

TESIS

**PENGARUH TERAPI RELAKSASI, MANAGEMEN STRESS
DAN PROMOSI KESEHATAN MELALUI PENDEKATAN
CBSM TERHADAP PERUBAHAN TINGKAT PENGETAHUAN
PERILAKU DAN STRES PADA PASIEN TB MDR DI RSU
Dr. SOETOMO SURABAYA**



Oleh :

Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns

NIM : 090810585 M

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2010**

TESIS

**PENGARUH TERAPI RELAKSASI, MANAGEMEN STRESS
DAN PROMOSI KESEHATAN MELALUI PENDEKATAN
CBSM TERHADAP PERUBAHAN TINGKAT PENGETAHUAN
PERILAKU DAN STRES PADA PASIEN TB MDR DI RSU
Dr. SOETOMO SURABAYA**

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
Dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan UNAIR**

Oleh :

Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns

NIM : 090810585 M

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2010**

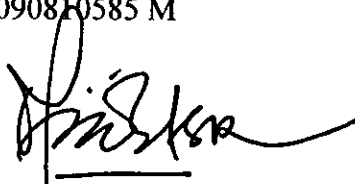
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns

NIM : 090810585 M

Tanda Tangan :



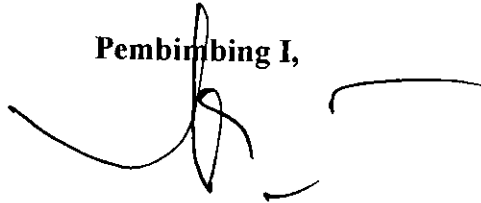
Tanggal : 24 September 2010

LEMBAR PENGESAHAN

**TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, SEPTEMBER 2010**

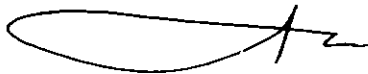
Oleh

Pembimbing I,



**Dr. Sunarjo, dr., MS., M.Sc
NIP. 130685841**

Pembimbing II,



**Sudarsono, dr., Sp.P (K)
NIP. 1955112311984 101 001**

**Mengetahui,
Ketua Program Studi**

**Dr. F. Sustini, dr., M.S
NIP. 130934631**

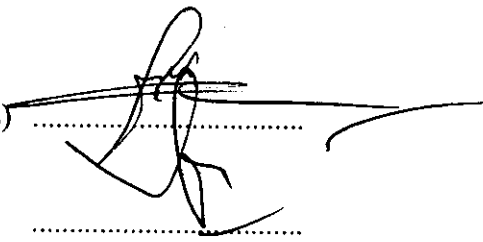
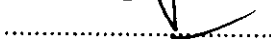
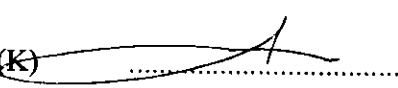

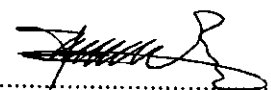
HALAMAN PENGESAHAN PANITIA PENGUJI USULAN PENELITIAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns
NIM : 090810585
Program Studi : Magister keperawatan
Judul : Pengaruh *Cognitive Behavioural Stress Management* (CBSM) terhadap Perubahan Tingkat Pengetahuan, Perilaku, dan Penurunan Tingkat Stres Pada Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Tesis ini telah diuji dan dinilai oleh Panitia Penguji
Pada Program Studi Magister keperawatan Universitas Airlangga

Pada Tanggal : 24 September 2010

Panitia Penguji,

1. Ketua : Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) 
2. Anggota : Dr. Sunarjo, dr., MS., M.Sc 
3. Anggota : Sudarsono, dr., Sp.P (K) 
4. Anggota : Ahmad Yusuf, S.Kp., M.Kes 
5. Anggota : Esty Yunitasari, S.Kp., M.Kes 

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT, atas berkah dan rahmat-Nya, sehingga Tesis Penelitian yang berjudul “Pengaruh terapi relaksasi, manajemen stress dan teori promosi kesehatan melalui pendekatan CBSM terhadap Perubahan Tingkat Pengetahuan, Perilaku, dan Stress pada Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya” dapat terselesaikan.

