar masuk secukupnya kedalam tempat tidur.
8. Menjemur kasur, bantal dan tempat tidur terutama pagi hari.
9. Semua barang yang digunakan penderita harus terpisah begitu juga mencucinya dan tidak boleh digunakan oleh orang lain.
10. Makanan harus tinggi karbohidrat dan tinggi protein.

2.1.7 Pemeriksaan penunjang

Permenkes no.67 menyebutkan ada 4 cara pemeriksaan laboratorium untuk pasien TB, antara lain :

1. Pemeriksaan bakteriologi

1) Pemeriksaan dahak mikroskopis langsung

Pemeriksaan dahak selain berfungsi untuk menegakkan diagnosa, juga untuk menentukan potensi penularan dan menilai keberhasilan pengobatan.

Pemeriksaan dahak untuk penegakkan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 2 contoh uji dahak yang dikumpulkan berupa dahak Sewaktu-Pagi (SP):

(1) S (Sewaktu): dahak ditampung di fasyankes.

(2) P (Pagi): dahak ditampung pada pagi segera setelah bangun tidur. Dapat dilakukan dirumah pasien atau di bangsal rawat inap bilamana pasien menjalani rawat inap.

2) Pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM) TB

Pemeriksaan TCM dengan metode Xpert MTB/RIF. TCM merupakan sarana untuk penegakan diagnosis, namun tidak dapat dimanfaatkan untuk evaluasi hasil pengobatan.

3) Pemeriksaan biakan

Pemeriksaan biakan dapat dilakukan dengan media padat (*Lowenstein-Jensen*) dan media cair (*Mycrobacterium Growth Indicator Tube*) untuk identifikasi *Mycrobacterium tuberculosis*.

2. Pemeriksaan penunjang lainnya

1) Pemeriksaan foto thoraks

2) Pemeriksaan histopatologi pada kasus yang dicurigai TB ekstra paru.

3. Pemeriksaan uji kepekaan obat

Uji kepekaan obat bertujuan untuk menentukan ada tidaknya resistensi *Mycobacterium tuberculosis* terhadap OAT. Uji kepekaan obat dapat dilakukan di laboratorium yang telah lulus uji pemantapan mutu/ *Quality Assurance (QA)* dan mendapatkan sertifikat nasional maupun internasional.

4. Pemeriksaan serologis

Pemeriksaan dengan cara mendeteksi antibodi IgG dengan antigen spesifik untuk *Mycobacterium tuberculosis*. Uji IgG berdasarkan antigen mikrobakterial rekombinan seperti 38 kDa dan 16 kDa dan kombinasi lainnya akan memberikan tingkat sensitivitas dan spesifisitas yang dapat diterima untuk diagnosis. Sampai saat ini pemeriksaan ini belum direkomendasikan (Kemenkes RI, 2016).

2.1.8 Pengobatan TB

Menurut WHO dalam Masriadi (2017) OAT dibagi dalam 2 kategori : kategori I untuk penderita TB baru dengan BTA positif atau penderita yang keadaan umumnya lebih parah. Kategori II diperuntuk pada penderita TB yang gagal, dropout, atau kambuh (*rellaps*).

Dosis dan panduan makan obat di kelompokkan dua fase yaitu fase intensif dan fase laten. fase intensif yaitu berlaku dua bulan untuk OAT kategori I dan tiga bulan untuk OAT kategori II. Lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 2.1. Panduan OAT Berdasarkan Rekomendasi WHO

Kategori OAT	Tipe Penderita TB	Panduan OAT	
		Fase Intensif	Fase Lanjut
Kategori I	1. Penderita baru TB BTA (+)	2HRZE	4(HR) 3
	2. Penderita baru TB BTA (-) rontgen (+)	2HRZE	4HR
	3. TB Ekstra Paru	2HRZE	6HE
Kategori II	1. Penderita Kambuh	2HRZE	5H3R3E3
	2. Penderita gagal	2HRZE	

Kategori OAT	Tipe Penderita TB	Panduan OAT	
		Fase Intensif	Fase Lanjut
	3. Penderita Default	2HRZE	5HRE
Sisipan	Penderita BTA masih (+) pada akhir pengobatan fase intensif	HRZE	

Jenis obat yang dipakai menurut Permenkes RI tahun 2016 yaitu :

Tabel 2.2. OAT Lini Pertama

Jenis	Sifat	Efek samping
Isoniazid (H)	Bakterisidal	Neuropati perifer (Gangguan saraf tepi), psikosis toksis, gangguan fungsi hati, kejang.
Rifampisin (R)	Bakterisidal	Flu syndrome (gejala influenza berat), gangguan gastrointestinal, urine berwarna merah, gangguan fungsi hati, trombositopeni, demam, skin rash, sesak nafas, anemia hemolitik.
Pirazinamid (Z)	Bakterisidal	Gangguan gastrointestinal, gangguan fungsi hati, gout arthritis.
Streptomisin (S)	Bakterisidal	Nyeri ditempat suntikan, gangguan keseimbangan dan pendengaran, renjatan anafilaktik, anemia, agranulositosis, trombositopeni.
Etambutol (E)	Bakterisidal	Gangguan penglihatan, buta warna, neuritis perifer (gangguan saraf tepi).

(Kemenkes RI, 2016)

Panduan OAT kategori-1 dan kategori-2 disediakan dalam bentuk paket obat kombinasi dosis tetap (OAT-KDT). Tablet OAT KDT ini terdiri dari kombinasi 2 dan 4 jenis obat dalam satu tablet. Dosisnya disesuaikan dengan berat badan pasien. Panduan ini dikemas dalam 1 (satu) paket untuk 1 pasien untuk 1 masa pengobatan (Kemenkes RI, 2016).

OAT dalam bentuk paket KDT mempunyai beberapa keuntungan dalam pengobatan TB, seperti :

1. Mencegah penggunaan obat tunggal sehingga menurunkan resiko terjadinya resistensi obat ganda dan mengurangi kesalahan penulisan resep.
2. Dosis obat dapat disesuaikan dengan berat badan sehingga menjamin efektifitas obat dan mengurangi efek samping.

3. Jumlah tablet yang ditelan jauh lebih sedikit sehingga pemberian obat menjadi sederhana dan meningkatkan kepatuhan pasien.

Panduan OAT kategori-1 diberikan untuk pasien baru, seperti :

- 1) Pasien TB paru terkontaminasi bakteriologis.
- 2) Pasien TB paru terdiagnosis klinis.
- 3) Pasien TB ekstra paru

Permenkes no.67 telah menetapkan dosis harian, dosis harian fase awal dan dosis intermiten fase lanjutan serta dosis OAT kombipak kategori 1. Berikut merupakan panduan dosis OAT menurut permenkes no. 67 :

Tabel 2.3. Dosis panduan OAT KDT kategori 1 (2(HRZE)/4(HR))

Berat badan	Tahap intensif setiap hari RHZE (150/75/400/275)	Tahap lanjutan setiap hari RH (150/75)
		Selam 56 hari
30-37 kg	2 tablet 4 KDT	2 tablet
38-54 kg	3 tablet 4 KDT	3 tablet
55-70 kg	4 tablet 4 KDT	4 tablet
≥ 71 kg	5 tablet 4 KDT	5 tablet

(Kemenkes RI, 2016)

Tabel 2.4. Dosis harian fase awal dan dosis intermiten fase lanjutan (2(HRZE)/4(HR)3)

Berat badan	Tahap intensif setiap hari RHZE (150/75/400/275)	Tahap lanjutan 3 kali seminggu RH (150/150)
		Selama 56 hari
30-37 kg	2 tablet 4KDT	2 tablet 2KDT
38-54 kg	3 tablet 4KDT	3 tablet 2KDT
55-70 kg	4 tablet 4KDT	4 tablet 4KDT
≥ 71 kg	5 tablet 4KDT	5 tablet 2KDT

(Kemenkes RI, 2016)

Tabel 2.5. Dosis panduan OAT kombipak kategori 1

Tahap pengobatan	Lama pengobatan	Dosis per hari/ kali				Jumlah hari / kali menelan obat
		Tablet Isoniasid @300 mgr	Kaplet Rifamicin @450 mgr	Tablet Pirazinamid @500 mgr	Tablet Etambu tol @250 mgr	
Intensif	2 bulan	1	1	3	3	56
Lanjutan	4 bulan	2	1	-	-	48

(Kemenkes RI, 2016)

Panduan OAT kategori 2 diberikan pada pasien BTA positif yang pernah diobati sebelumnya (pengobatan ulang), seperti :

1. Pasien kambuh
2. Pasien gagal pada pengobatan dengan panduan OAT kategori 1 sebelumnya
3. Pasien yang diobati kembali setelah putus berobat (*lost to follow-up*)

Dosis harian, dosis harian fase awal, dosis intermiten fase lanjut dan dosis OAT kombipak kategori 2 telah ditetapkan dalam permenkes no. 67.

Berikut merupakan dosis panduan OAT KDT kategori 2 :

Tabel 2.6. Dosis panduan OAT KDT kategori 2 {2(HRZE)S/(HRZE)/5(HRE)}

Berat badan	Tahap intensif setiap hari RHZE (150/75/400/275) + S			Tahap lanjutan setiap hari RHE (150/75/275)	
	Selama 56 hari			Selama 28 hari	
30-37 kg	2 tab 4KDT + 500 mg	Streptomisin inj.	2 tab 4KDT	2 tablet	
38-54 kg	3 tab 4KDT + 750 mg	Streptomisin inj.	3 tab 4KDT	3 tablet	
55-70 kg	4 tab 4KDT + 1000 mg	Streptomisin inj.	4 tab 4KDT	4 tablet	
≥ 71 kg	5 tab 4KDT + 1000 mg	Streptomisin inj.	5 tab 4KDT (> do maks)	5 tablet	

(Kemenkes RI, 2016)

Tabel 2.7. Dosis panduan OAT kategori 2 {2 (HRZE)S/(HRZE)/5 (HR) 3E3}

Berat badan	Tahap intensif setiap hari RHZE (150/75/400/275) + S		Tahap lanjutan 3 kali seminggu RH (150/150) + E(400)	
	Selama 56 hari		Selama 28 hari	
30-37 kg	2 tab 4KDT + 500 mg	Streptomisin inj.	2 tab 4KDT	2 tab 2KDT + 2 tab Etambutol
38-54 kg	3 tab 4KDT + 750 mg	Streptomisin inj.	3 tab 4KDT	3 tab 2KDT + 3 tab Etambutol
55-70 kg	4 tab 4KDT + 1000 mg	Streptomisin inj.	4 tab 4KDT	4 tab 2KDT + 4 tab Etambutol
≥ 71 kg	5 tab 4KDT + 1000 mg	Streptomisin inj.	5 tab 4KDT (> do maks)	5 tab 2KDT + 5 tab Etambutol

(Kemenkes RI, 2016)

Tabel 2.8. Dosis panduan kombipak kategori 2 (2 HRZES/ HRZE/ 5H3R3E3)

Tahap pengobatan	Lama pengobatan	Tablet Isoniazid @300 mgr	Kaplet Rifampisin @450 mgr	Tablet Pirazinamid @500 mgr	Etambutol		Streptomisin injeksi	Jumlah hari/kali menelan obat
					Tabl et @25 mgr	Tabl et @40 mgr		
Tahap awal (dosis harian)	2 bulan	1	1	3	3	-	0.75 gr	56
	1 bulan	1	1	3	3	-	-	28
Tahap lanjutan (dosis 3x seminggu)	5 bulan	2	1	-	1	2	-	60

(Kemenkes RI, 2016)

2.2 Kepatuhan

2.2.1 Pengertian

Secara umum, istilah kepatuhan (*compliance atau adherence*) didiskripsikan dengan sejauh mana pasien mengikuti instruksi-instruksi atau saran medis. Terkait dengan terapi obat, kepatuhan pasien didefinisikan sebagai derajat kesesuaian antara riwayat dosis yang sebenarnya dengan regimen dosis obat yang diresepkan (Pameswari, Halim, & Yustika, 2016).

Notoatmojo (2010) mendefinisikan bahwa kepatuhan adalah suatu perubahan perilaku dari perilaku yang tidak mentaati peraturan berperilaku yang mentaati peraturan. Kepatuhan dibedakan menjadi dua, yakni kepatuhan penuh (*total compliance*) dimana penderita patuh secara sungguh-sungguh terhadap pengobatan, dan penderita tidak patuh (*non compliance*) yaitu penderita melakukan pengobatan.

2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Teori feurstein (1986) dalam Niven (2002) menyatakan terdapat 5 faktor yang mendukung kepatuhan klien, antara lain :

1. Pendidikan klien. Pendidikan dapat mempengaruhi kepatuhan klien karena pendidikan merupakan kegiatan mandiri klien dalam penggunaan referensi berupa buku maupun kaset.
2. Akomodasi. Untuk memahami ciri kepribadian klien perlu dilakukan suatu usaha agar dapat mempengaruhi kepatuhan, sehingga klien merasakan dirinya aktif dalam pengobatan.
3. Modifikasi faktor lingkungan dan sosial. Membangun dukungan keluarga, teman-teman dan kelompok pendukung untuk membantu kepatuhan terhadap program pengobatan penyakit.
4. Perubahan model terapi. Klien terlibat aktif dalam pembuatan program terapi dan program pengobatan dibuat sesederhana mungkin.
5. Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien. Penting memberikan umpan balik pada klien setelah mengetahui diagnosisnya, seperti informasi tentang diagnosisnya, penyebab dan dalam kondisi seperti itu tindakan apa saja yang dapat dia lakukan (Yuda, 2018).

Menurut teori Green dalam Notoatmojo (2010) menjabarkan bahwa perilaku sehat seseorang dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu :

1. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi merupakan perilaku yang menjadi dasar atau motivasi perilaku. Faktor ini melingkupi sikap, keyakinan, nilai-nilai, dan persepsi yang berhubungan dengan motivasi individu untuk melakukan tindakan. Selain itu

status sosial-ekonomi, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan tingkat pengetahuan juga termasuk dalam faktor ini.

2. Faktor pemungkin (*enabling factors*)

Faktor pemungkin (*enabling factors*) merupakan hal yang memungkinkan sesuatu aspirasi bisa terlaksana, di dalamnya mencakup kemampuan sumber daya seperti pelayanan kesehatan (termasuk didalamnya biaya, jarak, ketersediaan transportasi, waktu pelayanan dan keterampilan petugas).

3. Faktor penguat (*reinforcing factors*)

Faktor penguat (*Reinforcing factors*) merupakan faktor yang menguatkan untuk menerapkan sesuatu, berarti bisa bersifat positif ataupun negatif tergantung pada sikap dan perilaku orang lain yang berkaitan. Yang termasuk di dalam faktor penguat yaitu berasal dari tenaga kesehatan, kawan, keluarga atau pemimpin (Notoatmojo, 2010).

2.2.3 Startegi meningkatkan kepatuhan minum obat

WHO dalam Purwanti (2017) menyatakan kepatuhan klien dalam mengkonsumsi obat dipengaruhi oleh beberapa intervensi, seperti :

1. Motivasi dan supervisi staf, seperti pemberian training dan manajemen agar pelayanan kesehatan yang diberikan kepada klien optimal.
2. Tindakan mangkir, yaitu tindakan yang dilakukan ketika klien melanggar aturan atau janji yang telah dibuat sebelumnya.
3. Anjuran, seperti jadwal pengobatan yang telah diatur dan disepakati dengan klien agar selalu di ingatkan secara rutin.
4. Pendidikan kesehatan, seperti menjelaskan kebutuhan perawatan dan informasi mengenai penyakit yang dialami.