Penelitian ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan (M.Kep) pada Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Penulis menyadari bahwa penyusunan penelitian ini tidak akan berhasil tanpa mendapat bimbingan, bantuan, dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Rektor Universitas Airlangga atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan.
2. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), selaku Dekan Fakultas Keperawatan dan sekaligus menjadi penguji penelitian ini atas kesempatan dan fasilitas, bimbingan serta motivasi yang diberikan sehingga kami dapat menyelesaikan pendidikan magister keperawatan.
3. Kolonel Laut (Purn) dr. Moch. Djumhana, Sp.M., selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

4. DR. Sunarjo, dr., MS., M.Sc selaku pembimbing I, yang telah memberikan motivasi, semangat, bimbingan, arahan, dan kritik-kritik yang membangun serta kesempatan yang luas kepada peneliti selama proses penyusunan penelitian tesis ini.
5. Sudarsono, dr., Sp.P (K) selaku pembimbing 2 yang telah memberikan bimbingan, arahan, motivasi, saran, serta dukungan dan kepercayaan kepada peneliti sehingga peneliti selalu optimis untuk menyelesaikan penelitian ini.
6. Dr. F. Sustini, dr., MS., selaku Kepala Program Studi, atas segala perhatian, motivasi dan semangat yang diberikan kepada kami sehingga kami mampu menyelesaikan penelitian dan rangkaian pendidikan magister keperawatan ini.
7. Bapak Ahmad Yusuf, S.Kp., M. selaku penguji penelitian tesis ini terima kasih atas waktu, kritik dan saran serta motivasi yang membantu peneliti menyelesaikan tugas ini.
8. Ibu Esty Yunitasari, S.Kp., M.Kes selaku penguji penelitian tesis ini terima kasih atas waktu, kritik dan saran yang membangun serta kesabaran ibu yang membantu peneliti menyelesaikan penelitian ini
9. Kepala Ruangan Paru Laki-laki dan Paru Wanita yang telah memberikan kesempatan dan arahan kepada peneliti dalam proses pengambilan data penelitian.
10. Bapak-bapak dan Ibu-ibu responden yang berkenan untuk turut serta dalam pengambilan data penelitian, terima kasih atas waktu dan kesediannya membantu peneliti, dan semoga semangat tinggi yang mereka miliki menjadi spirit bagi para tenaga kesehatan untuk selalu memberikan yang terbaik kepada seluruh pasien

11. Rekan-rekan sejawat perawat di Ruang Paru Laki-laki dan Ruang Paru Wanita RSU Dr. Soetomo Surabaya yang telah banyak membantu peneliti dalam proses pengumpulan data penelitian.
12. Rekan-rekan Dosen di Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan motivasi dan perhatian sehingga peneliti sanggup menyelesaikan penelitian ini.
13. Rekan-rekan Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Angkatan I, terima kasih atas kekompakan dan semangat memperjuangkan kemajuan profesi Keperawatan
14. Keluargaku tercinta, Suami dan putra kecilku yang tak pernah lelah memberikan kasih sayang, perhatian, motivasi dan dukungan serta semangat pantang menyerah hingga penulis mampu menyelesaikan tugas berat ini.
15. Serta semua pihak yang telah membantu selama proses pembuatan penelitian ini, yang namanya tidak dapat kami sebutkan satu persatu.

Akhirnya semoga bimbingan dan bantuan yang telah diberikan kepada peneliti insya Allah dicatat sebagai amal baik oleh Allah SWT.

Peneliti sangat menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari sempurna, untuk itu demi perbaikan kesempurnaan penelitian ini penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak, akhirnya penulis berharap mudah-mudahan hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi penulis dan pembaca pada khususnya dan perkembangan keperawatan pada umumnya.

Surabaya, September 2010

Peneliti

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns
NIM : 090810585 M
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen :
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

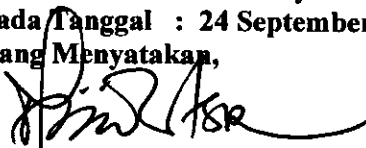
Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-Exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Pengaruh terapi relaksasi, manajemen stress dan teori promosi kesehatan melalui pendekatan CBSM terhadap Perubahan Tingkat Pengetahuan, Perilaku, dan Stress pada Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya
Pada Tanggal : 24 September 2010
Yang Menyatakan,



Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns
NIM. 090810585 M

ABSTRACT

The Effect Of Relaxation Teraphy, Stress Management, And Health Promotion On Through CBSM Approach On The Change Of Knowledge Level, Behaviour, And Stress In Mdr-Tb Patients at Dr. Soetomo Surabaya

The problem of MDR TB constitutes the complexity of medication and the potential to experience high level of stress. The influence of Cognitive Behavioral Stress Management (CBSM) towards the change of stress, cognitive, and behavioral aspects in MDR TB patients at DR. Soetomo general hospital needs to be studied

The research applied pre-test and post test group design. The population constitutes the patients of MDR TB who undertake TB MDR therapy at DR. Soetomo general hospital Surabaya having the intended criteria. The independent variable in this thesis is Cognitive Behavioral Stress Management (CBSM) intervention, whereas the dependent variable is the stress level, cognitive, and behavioral aspects. The data were subsequently analyzed through Mcnemar statistic test.