5. Intensif atau penggantian biaya, sebagai upaya daya tarik agar klien mengunjungi pusat perawatan.
6. Bantuan rekan (*peer assistance*). Klien mendapatkan dukungan dari orang-orang yang mengalami masalah kesehatan yang sama.
7. Langsung diamati terapi. Selama dalam tahap pengobatan, klien diawasi langsung proses pengobatannya bisa petugas kesehatan, masyarakat atau anggota keluarga yang diberikan pemahaman terkait pengobatan yang dijalani klien, sehingga tindakan yang tepat bisa dilakukan ketika klien tidak patuh (Purwanti, 2017).

2.2.4 Kepatuhan pencegahan penularan

Perilaku pencegahan tuberkulosis yang dapat dilakukan oleh keluarga antara lain (Kementrian Kesehatan RI, 2010) :

1. Pastikan sejak kecil anak mendapatkan imunisasi lengkap termasuk BCG yang dapat memberi perlindungan terhadap tuberkulosis.
2. Anggota keluarga mendapatkan makanan bergizi sehingga mempunyai daya tahan tubuh yang baik terhadap masuknya kuman penyakit.
3. Jauhkan anggota keluarga (terlebih anak-anak) dari siapapun yang menderita TB.

Perilaku yang harus dilakukan seseorang untuk mencegah penularan penyakit (Departemen Kesehatan RI, 2009) :

1. Menelan OAT secara lengkap dan teratur sampai sembuh.
2. Pasien TB harus menutup mulutnya dengan sapu tangan, tisu atau tangan pada waktu bersin dan batuk, dan mencuci tangan.
3. Tidak membuang dahak disembarang tempat, tetapi dibuang pada tempat

khusus dan tertutup.

4. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) :

- 1) Menjemur alat tidur.
- 2) Membuka pintu dan jendela setiap pagi agar udara dan sinar matahari masuk. Sinar matahari langsung dapat mematikan kuman TB.
- 3) Makan makanan bergizi.
- 4) Tidak merokok dan meminum minuman keras.
- 5) Olahraga secara teratur.
- 6) Mencuci pakaian hingga bersih.
- 7) Buang air besar di jamban/WC.
- 8) Mencuci tangan hingga bersih di air yang mengalir setelah selesai buang air besar, sebelum dan sesudah makan.
- 9) Beristirahat cukup.
- 10) Jangan tukar peralatan mandi.

2.2.5 Kepatuhan nutrisi penderita TB

Pasien TB seringkali mengalami penurunan status gizi, bahkan dapat menjadi status gizi buruk bila tidak diimbangi dengan diet yang tepat. Beberapa faktor yang berhubungan dengan status gizi pada penderita TB adalah tingkat kecukupan energi dan protein, perilaku pasien terhadap makanan dan kesehatan, lama menderita TB serta pendapatan perkapita pasien. Penyakit infeksi dan kurangnya makan tambahan pada umumnya mempunyai hubungan dengan penyimpanan pertumbuhan dan gizi salah. Penyakit tuberkulosis paru merupakan penyakit infeksi yang tepat memperburuk status gizi seseorang (Patiung et al., 2014).

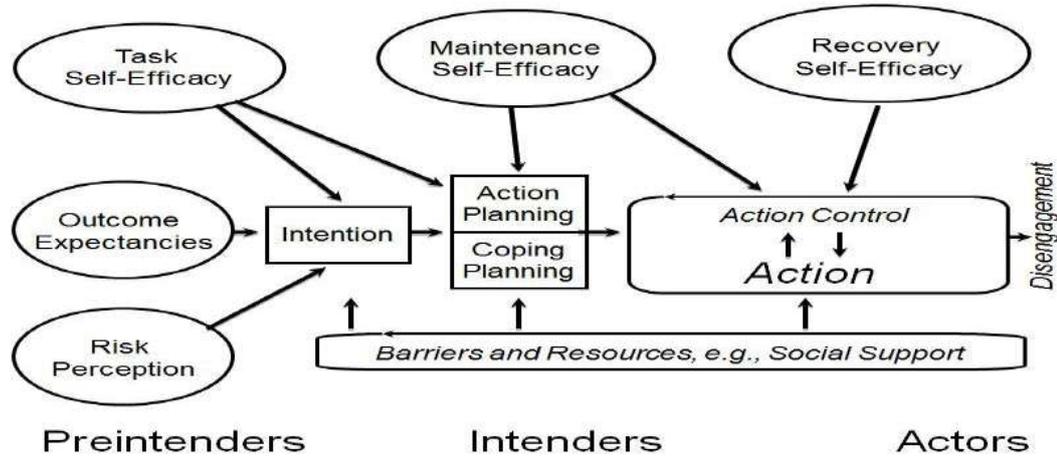
Berikut merupakan jenis diet TKTP (Tinggi Kalori dan Tinggi Protein) pada pasien TB menurut Herbold (2011) :

1. Makan terlebih dahulu makanan tinggi kalori dan tinggi protein (misalnya telur, susu, keju krim, mentega, mayones, minyak sayur, kacang tanah, selai kacang, dan lainnya).
2. Makan makanan yang mudah dikunyah (seperti pudding, telur dan lainnya).
3. Mengunyah makanan secara perlahan, ambil gigitan kecil saat bernapas dan beristirahat diantara gigitan.
4. Mengonsumsi suplemen pengganti makanan.
5. Jangan memilih makanan rendah kalori atau rendah lemak, kecuali jika diindikasikan.
6. Jangan mengonsumsi minuman dan makanan yang tidak bergizi (seperti soda, kopi hitam, teh, keripik kentang, permen atau kudapan lainnya).
7. Jangan mengonsumsi alkohol karena dapat berinteraksi dengan obat, serta mengganggu pernapasan dan kemampuan untuk batuk produktif (Herbold, 2011).

2.3 Konsep HAPA (*Health Action Process Approach*)

2.3.1 Pengertian

Health Action Process Approach atau HAPA merupakan suatu pendekatan sosial-kognisi dari perilaku kesehatan yang menunjukkan bahwa perilaku kesehatan merupakan suatu proses dari fase motivasi dan kehendak.



Gambar 2.1 *Health Action Process Approach* (Schwarzer 1992)

Health Action Process Approach atau HAPA dikembangkan untuk mengatasi kesenjangan niat dan perilaku dengan memasukkan post-intentional sebagai mediator untuk sampai pada perilaku (Schwarzer dan Luszczynska, 2008). Model dibagi menjadi dua tahap, yaitu *motivational phase* (tahap motivasi) yang mengarah ke niat perilaku, dan *volition phase* (tahap kehendak) yang mengarah ke perilaku kesehatan *actual* (Heckhausen dan Gollwitzer, 1987). Pada *motivational phase* (tahap motivasi) terdapat *risk perception* (persepsi resiko), *outcome expectancies* (harapan hasil) dan *self-efficacy* dari tindakan yang dirasakan berkontribusi untuk membentuk niat (Schwarzer, 2008). Tahap ini karena mengandung aspek baik *Social Cognitive Theory (SCT)* dan *Theory of Planned Behaviour (TPB)*. Pada tindakan atau *volition phase* (tahap kehendak) dipecah menjadi tiga tahap yaitu *planning* (perencanaan), *ignition*, dan *maintenance* (pemeliharaan) (Schwarzer, 2008). Dalam model *Health Action Process Approach (HAPA)*, baik tindakan *self-efficacy* dan *outcome expectancies* dianggap variable utama untuk memotivasi perubahan. Namun, jika seseorang tidak memiliki pengalaman dengan perilaku, *outcome expectancies* akan memiliki pengaruh kuat yang langsung pada niat

daripada *self-efficacy*. Pengaruh *risk perception* terhadap niat dianggap paling lemah diantara tiga kognisi (Bandura, 1997; Schwarzer, 2008).

Pada teori *Health Action Process Approach (HAPA)*, masing-masing teori saling mempengaruhi. Niat (*intention*) dibentuk dari pandangan seseorang terhadap kekhawatiran sebelum mencapai tujuan (*risk perception*), serta keyakinan terhadap kemampuan diri sendiri untuk menjalani proses mencapai tujuan. Selanjutnya bila seseorang mengembangkan kecenderungan menuju perilaku kesehatan tertentu, maka niat baik harus diubah menjadi petunjuk rinci tentang cara melakukan tindakan yang diinginkan (*planning*). Setelah tindakan telah dimulai (*initiative*), hal itu harus dipertahankan (*maintenance*) dan bangkit kembali apabila terjadi suatu kegagalan dalam proses mencapai tujuannya. Oleh karena itu *social support* juga diperlukan pada saat membentuk niat, perencanaan dan *action* (Schwarzer, 2008).

Self-efficacy penting pada semua tahap dalam proses perubahan perilaku kesehatan (Bandura, 1997). Beda penempatan, maka akan berbeda pula makna dan tugasnya pada masing-masing *Action self-efficacy*, *coping self efficacy*, dan *maintenance self-efficacy* cenderung untuk memprediksi niat, sedangkan *maintenance self-efficacy* cenderung untuk memprediksi perilaku. Individu yang telah pulih dari kemunduran memerlukan keyakinan diri yang berbeda daripada mereka yang telah mempertahankan tingkat aktivitas mereka sehingga disebut *coping self-efficacy*.

2.3.2 Prinsip HAPA

Lima prinsip HAPA dirancang sebagai gambaran yang didasarkan pada prinsip dan bukan pada asumsi uji yang spesifik. Dikembangkan pada tahun 1998, ini merupakan upaya untuk mengintegrasikan model *action phase* oleh Heinz

Heckhausen dan Peter Gollwitzer, dengan *social cognitive theory* yang dikembangkan oleh Albert Bandura.

Lima prinsip dalam HAPA yaitu :

1. *Motivational and Volition*. Proses perubahan perilaku kesehatan terbagi menjadi dua tahap. Ada perubahan pola pikir saat orang berpindah dari niat ke tindakan. Pertama, muncul fase motivasi dimana orang akan mengembangkan niat mereka. Setelah itu, mereka memasuki fase kehendak.
2. *Two volitional phase*. Dalam fase kehendak, terdapat dua kelompok orang: mereka yang belum menerjemahkan niat mereka ke dalam tindakan, dan mereka yang telah melakukannya. Dengan demikian, ada orang yang aktif dan tidak aktif pada fase ini. Dengan kata lain, pada fase kehendak seseorang menemukan maksud dan juga aktor yang dicirikan oleh keadaan psikologis yang berbeda dengan pola pikir yang berbeda, tergantung pada lokasi mereka saat ini dalam perjalanan perubahan perilaku yaitu *preintenders*, *intenders*, dan *actors*.
3. *Post-intentional planning*. *Intenders* yang berada pada tahap *preactional volitional* termotivasi untuk berubah, tapi tidak bertindak karena mereka mungkin tidak memiliki ketrampilan yang tepat untuk menerjemahkan niat mereka ke dalam tindakan. Perencanaan adalah strategi utama pada saat ini sebagai mediator antara niat dan perilaku.
4. *Two kinds of mental simulation*. *Planning* dapat dibagi menjadi dua yaitu *action planning* dan *coping planning*. *Action planning* berkaitan dengan kapan, dimana, dan bagaimana tindakan yang diinginkan. Sedangkan *coping planning* mencakup antisipasi hambatan dan desain tindakan alternatif yang membantu mencapai tujuan meskipun ada hambatan.

5. *Phase-specific self-efficacy*. *Perceived self-efficacy* diperlukan selama proses berlangsung, namun sifat *self-efficacy* berbeda dari fase ke fase. Hal ini karena ada tantangan yang berbeda seiring dengan kemajuan dari satu fase ke tahap berikutnya. Penentuan tujuan, perencanaan, inisiatif, tindakan, dan pemeliharaan semuanya menimbulkan tantangan yang tidak bersifat sama. Oleh karena itu, kita membedakan antara *actional self-efficacy (Task self-efficacy)*, *coping self-efficacy (maintenance self efficacy)*, dan *recovery self-efficacy*.

2.3.3 Fase motivasi atau *motivational phase (pre-intentional)*

Pada awal tahap *pre-intentional*, seseorang mengembangkan niat untuk bertindak. Dalam hal ini, *risk perception* merupakan langkah pertama yang dipandang sebagai pendahuluan. Persepsi risiko saja tidak cukup untuk kemungkinan seseorang membentuk niat. Maka terdapat variable yang disebut *outcome expectancies* (hasil yang diharapkan) bentuknya positif dan dipandang sebagai variable yang penting dalam tahap motivasi, karena merupakan keseimbangan antara pro dan kontra dari hasil perilaku tertentu dalam diri seseorang. Selanjutnya seseorang perlu percaya pada *self-efficacy* (kemampuan diri) untuk melakukan perilaku sesuai dengan tujuan, yang bertujuan positif akan memberikan kontribusi besar dalam membentuk niat (Schwarzer, 1992).

1. *Risk Perception*

Pada tahap motivasi awal, seseorang mengembangkan niat untuk bertindak. Dalam tahap ini *risk perception* semata-mata dipandang sebagai pendahuluan sebelumnya melangkah pada *output expectancies*. *Risk perception* (persepsi risiko) itu sendiri tidak cukup untuk membujuk seseorang untuk membentuk niat. Sebaliknya, Schwarzer menetapkan proses perenungan dan berpikir dengan

penuh perhatian lebih lanjut tentang kemampuan yang dimiliki serta konsekuensi yang harus dihadapi seseorang (Schwarzer, 1992). *Risk perception* merupakan komponen penting sebagai tingkat minimum ancaman atau keprihatinan seseorang, sehingga komponen ini harus ada sebelum seseorang mempertimbangkan manfaat dari tindakan yang mungkin mencerminkan ketidakmampuannya untuk benar-benar melakukan tindakan (Schwarzer, et al, 2003). *Risk perception* dibagi menjadi dua dimensi yaitu, kerentanan dan keparahan. Kerentanan adalah kemungkinan pengaruh yang dirasakan terhadap ancaman kesehatan, sedangkan tingkat keparahan adalah hubungan yang dirasakan dari ancaman kesehatan. Risiko kesehatan mengacu merupakan ancaman bagi kesehatan seseorang baik secara langsung maupun jangka panjang dan mempengaruhi kesejahteraan. Bila seseorang mempunyai *risk perception* dan *negative* yang seimbang hal ini menyebabkan pembentukan niat perilaku yang baik.

2. *Outcome expectancies*

Dari persepsi risiko terhadap sesuatu yang akan dialami oleh seseorang maka tahap kedua selanjutnya seseorang akan merenung dan memikirkan tentang harapan dari hasil yang ingin dicapai, disebut juga *outcome expectancies*. *Outcome expectancies* dipandang sebagai hal yang penting dalam tahap motivasi, ketika seseorang menyeimbangkan pro dan kontra dari konsekuensi perilaku tertentu. Selanjutnya, seseorang harus percaya pada kemampuan dirinya untuk melakukan tindakan yang diinginkan. Jika tidak, maka *outcome expectancies* akan gagal untuk melakukan sesuatu tindakan *outcome*

expectancies berkolaborasi dengan *self-efficacy*, sehingga keduanya memberikan kontribusi substansial untuk pembentukan niat (Schwarzer, 1992).