The results of the research shows that the factors influencing stress on MDR TB patients is the length of time, medication side-effect, family support and environment. With $p=0,031$ a conclusion can be drawn that there is a relationship between CBSM therapy towards the MDR TB patients' level of knowledge at DR. Soetomo general hospital Surabaya, whereas $p=0,687$ indicates that there is no influence of CBSM therapy towards basic need fulfillment behavior, and $p=0,219$ indicates that there is no influence of CBSM therapy towards the stress level of MDR TB patients of DR. Soetomo Surabaya.

High level of stress may trigger the decrease of immunity system and worsen the prognosis of TB so that attempt for minimizing the level of stress needs to be made.

Keywords: CBSM, MDR TB, Adaptation

ABSTRAK

PENGARUH TERAPI RELAKSASI, MANAGEMEN STRESS DAN PROMOSI KESEHATAN MELALUI PENDEKATAN CBSM TERHADAP PERUBAHAN TINGKAT PENGETAHUAN, PERILAKU DAN STRES PADA PASIEN TB MDR DI RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA

Permasalahan dari TB MDR adalah kompleksnya pengobatan dan potensi terjadinya stress yang tinggi. Pengaruh *Cognitive Behavioural Stress Management* (CBSM) terhadap perubahan stress, kognitif dan perilaku pada pasien Tuberkulosis MDR di RSUD Dr. Soetomo masih perlu diteliti.

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *pre-post test group design*. Populasinya penderita TB MDR yang menjalani terapi di Ruang Paru RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang memenuhi kriteria. Variabel independen dalam penelitian adalah intervensi *Cognitive Behavioral Stress Management* (CBSM) dan variabel dependen adalah tingkat stress, kognitif dan perilaku. Data akan dianalisis menggunakan uji statistik Mc Nemar.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi stress pada pasien TB MDR adalah lama pengobatan, efek samping obat, dukungan keluarga, dan lingkungan. Dengan $P = 0.031$ dapat disimpulkan terdapat pengaruh terapi CBSM terhadap tingkat pengetahuan Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, sedangkan dengan $P = 0.687$ dapat disimpulkan tidak terdapat pengaruh terapi CBSM terhadap perilaku pemenuhan kebutuhan dasar, dan dengan $P = 0.219$ dapat disimpulkan tidak terdapat pengaruh terapi CBSM terhadap tingkat stress Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Stress yang tinggi dapat berpotensi memicu turunnya sistem imun dan memperparah prognosis penyakit TB sehingga diperlukan upaya untuk meminimalkan stress tersebut.

Kata Kunci : Terapi CBSM, TB MDR

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|---|----------------|
| COVER LUAR | i |
| COVER DALAM | ii |
| HALAMAN PERSYARATAN GELAR | iii |
| HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS | iv |
| HALAMAN PERSETUJUAN | v |
| HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI | vi |
| KATA PENGANTAR | vii |
| HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI | x |
| ABSTRACT | xi |
| ABTRAK | xii |
| DAFTAR ISI | xiii |
| DAFTAR GAMBAR | xv |
| DAFTAR TABEL | xvi |
| DAFTAR LAMPIRAN | xvii |
| DAFTAR SINGKATAN | xviii |
| | |
| BAB 1 PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang..... | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 6 |
| 1.3 Tujuan Penelitian..... | 6 |
| 1.4 Manfaat Penelitian..... | 7 |
| | |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | 8 |
| 2.1 Definisi Tuberkulosis | 8 |
| 2.2 Tuberculosis Multi Drug Resistence (TB MDR) | 11 |
| 2.3 Epidemiologi Tuberkulosis MDR | 13 |
| 2.4 Diagnosis Tuberkulosis MDR | 15 |
| 2.5 Penatalaksanaan TB MDR | 15 |
| 2.6 Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya TB-MDR | 19 |
| 2.7 Penanggulangan Tuberkulosis MDR di Indonesia | 22 |
| 2.8 <i>Cognitive Behavioural Stress Management</i> (CBSM) | 24 |
| 2.9 Konsep Stress Adaptasi | 27 |
| 2.10 Model Adaptasi Callista Roy | 40 |
| 2.11 Teori-teori Perubahan Perilaku..... | 45 |
| 2.12 Macam-macam Modifikasii Kognitif - Perilaku | 47 |
| | |
| BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS | 52 |
| 3.1 Kerangka Konseptual | 52 |
| 3.2 Hipotesa Penelitian..... | 55 |
| | |
| BAB 4 METODE PENELITIAN | 56 |
| 4.1 Rancangan Penelitian | 56 |
| 4.2 Populasi dan Sampel | 56 |
| 4.3 Identifikasi Variabel..... | 57 |
| 4.4 Definisi operasional..... | 57 |