3. *Self-efficacy*

Bandura (1997) mendefinisikan *self-efficacy* sebagai pertimbangan seseorang akan kemampuannya untuk mengorganisasikan dan menampilkan tindakan yang diperlukan dalam mencapai kinerja yang diinginkan. Hal ini tidak tergantung pada jenis ketrampilan atau keahlian yang dimiliki oleh seseorang, tetapi berhubungan dengan keyakinan tentang apa yang dapat dilakukan menyangkut seberapa lama ia akan bertahan. Keyakinan yang kuat akan kemampuan diri menyebabkan seseorang terus berusaha sampai tujuannya tercapai. Namun, apabila keyakinan akan kemampuan diri tidak kuat, seseorang cenderung akan mengurangi usahanya bila menemui masalah. Tingkat *self-efficacy* individu juga berpengaruh terhadap stress serta depresi yang dapat mempengaruhi pencapaian prestasinya. Individu yang memiliki *self-efficacy* yang rendah akan menghindari semua tugas dan menyerah dengan mudah ketika masalah muncul. Mereka menganggap kegagalan sebagai kurangnya kemampuan yang ada. Dalam kaitannya dengan keyakinan akan kemampuan ini, orang yang memiliki *self-efficacy* yang tinggi berusaha atau mencoba lebih keras dalam menghadapi tantangan sebaliknya orang yang memiliki *self-efficacy* yang rendah akan mengurangi usaha mereka untuk bekerja dalam situasi yang sulit (Bandura, 1997). *Self-efficacy* (kemampuan diri) penting pada semua tahap dalam proses perubahan perilaku kesehatan (Bandura, 1997), tetapi tidak selalu sama dalam penerapannya. Maknanya akan tergantung pada situasi tertentu dari individu yang mungkin lebih atau kurang maju ke dalam proses perubahan.

Action self-efficacy, *coping self-efficacy*, dan *recovery self-efficacy* telah dibedakan dalam perilaku adiktif (bersifat menimbulkan ketergantungan). Alasan *self-efficacy* sangat penting digunakan di dua tahap *Health Action Prosess Approach* (HAPA) adalah bahwa selama perubahan perilaku kesehatan, keyakinan akan kemampuan diri yang berbeda diperlukan untuk tugas utama yang berbeda. Sebagai contoh tindakan tinggi *self-efficacy*, seseorang mungkin percaya diri dalam kemampuannya membuat upaya untuk berhenti melakukan perilaku tertentu, tetapi tidak mungkin percaya diri itu akan terus berlanjut dari waktu ke waktu (*low recovery self-efficacy*).

Beberapa jenis *Self-efficacy*, meliputi :

1) *Task self-efficacy (PreAction Self-efficacy)*

Task self-efficacy disebut juga *action self-efficacy* adalah kemampuan seseorang untuk menerapkan perilaku tertentu (Schwarzer & Renner, 2000) memfasilitasi penetapan tujuan. Mengacu pada tahap proses pertama, dimana seorang individu belum bertindak, tetapi sudah menghasilkan motivasi untuk melakukan suatu perilaku. Pada *action self-efficacy* individu membayangkan kesuksesan, mengantisipasi potensial dari strategi yang beragam, dan lebih cenderung memprakarsai perilaku baru.

2) *Maintenance Self-efficacy*

Disebut juga *coping self-efficacy*, merupakan keyakinan tentang kemampuan seseorang untuk menghadapi hambatan yang timbul selama masa pemeliharaan (*Maintenance Self-efficacy*). Pada *coping self-efficacy*, seseorang yakin terhadap kemampuan dirinya untuk mengantisipasi hambatan yang timbul saat perencanaan. Perilaku kesehatan mungkin

berubah menjadi lebih sulit dari apa yang diharapkan dalam kepatuhan, tetapi *self-efficacy* berguna untuk merespon kepercayaan diri seseorang dengan strategi yang baik, banyak usaha, dan ketekunan yang berkepanjangan dalam mengatasi rintangan tersebut. Setelah tindakan telah diambil, individu dengan *maintenance self-efficacy* yang tinggi mempunyai kecenderungan untuk lebih banyak berusaha dan bertahan lebih lama daripada mereka yang kurang *maintenance self-efficacy*.

3) *Recovery self-efficacy*

Recovery self-efficacy berasal dari pengalaman terhadap kegagalan, penyimpangan dan kemunduran. *Recovery self-efficacy* berguna untuk kembali ke jalur perbaikan perilaku setelah tergelincir atau keluar dari jalur atau tidak sesuai dengan perilaku yang diharapkan. Seseorang akan percaya pada kemunduran dan mengurangi kerugian (Schwarzer, 1992).

Ada perbedaan fungsional antara masing-masing jenis *self-efficacy*, sedangkan urutannya tidak terlalu penting. Perbedaan spesifik *self-efficacy* dapat mengandung maksud yang sama dalam waktu satu waktu. Asumsinya adalah bahwa *self-efficacy* tindakannya dengan cara berbeda. Misalnya, *maintenance self-efficacy* berfungsi untuk melanjutkan rantai terputus dari suatu tindakan, sedangkan *action self-efficacy* berfungsi ketika menghadapi tantangan atau hambatan baru (Luszczynka *et al*, 2007; Luszczynka & Sutton, 2006). Perbedaan ini menjadi fase spesifik dalam keyakinan *self-efficacy* dan telah terbukti penggunaannya dalam berbagai domain dari perubahan perilaku. *Action self-efficacy* cenderung untuk memprediksi niat, sedangkan *maintenance self-efficacy* cenderung untuk memprediksi perilaku. Individu yang telah pulih dari

kemunduran diperlukan keyakinan diri yang berbeda daripada mereka yang telah mempertahankan tingkat aktivitas mereka (Scholz et al, 2005.) rodgers (2002) telah menemukan bukti untuk tahap spesifik terhadap keyakinan *self-efficacy* dalam perilaku berolahraga yaitu *task self-efficacy*, *coping self-efficacy*, dan *scheduling self-efficacy*. Dalam studi menerapkan *health Action Process Approach* (HAPA), tahap *self-efficacy* berbeda dalam dampak pada berbagai perilaku kesehatan preventif seperti pemeriksaan payudara sendiri (Luszczynka & Schwarzer 2003), perilaku diet (Schwarzer 2003 & Renner 2000), dan latihan fisik (Scholz et al, 2005).

2.3.4 *Intention*

Intention (niat) adalah probabilitas subjektif yang dimiliki seseorang tentang akan melakukan sesuatu perilaku (Fishbein & Ajzen 1975). *Intention* meliputi motivasi seseorang terhadap tujuan dan perilaku oleh Fishbein & Ajzen (1975), yang diartikan sebagai kemungkinan subjektif seseorang untuk melakukan suatu perilaku tertentu. Kemudian ditegaskan bahwa niat individu untuk melakukan sesuatu itu merupakan fungsi dari sikap terhadap perwujudan perilaku dalam situasi tertentu, sebagai faktor personal atau attitudinal.

Bandura (1997) menyatakan bahwa *intention* merupakan suatu kebulatan tekad untuk melakukan aktivitas tertentu atau menghasilkan suatu keadaan tertentu di masa depan. *Intention* menurutnya adalah bagian vital dari *self regulation* individu yang dilatar belakangi oleh motivasi seseorang untuk bertindak. *Intention* dapat diartikan sebagai representasi kognitif dari kesiapan seseorang untuk melakukan perilaku atau tindakan tertentu, dan niat ini dapat digunakan untuk ukuran perilaku atau tindakan seseorang (Fishbein & Ajzen 1975).

Cao (2010) menjelaskan bahwa untuk mematuhi rekomendasi dari perilaku, seseorang harus membentuk suatu niat yang tegas. Namun, niat sering kali gagal untuk diterjemahkan ke dalam kegiatan atau tindakan atau aktivitas fisik. Dengan demikian, model psikologis tambahan harus dipelajari untuk memahami mekanisme yang terlibat dalam perubahan aktivitas, meskipun dalam membangun niat sangat diperlukan dalam menjelaskan perubahan perilaku kesehatan. Ketika mencoba untuk mewujudkan niat ke dalam perilaku, individu diharapkan dengan berbagai kendala, seperti gangguan lupa, godaan, atau kebiasaan buruk yang bertentangan.

Oleh karena itu, niat harus dilengkapi dengan variabel lainnya yang lebih proksimal dan mungkin dapat menerjemahkan dari niat menjadi tindakan (Wiedermann, Schuz, Sniehotta, Scholz, & Schwarzer 2009) beberapa variabel telah diidentifikasi, seperti *self-efficacy*. Namun, hal ini tidak sepenuhnya dipahami bagaimana kedua faktor interaksi antara niat dengan perilaku. Studi sebelumnya telah ditentukan *self-efficacy* dan perencanaan sebagai mediator antara niat dan perilaku (Schwarzer *et al.* 2008).