| | | |
|--------------|---|-----------|
| 4.5 | Instrumen penelitian..... | 58 |
| 4.6 | Lokasi dan Waktu penelitian | 59 |
| 4.7 | Prosedur pengumpulan data | 59 |
| 4.8 | Analisis data | 60 |
| 4.9 | Kerangka Operasional | 61 |
| 4.10 | Etika Penelitian | 61 |
| 4.11 | Keterbatasan | 62 |
| BAB 5 | ANALISIS HASIL..... | 64 |
| 5.1 | Gambaran Lokasi Penelitian | 64 |
| 5.2 | Data Umum | 66 |
| 5.3 | Data Khusus | 71 |
| BAB 6 | PEMBAHASAN | 75 |
| 6.1 | Faktor-faktor Penyebab Stress Pada Pasien TB MDR..... | 75 |
| 6.2 | Perubahan Tingkat Pengetahuan, Perilaku Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia (KDM), dan Tingkat Stress pada Pasien TB MDR.... | 78 |
| 6.3 | Pengaruh Terapi <i>Cognitive Behavioural Stress manajement</i> (CBSM) terhadap Perubahan Tingkat Pengetahuan, Perilaku Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia (KDM), dan Tingkat Stress pada Pasien TB MDR | 82 |
| BAB 7 | KESIMPULAN DAN SARAN | 89 |
| 7.1 | Kesimpulan..... | 89 |
| 7.2 | Saran | 90 |
| | DAFTAR PUSTAKA | 92 |
| | Lampiran-Lampiran | 97 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---|----|
| Gambar 2.1 Basil Tahan Asam (BTA) yang tampak pada pengecatan dahak .. | 7 |
| Gambar 2.2 Kerangka Model Callista Roy | 43 |
| Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian Pengaruh <i>Cognitive Behavioural Stress Management</i> Terhadap Penurunan Tingkat Stress Pada Pasien TB MDR | 52 |
| Gambar 4.1 Kerangka Kerja Operasional Penelitian Pengaruh <i>Cognitive Behavioural Stress Management</i> Terhadap Penurunan Tingkat Stress Pada Pasien TB MDR | 61 |
| Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, September 2007 | 66 |
| Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan usia pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, September 2007..... | 66 |
| Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, September 2007 | 67 |
| Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan domisili tempat tinggal pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, September 2007 | 67 |
| Gambar 5.5 Distribusi responden berdasarkan status bekerja pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, September 2007 | 68 |
| Gambar 5.6 Distribusi responden berdasarkan jenis pekerjaan pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, September 2007 | 68 |
| Gambar 5.7 Distribusi responden berdasarkan Status ekonomi pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, September 2007 | 69 |
| Gambar 5.8 Distribusi responden berdasarkan lama pengobatan pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, September 2007 | 69 |
| Gambar 5.9 Distribusi responden berdasarkan status TB pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, September 2007 | 70 |
| Gambar 5.10 Distribusi responden berdasarkan efek samping obat pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, September 2007 | 70 |

DAFTAR TABEL

| | |
|---|----|
| Tabel 2.1 Penyebab pengobatan anti TB yang inadkuat | 11 |
| Tabel 2.2 Indikator TB di Indonesia | 13 |
| Tabel 2.3 Gambaran TB MDR di 27 negara dengan beban TB MDR yang tinggi..... | 14 |
| Tabel 2.4 Dosis Obat Anti Tuberculosis MDR | 17 |
| Tabel 2.5 Efek Samping Obat TB MDR..... | 18 |
| Tabel 2.6 Strategi dan Komponen Dalam CBSM..... | 25 |
| Tabel 2.7 Derajat Keparahan dalam DASS 21 | 33 |
| Tabel 2.8 Daftar 21 item pertanyaan pada DASS 21 | 33 |
| Tabel 4.1 Definisi Operasional Penelitian..... | 57 |
| Tabel 5.1 Faktor-faktor penyebab stress responden Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, September 2010 | 71 |
| Tabel 5.2 Identifikasi aspek kognitif, perilaku dan tingkat stress sebelum dan sesudah dilakukan terapi | 72 |
| Tabel 5.3 Perbandingan aspek kognitif sebelum dan sesudah terapi pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya | 73 |
| Tabel 5.4 Perbandingan aspek perilaku sebelum dan sesudah terapi pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya | 73 |
| Tabel 5.3 Perbandingan aspek tingkat stress sebelum dan sesudah terapi pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya | 74 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | | |
|-------------|--|-----|
| Lampiran 1 | Inform to consent | 97 |
| Lampiran 2 | Informed consent | 99 |
| Lampiran 3 | Kuesioner | 100 |
| Lampiran 4 | Leaflet TB Paru dan TB MDR | 108 |
| Lampiran 5 | Satuan Acara Pelatihan Sesi 1 s/d 10..... | 110 |
| Lampiran 6 | Hasil SPSS | 168 |
| Lampiran 7 | Row Data | 171 |
| Lampiran 8 | Surat Permohonan Ijin Pengambilan data dari Fakultas | 177 |
| Lampiran 9 | Surat Ijin Pengambilan data dari SMF Paru | 178 |
| Lampiran 10 | Surat Panggilan Rapat Komisi Etik Penelitian | 179 |
| Lampiran 11 | Sertifikat Etik Penelitian | 180 |

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|--------|---|
| AIDS | Acquired Immuno Deficiency Syndrome |
| ARTI | Annual Risk of Tuberculosis Infection |
| BTA | Basil Tahan Asam |
| CBSM | <i>Cognitive Behavioral Stress Management</i> |
| CDC | Centre of Disease Control |
| Dinkes | Dinas Kesehatan |
| Depkes | Departemen Kesehatan |
| HIV | Human Immunodeficiency Virus |
| KTI | Kawasan Timur Indonesia |
| MDR | Multi Drugs Resistance |
| TB | Tuberkulosis |
| UPK | Unit Pelayanan Kesehatan |
| WHO | <i>World Health Organization</i> |
| XDR | Extensive Drug Resistance |

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1**PENDAHULUAN****1.1 Latar Belakang Masalah**

Mycobacterium tuberculosis telah menginfeksi sepertiga dari penduduk dunia (WHO, 2010). Manajemen dan pengendalian Tuberkulosis mengalami beban ganda berhubungan dengan meluasnya *strains* yang kebal obat. Terapi pengobatan standard dari Tuberkulosis (TB) yang direkomendasikan oleh World Health Organization (WHO) adalah berdasarkan empat obat lini pertama yang bergantung pada kepatuhan pasien untuk menghasilkan pengobatan yang efektif. Penyebaran yang cepat dari resistensi obat khususnya *Multi-drug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB), baik kasus baru maupun kasus yang telah tertangani sebelumnya semakin meningkatkan urgensi tindakan yang tepat untuk mengendalikan kasus ini (WHO, 2006). TB MDR lebih sulit penanganannya karena terkait berbagai faktor baik internal maupun eksternal pasien itu sendiri (Rysdall Kay, 2008). Permasalahan lain dari TB MDR adalah kompleksnya pengobatan dan potensi terjadinya stress yang tinggi. Stress yang tinggi dapat berpotensi memicu turunnya sistem imun dan memperparah prognosis penyakit TB sehingga diperlukan upaya untuk meminimalkan stress tersebut. Penatalaksanaan TB MDR di RSU Dr. Soetomo merupakan *Pilot Project* yang kedua setelah Rumah Sakit Persahabatan Jakarta, sehingga bagaimana kondisi stress yang dialami pasien termasuk gambaran terjadinya distorsi kognitif akibat stress yang

dialami dan perubahan perilaku pada pasien Tuberkulosis MDR di RSUD Dr. Soetomo masih perlu diteliti.

Data World Health Organization (WHO) pada tahun 2010, di Indonesia diperkirakan terdapat 9300 kasus TB MDR (kasus baru dan lama), dari jumlah tersebut sebanyak 446 kasus yang telah teridentifikasi. Selain itu sejak 2006, WHO telah mengkategorikan Indonesia dalam 27 negara dengan beban TB MDR yang tinggi (WHO, 2010). Data terbaru pada bulan Maret 2010, Direktorat Pengendalian Penyakit Menular Langsung (PPML) Kementerian Kesehatan menyatakan bahwa Indonesia masih menempati urutan ke-3 sebagai penyumbang TB terbanyak di dunia (PPPL, 2010). Kementerian Kesehatan menyebutkan, hingga Januari 2010 terjaring 147 kasus yang diduga TB MDR sementara 27 orang diantaranya diketahui positif mengidap TB MDR dan tengah menjalani perawatan. Selain itu, telah terjaring sekitar 2 persen TB MDR primer, yakni pasien TB tertular langsung dari penderita TB MDR. Sementara itu, TB MDR sekunder-pasien yang sudah pernah diobati tapi tidak utuh pengobatannya prevalensinya sebanyak 15-16 persen (Depkominfo, 2010).