2.3.5 Fase kehendak atau *volition phase (Post-Intentional)*

Setelah seseorang mengembangkan kecenderungan terhadap adopsi perilaku kesehatan tertentu pada *motivational phase*, maka niat baik harus diubah menjadi petunjuk rinci yang ada pada *volition phase* (tahap kehendak) atau *post-intentional* yaitu berupa *planning* (perencanaan) tentang cara melakukan *Action* (tindakan). Setelah *action* (tindakan) dimulai, maka juga perlu dipertahankan (*maintenance*). Hal ini tidak dapat dicapai melalui tindakan saja, tetapi juga melibatkan keterampilan

self-regulatory dan strategi. Dengan demikian, tahap *post-intentional* harus lebih dipecah menjadi faktor proksimal (Schwarzer, 1992).

Ketika pilihan (prioritas) untuk perilaku kesehatan tertentu tekad dibentuk, niat harus diubah menjadi petunjuk lengkap bagaimana melakukan tindakan yang diinginkan. Dengan demikian, *action plan* dapat ditentukan oleh tinggi rendahnya niat dan *action plan* (rencana aksi) yang berisi tujuan utama serta prosedur sistematis untuk menyelesaikan masalah. Proses *volition* (kemauan) hampir tidak dipengaruhi oleh *self-efficacy*, karena jumlah dan kualitas *plan action* (rencana aksi) tergantung pada persepsi kemampuan seseorang dan pengalaman *self-efficacy* mempengaruhi keyakinan penyusun kognitif dari *action plan* (rencana aksi) yang spesifik, misalnya dengan memvisualisasikan scenario yang dapat memandu untuk mencapai tujuan (Schwarzer, 1992).

Setelah tindakan telah dimulai, hal itu harus dikontrol dan dipertahankan (*maintenance*) dari hambatan. Perubahan aktivitas kognitif dibutuhkan untuk menyelesaikan tindakan primer dan untuk menekan kecenderungan hambatan aksi sekunder (Schwarzer, 2008)

Ketika tindakan sedang dilakukan, *self-efficacy* menentukan beberapa usaha untuk diinvestasikan, sehingga orang dengan keraguan lebih cenderung untuk mengantisipasi skenario dengan sukses, membimbing tindakan dan membiarkan orang tersebut bertahan dalam menghadapi hambatan. Ketika terjadi kesulitan yang tak terduga pun, dengan *self-efficacy* mereka akan cepat pulih (*revoer*) (Schwarzer, 2008).

Melakukan perilaku kesehatan yang dimaksud adalah suatu tindakan seperti menahan diri dari *risk behaviour* (perilaku beresiko). Penekanan kesehatan

terkadang mengganggu tindakan sehingga membutuhkan usaha dan ketekunan juga, oleh karena itu perlu ada *action plan* (rencana aksi) dan *action control* (kontrol tindakan). Jika seseorang berniat berhenti merokok atau minum, kita harus merencanakan bagaimana melakukannya. Sebagai contoh, pentingnya untuk menghindari situasi resiko tinggi dimana tekanan untuk kambuh yang luar biasa.

Mencapai sasaran proksimal membantu meningkatkan tingkat kesulitan dari situasi dapat menolak dalam semua keadaan yang mungkin. Jika seseorang ketagihan rokok atau minuman, *action control* (kontrol tindakan) membantu dia untuk bertahan terhadap suatu krisis. Semakin mudah untuk mengendalikan hambatan. *Self-efficacy* membantu untuk membangun kembali upaya di perlukan untuk mencapai tujuan.

1. *Planning*

Niat baik lebih mungkin diterjemahkan ke dalam suatu tindakan ketika orang mengembangkan rencana keberhasilan dan strategi persiapan untuk menyelesaikan pekerjaan atau sesuatu kegiatan yang sulit. Simulasi mental membantu mengidentifikasi isyarat untuk bertindak (*cues of action*). Penelitian tentang *action planning* (rencana aksi) untuk perilaku kesehatan telah disarankan oleh Lewin (1947), misalnya dalam konteks memiliki makanan. Lewin membedakan antara rencana keseluruhan dan spesifik untuk membuat suatu langkah pertama dalam mencapai tujuan. Leventhal, *et al* (1965) berpendapat bahwa menarik yang didasarkan pada kekhawatiran dapat memfasilitasi perubahan perilaku kesehatan hanya bila dikombinasikan dengan petunjuk khusus pada saat dimana, dan bagaimana membentuk seseorang. Perhatian baru untuk perencanaan muncul ketika konsep pelaksanaan niat diperkenalkan dari

perspektif psikologi *motivation* dan *volition* (Gollwitzer, 1999). Perencanaan tindakan meliputi mengukur situasi tertentu (kapan, dimana) dan rutan tindakan (bagaimana). Perencanaan adalah sebuah variabel yang dapat berubah. Hal ini dapat berubah. Hal ini dapat mudah dikomunikasikan kepada individu dengan *self-regulatory* yang kurang. Percobaan kontrol acak telah mendokumentasikan bukti bahwa perencanaan untuk meningkatkan adopsi dan pemeliharaan perilaku kesehatan (Luszczynka, 2006; Luszczynka, *et al*, 2007). Oleh karena itu, penekanan umum dari studi ini terletak pada asumsi bahwa *action planning* (rencana aksi) merupakan mediator yang berharga yang membantu untuk menjembatani kesenjangan antara niat dan perilaku. Selain *action planning* (membentuk rencana rinci untuk menentukan kapan, dimana dan bagaimana perilaku akan dilakukan). Perencanaan juga mengacu pada *coping planning* (membayangkan kemungkinan hambatan yang dapat menghalangi tujuan awal dan merencanakan cara untuk mengatasinya) (Schwarzer, 2008). *Coping* dapat didefinisikan sebagai upaya mengelola dan mengatasi tuntutan dan peristiwa penting menimbulkan sebagai upaya mengelola dan mengatasi tuntutan dan peristiwa penting menimbulkan tantangan, ancaman, kerusakan, kehilangan, atau manfaat bagi seseorang. Istilah *coping* sering digunakan dalam arti yang lebih sempit yaitu sebagai respon yang diperlukan dari suatu organisme untuk berpartisipasi dengan keadaan yang merugikan (Lazarus, 1991).

2. *Action*

Niat yang baik tidak selalu menjamin terhadap tindakan yang sesuai. Hubungan antara niat dan perilaku sangat bervariasi. Sedangkan pada fase motivasi itu menggambarkan tentang apa yang orang pilih untuk melakukan suatu. Kegiatan

atau tindakan, dalam *action* pada *volition phase* menggambarkan seberapa keras mereka mencoba dan bertahan (Schwarzer, 2008). Pada *Health Action Process Approach* (HAPA), tahap *action* terdiri dari *initiative*, *maintenance*, dan *recovery*. setelah terbentuk niat, seseorang akan merencanakan apa saja yang akan dilakukan, dimana dari bagaimana cara melakukan tindakan untuk mencapai tujuan. Dimulai dari *initiative*, dimana seseorang mempunyai upaya memulai atau ide untuk melakukan tindakan. Selanjutnya apabila dalam upaya atau tindakannya terdapat hambatan, maka seseorang akan berusaha mempertahankan (*maintenance*) upaya atau tindakannya. Apabila seseorang hambatan, maka kemungkinan seseorang akan *disengagement* ataupun *recovery* dan kembali pada tujuan awalnya (Schwarzer, 2008).

3. *Barriers and resources*

Barriers and resources merupakan hambatan dari luar diri seseorang dalam proses perubahan perilaku. Dukungan sosial merupakan salah satu penghambat perubahan perilaku kesehatan (Schwarzer, 2008 & Fuchs, 1996). Dukungan sosial telah dibagi dalam bentuk *tangible* (nyata), emosional, maupun informasi (Fisher, *et al*, 1997; Ryan dan Deci, 2000). Sebagai contoh, dalam kasus berusaha untuk mengubah aktivitas fisik seseorang, dukungan sosial dapat berupa *tangible* (misalnya menyediakan peralatan olahraga), emosional (misalnya mendorong untuk latihan), informasi (misalnya memberikan rekomendasi untuk latihan).