Pola TB MDR di Indonesia khususnya RS Persahabatan tahun 1995-1997 adalah resistensi primer 4,6%-5,8% dan resistensi sekunder 22,95%-26,07% (Aditama TY, 2004). Penelitian Aditama (2004) mendapatkan resistensi primer 6,86% sedangkan resistensi sekunder 15,61%. Hal ini patut diwaspadai karena prevalensinya cenderung menunjukkan peningkatan. Penelitian di RS Persahabatan tahun 1998 melaporkan proporsi kesembuhan penderita TB MDR sebesar 72%

menggunakan paduan OAT yang masih sensitif ditambah ofloksasin (Soepandi PZ, 2010). Secara global, trend dari TB MDR tidak dapat diketahui secara pasti karena berbagai keterbatasan baik dari segi fasilitas maupun metode survei yang digunakan. Trend dapat diketahui secara mudah pada negara atau daerah yang melakukan rutin *Drug Susceptibility Testing* (DST) (WHO, 2010).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 13 – 14 April 2010, data pasien TB MDR di RS Dr. Soetomo Surabaya adalah sebanyak 35 pasien. 15 pasien diantaranya sudah menjalani terapi dan 20 pasien lainnya belum. dari 15 pasien yang sudah menjalani terapi diperoleh data bahwa 3 pasien TB MDR yang menjalani pengobatan mengalami stress tingkat tinggi dengan lama pengobatan 2 minggu – 1 bulan. Sedangkan 4 pasien TB MDR lainnya diketahui mengalami stress tingkat sedang dengan lama pengobatan 2-3 bulan.

.Penanggulangan TB MDR sangat kompleks dan memerlukan pendekatan multidimensional. Di Indonesia, pengobatan TB MDR mulai dilakukan sejak Agustus 2009. Program ini telah diujicobakan pada dua rumah sakit, yaitu RS Persahabatan Jakarta dan RS dr. Soetomo Surabaya, untuk menjangkit 100 pasien TB MDR (Depkominfo, 2010). Banyaknya obat yang harus diminum serta lamanya waktu pengobatan pada pasien TB MDR berpotensi menyebabkan stress yang dapat memperburuk prognosis penyakitnya. Meski belum banyak penelitian mengenai stress pada pasien TB MDR ini namun hal ini perlu diwaspadai dan diantisipasi sejak awal (Ambrosio et al.,, 2010). Telah banyak penelitian yang meneliti

hubungan antara stress dengan kondisi kesehatan pasien Tuberkulosis non MDR. Hess JE (2009) meneliti bahwa stress yang tinggi pada pekerja migran yang terkena TB dapat memperburuk kondisi kesehatannya. Hess juga menyarankan metode pengobatan TB memerlukan evaluasi ulang dari segi nilai budaya individu dan prioritas seharusnya ditempatkan pada strategi yang lebih efektif serta difokuskan untuk mengurangi ketidakpatuhan dan stressor lain dalam sistem kesehatan.

International Council of Nurses (ICN) pada tahun 2008 menyatakan bahwa penanggulangan TB MDR seharusnya menggunakan pendekatan berbasis pasien. Hal ini dilakukan berdasarkan pertimbangan bahwa permasalahan dan skala yang dihadapi tiap individu berbeda sehingga diperlukan intervensi yang spesifik di antara pasien. Peran perawat pada tiap tahap pengobatan TB sangatlah penting yang dimulai dari *case finding*, kontak pasien dengan pengobatan, pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Karena pada pasien TB MDR pasien meminum obat dalam jangka lama dan kemungkinan terjadinya efek samping yang merugikan sangat besar maka dukungan psikososial dan monitor efek samping sangat penting dilakukan oleh perawat (ICN, 2008).

Salah satu intervensi dengan menggunakan pendekatan berbasis pasien adalah intervensi *Cognitive Behavioral Stress Management* (CBSM). CBSM merupakan metode manajemen stress dengan memodifikasi kognisi dan perilaku untuk mencapai status kesehatan yang lebih optimal (Penedo FJ, Antoni MH, Schneiderman N, 2008).

Penggunaan CBSM telah diaplikasikan secara luas dan terbukti efektif dalam mengelola stress pada pasien HIV, kanker payudara, kelelahan kronik, penyakit kardiovaskuler dan kanker prostat (Penedo FJ, Antoni MH, Schneiderman N, 2006). CBSM ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, meningkatkan keterampilan manajemen stress, meningkatkan pemikiran positif serta memperbaiki keadaan emosional (Molton et al., 2007; Traeger et al, 2008).

Dari uraian di atas dan untuk menunjang keberhasilan pengobatan pasien TB MDR maka perlu diteliti lebih lanjut efektifitas CBSM terhadap perubahan kognitif, perilaku dan stress. Harapannya dengan keterampilan tersebut pasien dapat memahami dan mengelola dengan baik diri sendiri serta penyakitnya dalam upaya mendukung keberhasilan pengobatan. Intervensi ini juga diharapkan dapat dijadikan landasan yang kuat dalam menentukan intervensi yang lebih efektif khususnya dalam mengelola stress pada pasien TB MDR.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah *Cognitive Behavioral Stress Management* (CBSM) dapat mengubah kognitif, perilaku dan stress pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh *Cognitive Behavioral Stress Management* (CBSM) terhadap perubahan kognitif, perilaku dan stress pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menggambarkan faktor-faktor yang menyebabkan kondisi stress pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
2. Mengukur aspek kognitif, perilaku dan tingkat stress sebelum dan setelah dilakukan *Cognitive Behavioral Stress Management (CBSM)* pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Menambah informasi tentang TB MDR yang berkaitan dengan faktor-faktor yang mempengaruhi proses pengobatan khususnya faktor kognitif, perilaku dan stress.
2. Sebagai dasar teori pada kejadian TB MDR dalam aspek intervensi keperawatan mandiri melalui metode CBSM.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Sebagai masukan kepada pengelola program kesehatan dan instansi terkait untuk peningkatan pelaksanaan penanggulangan TB MDR.
2. *Evidence based data* yang bisa dijadikan acuan bagi intervensi program eliminasi TB MDR melalui intervensi keperawatan.
3. Sebagai intervensi mandiri keperawatan dalam melakukan modifikasi perilaku dan kognisi pada perawatan pasien TB MDR.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi Tuberkulosis

Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lain (WHO, 2009^a). *Mycobacterium tuberculosis* adalah bakteri aerob, berbentuk batang, mempunyai sifat khusus yaitu walaupun tidak mudah diwarnai, jika telah diwarnai bakteri ini tahan penghilangan warna oleh asam atau alkohol, sehingga dinamakan basil tahan asam (BTA) (Jawetz, Menick & Adelberg, 2007). Kuman TB cepat mati dengan sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab. Kuman TB dalam jaringan tubuh dapat *dormant* dalam beberapa waktu. Berikut ini adalah gambar bakteri tahan asam (*Mycobacterium tuberculosis*) yang tampak pada pengecatan dahak di bawah mikroskop.



Gambar 1. Basil Tahan Asam (BTA) yang tampak pada pengecatan dahak (WHO, 2003)

Sumber penularan dari penyakit ini adalah penderita TB dengan BTA positif. Penderita dapat menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk

droplet (percikan dahak). Kuman dalam droplet yang sudah mengering (*droplet nuclei*) dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari langsung dapat membunuh kuman. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab. Daya penularan seorang pasien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut. Faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman TB ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut (Depkes, 2007). Orang dapat terinfeksi kalau *droplet nuclei* yang mengandung kuman tersebut terhirup ke dalam saluran nafas. Kuman TB yang masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernafasan, dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya mengikuti sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, saluran nafas atau penyebaran langsung ke bagian tubuh lain (WHO, 2003).

Risiko penularan setiap tahun *Annual Risk of Tuberculosis Infection* (ARTI) di Indonesia cukup tinggi dan bervariasi antara 1-3%. Daerah dengan ARTI sebesar 1% berarti setiap tahun diantara 100.000 penduduk, 100 orang akan terinfeksi. Sebagian besar dari orang yang terinfeksi tidak akan menjadi penderita TB, hanya 10% dari yang terinfeksi menjadi penderita TB. Daerah dengan ARTI 1% diperkirakan terdapat 100 penderita tuberkulosis setiap tahun, dimana sekitar 50 penderita adalah BTA positif setiap 100.000 penduduk (Depkes, 2007)

Infeksi primer terjadi saat seseorang terpapar pertama kali dengan kuman TB. Faktor yang mempengaruhi kemungkinan seseorang menjadi penderita TB adalah daya tahan tubuh yang rendah diantaranya karena gizi buruk atau AIDS (Rayner D, 2004). Infeksi dimulai saat kuman TB berhasil berkembang biak dengan cara pembelahan diri di paru. Saluran limfe akan membawa kuman TB ke kelenjar limfe di sekitar hillus paru dan ini disebut sebagai kompleks primer. Waktu antara terjadinya infeksi sampai pembentukan kompleks primer sekitar 4-6 minggu. Adanya infeksi dapat dibuktikan dengan perubahan reaksi tuberkulin dari negatif menjadi positif (CDC, 2005).