2.4 Keaslian Penelitian

Tabel 2.9. Keaslian penulisan Hubungan *outcome expectancies* dan *task self-efficacy* dengan kepatuhan minum obat pasien TB.

NO	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Metode Penelitian (Desain, sampel, variabel, instrumen dan analisis)	Hasil
1	Pengaruh kepatuhan dan motivasi penderita TB terhadap tingkat kesembuhan pengobatan di puskesmas Tanjung Morawa kabupaten Deli Serdang (Sirait et al., 2018)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Desain penelitian: <i>explanatory research</i> 2) Sampel : 21 responden 3) Variabel <ul style="list-style-type: none"> • Independen : kepatuhan dan motivasi penderita TB • Dependen : tingkat kesembuhan pengobatan 4) Instrumen : kuisisioner 5) Analisis : <i>univariat</i> dan <i>bivariat</i> 	Hasil analisis uji Chi-square pada tingkat kepercayaan 95% dan alpha 0,05 diperoleh nilai p value 0,002 artinya ada pengaruh yang bermakna antara kepatuhan penderita TB paru terhadap tingkat kesembuhan pengobatan penyakit TB paru. Hasil analisis uji statistik <i>bivariat</i> dalam penelitian ini juga menunjukkan bahwa variabel dukungan keluarga/PMO memiliki pengaruh terhadap tingkat kesembuhan pengobatan TB paru, yaitu $p=0,003<0,05$.
2	Kepatuhan minum obat pada pasien tuberculosis paru (Fitri, Marlindawani, & Purba, 2018)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Desain penelitian : <i>Cross sectional</i> 2) Sampel : 51 orang 3) Variabel <ul style="list-style-type: none"> • Independen : pengetahuan, dukungan keluarga, pendidikan, pekerjaan, dan sikap • Dependen : Kepatuhan minum obat 4) Instrumen : 5) Analisis : <i>Bivariat</i> dan <i>multivariat</i> 	Ada pengaruh pengetahuan, dukungan keluarga, pendidikan, pekerjaan, dan sikap terhadap kepatuhan minum obat pada pasien tuberculosis paru di Wilayah kerja Puskesmas Sadabuan Kota Padangsidempuan. Variabel yang mempunyai pengaruh yang paling dominan terhadap kepatuhan minum obat pada pasien tuberkolosis paru di Wilayah kerja Puskesmas Sadabuan Kota Padang sidempuan yaitu variabel pengetahuan
3	Motivasi dan dukungan sosial keluarga mempengaruhi kepatuhan berobat pada pasien TB paru di poli paru BP4 Pamekasan (Muna & Soleha, 2018)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Desain penelitian : <i>Cross sectional</i> 2) Sampel : 16 orang 3) Variabel <ul style="list-style-type: none"> • Independen : motivasi dan dukungan sosial keluarga • Dependen : kepatuhan berobat 4) Instrumen : kuisisioner 5) Analisis : regresi logistik ganda 	Berdasarkan hasil penelitian dari kedua variabel yang diteliti faktor dominan yang dapat mempengaruhi kepatuhan adalah dukungan sosial keluarga, yaitu responden yang memiliki dukungan sosial keluarga tinggi kemungkinan akan lebih patuh 22 kali daripada yang memiliki dukungan sosial keluarga rendah. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan dengan kekuatan lemah secara statistik tidak signifikan antara motivasi dengan kepatuhan berobat. Pasien yang motivasinya tinggi memiliki kemungkinan patuh 5/10 kali lebih rendah daripada pasien yang motivasinya rendah (OR=0,48; $p=0,589$).

No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Metode Penelitian (Desain, sampel, variabel, instrumen dan analisis)	Hasil
4	Hubungan dukungan keluarga dengan efikasi diri penderita <i>tuberculosis multi drug resistant</i> (TB-MDR) di poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik (Mar'atul Hasanah, Makhfudli, 2018)	1) Desain penelitian : deskriptif korelasi dengan pendekatan <i>cross sectional</i> 2) Sampel : 15 orang 3) Variabel <ul style="list-style-type: none"> • Independen : dukungan keluarga • Dependen : efikasi diri klien 4) Instrumen : kuisisioner 5) Analisis : Uji <i>Sperman Rho</i>	Dukungan keluarga tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan efikasi diri penderita <i>tuberculosis multidrug resistant</i> (TB-MDR)
5	Hubungan antara <i>risk perception, outcome expectancies</i> dan <i>task self-efficacy</i> dengan kepatuhan ODHA dalam terapi antiretroviral di puskesmas Dupak Surabaya (Lestari, 2017)	1) Desain penelitian : <i>Cross sectional</i> 2) Sampel : 30 orang 3) Variabel <ul style="list-style-type: none"> • Independen : <i>risk exception, outcome expectancies</i> dan <i>task self-efficacy</i> • Dependen : kepatuhan ODHA dalam terapi antiretroviral 4) Instrumen : kuisisioner 5) Analisis : <i>bivariat</i> dengan uji <i>Spearman Rho</i>	Ada hubungan yang signifikan antara <i>risk perception, outcome expectancies</i> dan <i>task self-efficacy</i> dengan kepatuhan ODHA dalam terapi antiretroviral.
6	Penerapan HAPA (<i>Health Action Procces Approach</i>) terhadap peningkatan kepatuhan diet pada DM tipe 2 dipuskesmas Krian Sidoarjo (Kusnanto, Iqlima Dwi Kurnia, 2015)	1) Desain penelitian : <i>Quasy-experiment</i> 2) Sampel : 16 orang 3) Variabel <ul style="list-style-type: none"> • Independen : Penerapan HAPA (<i>Health Action Procces Approach</i>) • Dependen : <i>Self-efficacy</i>, kadar gula darah, kepatuhan diet pada pasien DM tipe 2 4) Instrumen : kuisisioner, dan stick untuk mengukur kadar gula darah 5) Analisis : <i>Wilcoxon Signed Rank Test & Mann Witney U Test</i>	Penerapan HAPA (<i>Health Action Procces Approach</i>) efektif dalam meningkatkan kepatuhan diet pada pasien DM tipe 2. Uji stastistik <i>Wilcoxon Signed Rank Test & Mann Witney U Test</i> menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan terhadap <i>self-efficacy</i> , kadar gula darah, kepatuhan diet dan terdapat peningkatan kepatuhan diet pada pasien DM tipe 2. Penerapan HAPA ini akan merubah keyakinan pasien DM mengenai hasil yang positif jika melaksanakan diet DM dengan baik.

No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Metode Penelitian (Desain, sampel, variabel, instrumen dan analisis)	Hasil
7	Hubungan efikasi diri dengan kepatuhan minum obat pada pasien TB paru di Puskesmas Patrang Kabupaten Jember (Novitasari, 2017)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Desain penelitian : <i>Cross sectional</i> 2) Sampel : 30 responden 3) Variabel <ul style="list-style-type: none"> • Independen : Efikasi diri • Dependen : Kepatuhan minum obat 4) Instrumen : Kuisisioner 5) Analisis : Uji statistik <i>Chi-Square</i> 	Ada hubungan efikasi diri dengan kepatuhan minum obat pada pasien TB paru di Puskesmas Patrang Kabupaten Jember dengan <i>p value</i> sebesar 0,01 ($p \text{ value} < \alpha (0,05)$). Nilai Odds Ratio (OR) = 11,000, artinya pasien yang memiliki efikasi diri yang baik mempunyai peluang 11 kali mengalami kepatuhan minum obat yang baik dibandingkan pasien yang memiliki efikasi diri yang rendah.
8	Hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan kepatuhan minum obat klien TB paru di poli paru Rumah Sakit Umum Haji Surabaya (Purwanti, 2017)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Desain penelitian: <i>Cross Sectional</i> 2) Sampel : 45 responden 3) Variabel <ul style="list-style-type: none"> • Independen : Tugas kesehatan keluarga • Dependen : kepatuhan minum obat 4) Instrumen : Kuisisioner 5) Analisis : Uji statistik menggunakan <i>spearman rho</i> 	Ada hubungan antara pelaksanaan tugas kesehatan keluarga : mengenal masalah kesehatan anggota keluarga ($p: 0,001$), mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat ($p: 0,000$), merawat anggota keluarga yang sakit ($0,003$), memodifikasi lingkungan yang sehat ($p: 0,006$), dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia ($0,001$) dengan kepatuhan minum obat klien TB paru.
9	Hubungan karakteristik, pengetahuan, sikap dan tindakan penderita tuberkulosis paru dengan kepatuhan minum obat di Puskesmas Tanah Kalikedinding (Yuda, 2018)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Desain penelitian : <i>Cross Sectional</i> 2) Sampel : 32 responden 3) Variabel <ul style="list-style-type: none"> • Independen : Karakteristik (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status pekerjaan) • Dependen : Kepatuhan minum obat tuberkulosis 4) Instrumen : Kuisisioner 5) Analisis : Uji <i>Chi-Square</i> 	Hasil uji <i>Chi-Square</i> menunjukkan bahwa usia dan pendidikan memiliki hubungan yang bermakna dengan hasil $p=0,006$ dan $p=0,015$. Untuk jenis kelamin dan status pekerjaan tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan hasil $p=0,419$ dan $p=0,212$. Serta untuk variabel independen lainnya seperti pengetahuan, sikap dan tindakan juga memiliki hubungan yang bermakna dengan nilai <i>Chi-Square</i> 0,000 untuk variabel pengetahuan, 0,073 untuk variabel sikap, dan 0,006 untuk variabel tindakan.

No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Metode Penelitian (Desain, sampel, variabel, instrumen dan analisis)	Hasil
10	Pengaruh modifikasi model asuhan keperawatan adaptasi Roy terhadap <i>self efficacy</i> , respon penerimaan, dan respon biologis pada pasien tuberkulosis paru (Makhfudli, 2016)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Desain penelitian : <i>quasi experiment, non randomized control grup pretest posttest design</i> 2) Sampel : 42 responden 3) Variabel <ul style="list-style-type: none"> • Independen : Modifikasi model asuhan keperawatan adaptasi Roy • Dependen : <i>Self efficacy</i> pasien tuberkulosis, respon adaptasi penerimaan diri (psikologis), respon adaptif sosial, stress, kadar kortisol dan konversi BTA. 4) Instrumen : kuisioner, pemeriksaan lab. 5) Analisis : Uji <i>paired t test</i> 	Pengembangan model asuhan keperawatan adaptasi Roy dapat meregulasi <i>self efficacy</i> , respon psikologis dan respon sosial mengakibatkan penurunan kortisol menginduksi peningkatan sistem imun akan merusak atau menghancurkan tuberkulosis sehingga tercemin mempercepat angka konversi BTA.
11	<i>Determinants of adherence to Tuberculosis treatment in Iranian patients : Aplication of Health Belief Model</i> (Azizi, Karimy, & Salahshour, 2018)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Desain penelitian : <i>Cohort Study</i> 2) Sampel : 297 responden 3) Variabel <ul style="list-style-type: none"> • Independen : <i>Perceived of threat, benefiets, barriers, self-efficacy</i> • Dependen : <i>Therapeutic adherence</i> 4) Instrumen : <i>Interview, questionnaires, medical records, medical cards.</i> 5) Analisis : <i>One-way analysis of variance (ANOVA), independent sampel T-test.</i> 	<i>The participants comprised 159 men and 138 women with an average age of 56,8 years (range 19-72 years). The result showed that the variables of perceived threath, benefiets, barriers, and self-efficacy accounted for 42% of te variance in the therapeutic adherence. The strongest predictor of adherence was found to be self-efficacy.</i>
12	<i>Factor contributing to non-adherence with treatment among TB patients in Sodo Woreda, Gurage Zone, Southern Ethiopia: A qualitative study</i> (Gugssa, Shimels, & Bilal, 2017)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Desain penelitian : <i>Phenomenological study</i> 2) Sampel : 22 participants 3) Variabel : <i>Reasons for non-adherence againts TB treatment from lived experiences and the views of TB patients on the disease and its treatment</i> 4) Instrumen : <i>Audio recorder and notes</i> 5) Analisis : <i>Content analysis</i> 	<i>The patients take their TB medication under difficult circumstances and experience a wide range of interacting factors which impact their treatment taking behavior. Lack of adequate food, poor comunicarion between healthcare providers and patients, belief in traditional healing system, unavailability of the DOTS service in nearby health facilities, sode-effect and pill burden of the drugs, stigma and discrimination were factors that contributed to poor TB treatment adherence in the study area.</i>

No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Metode Penelitian (Desain, sampel, variabel, instrumen dan analisis)	Hasil
13	<i>Effects of motivational interviewing on the treatment adherence of Tuberculosis Patients</i> (Loa, 2016)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Desain penelitian : <i>True experiment</i> 2) Sampel : <i>30 participants</i> 3) Variabel <ul style="list-style-type: none"> • Independen : <i>motivational interviewing</i> • Dependen : <i>treatment adherence of tuberculosis patients</i> 4) Instrumen : <i>kuisisioner</i> 	<i>Knowledge about disease and its treatment combined with motivation can increase self-efficacy to treatment adherence.</i>
14	<i>Evaluation of treatment failure outcome and predictors among pulmonary tuberculosis patients in Shakira Governorate</i> (El-shabrawy & El-shafei, 2017)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Desain penelitian : <i>restropective cohort study</i> 2) Sampel : <i>480 responden</i> 3) Variabel <ul style="list-style-type: none"> • Independen : <i>Predictors of TB treatment failure</i> • Dependen : <i>TB treatment failure</i> 4) Instrumen : <i>Medical record and TB registry</i> 5) Analisis : <i>Chi-Square test, Fishers exact test, t-test and Logistic regression analysis</i> 	<i>Of the 480 TB patients registered during the study period (2013–2014), the incidence of treatment failure was 6.25%. Treatment failure cases were significantly more likely to have: positive sputum smears at 2 months of TB treatment ($p < 0.01$), cavities on the baseline chest radiograph ($P < 0.01$), extensive disease on the baseline chest radiograph ($P < 0.001$). Also, retreatment case ($P < 0.01$) and CAT 11 treatment category were ($p < 0.001$).</i>
15	<i>Factors associated with treatment adherence of tuberculosis infection</i> (Gallardo et al., 2014)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Desain penelitian : <i>Observational study of historical cohort</i> 2) Sampel : <i>764 responden</i> 3) Variabel : <ul style="list-style-type: none"> • Independen : <i>age, social relationship, tuberculin skin test (TST)</i> • Dependen : <i>TB treatment adherence</i> 4) Instrumen : <i>medical record and interview</i> 5) Analisis : <i>Mann-Whitney U, chi squared-X and logistic regression model.</i> 	<i>We included 764 tuberculosis contacts in the analysis. 59.7% of the 566 patients who completed the contact tracing, had tuberculosis infection (TI). Of the patients with TI, 45.6% had not started treatment for tuberculosis infection (TTBI). Factors associated with not starting TTBI were: age (36-65 years, RR: 5.8; 95% CI: 1.2-27.5, and >65 years, RR: 11.3; 95% CI: 2.0-64.0), the social relationship with TB case (RR: 2.2; 95% CI 1.2-3.8), and the TST (Tuberculin Skin Test) reaction (≥ 15 mm; RR: 0.5; 95% CI: 0.3-0.9). The completion rate for TTBI was 80.4% among people who started therapy. The treatment regimen was associated with greater compliance to TTBT (7-9H, RR: 12.7; 95% CI: 1.5-107.3).</i>