Gejala umum yang bisa dijumpai pada penderita TB Paru adalah batuk terus-menerus selama 3 minggu atau lebih, batuk darah, sesak nafas dan nyeri dada serta berkeringat malam hari walaupun tanpa kegiatan. Gejala tersebut dijumpai pula pada penyakit paru selain tuberkulosis. Penderita yang datang ke Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) dengan gejala tersebut di atas harus dianggap sebagai seorang *suspect tuberculosis* atau tersangka penderita TB dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung (Depkes, 2007).

Tanpa pengobatan, setelah 5 tahun, 50% dari penderita TB akan meninggal, 25% akan sembuh sendiri dengan daya tahan tubuh yang tinggi dan 25% sebagai kasus kronik. Munculnya pandemi HIV/AIDS di dunia menambah permasalahan TB. Koinfeksi dengan HIV akan meningkatkan risiko kejadian TB secara signifikan. Pada saat yang sama, kekebalan ganda kuman TB terhadap obat anti TB *multidrug resistance* semakin

menjadi masalah akibat kasus yang tidak berhasil disembuhkan. Keadaan tersebut pada akhirnya akan menyebabkan terjadinya epidemi TB yang sulit ditangani (Depkes, 2007).

2.2 Tuberkulosis *Multi Drug Resistance* (MDR)

Centre of Disease Control (CDC) tahun 2009 mendefinisikan TB MDR sebagai TB yang resisten terhadap setidaknya dua dari obat anti TB yaitu isoniazid dan rifampicin. Obat tersebut merupakan obat lini pertama dan digunakan untuk mengobati pasien penyakit TB. TB MDR menular dengan cara yang sama dengan TB. Resistensi terhadap obat anti TB dapat terjadi karena kesalahan penggunaan atau manajemen pengobatan. Pengobatan yang tidak tuntas, unit pelayanan kesehatan yang memberikan pengobatan yang tidak sesuai, dosis yang tidak tepat atau lama waktu pengobatan serta kualitas dan ketersediaan obat merupakan permasalahan yang berkontribusi terhadap kejadian resistensi obat TB (CDC, 2009).

Risiko terkena TB MDR semakin meningkat jika 1) pasien tidak meminum obat TB secara teratur, 2) pasien tidak mengikuti saran dari dokter atau perawat dalam pengobatan TB, 3) terkena penyakit TB aktif setelah menjalani pengobatan TB di masa lalu, 4) pasien berasal dari daerah dimana TB MDR umum dijumpai dan 5) pasien kontak dengan seseorang yang terkena TB MDR (CDC, 2009).

Pada tahun 2008, WHO mengidentifikasi penyebab resistensi obat TB dalam laporan *emergency update* dengan penyebab sebagai berikut:

Tabel 2.1 Penyebab pengobatan anti TB yang inadkuat (WHO, 2008)

| Provider kesehatan: Regimen yang inadkuat | Obat: Kuantitas dan kualitas yang inadkuat | Pasien: Obat yang diminum inadkuat |
|--|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Pedoman yang tidak sesuai 2. Tidak terdapat pedoman 3. Tidak terdapat pelatihan 4. Tidak ada monitoring dari pengobatan 5. Program pengendalian TB yang tidak terencana dengan baik | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kualitas yang buruk 2. Tidak tersedianya obat tertentu 3. Kondisi penyimpanan yang buruk 4. Kombinasi atau dosis yang salah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurangnya kepatuhan atau pengawasan 2. Kurangnya informasi 3. Masalah keuangan (tidak adanya pengobatan gratis) 4. Permasalahan transportasi 5. Efek samping 6. Hambatan sosial 7. Malabsorpsi 8. <i>Substance dependency disorder</i> |

Secara umum resistensi terhadap obat anti tuberkulosis dibagi menjadi (WHO, 2003):

- a) Resistensi primer ialah apabila pasien sebelumnya tidak pernah mendapat pengobatan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) atau telah mendapat pengobatan OAT kurang dari 1 bulan.
- b) Resistensi initial ialah apabila kita tidak tahu pasti apakah pasien sudah ada riwayat pengobatan OAT sebelumnya atau belum pernah.
- c) Resistensi sekunder ialah apabila pasien telah mempunyai riwayat pengobatan OAT minimal 1 bulan.

Kategori terhadap resistensi TB MDR juga dibagi menjadi beberapa jenis resistensi yaitu (Trakada G, Tsiamita M, Spiropoulos K, 2004):

- a) *Mono-resistance* jika kekebalan terhadap salah satu OAT.

- b) *Poly-resistance* jika kekebalan terhadap lebih dari satu OAT, selain kombinasi isoniazid dan rifampisin.
- c) *Multidrug-resistance* (MDR) jika kekebalan terhadap sekurang-kurangnya isoniazid dan rifampicin.
- d) *Extensive drug-resistance* (XDR) jika TB- MDR ditambah kekebalan terhadap salah satu obat golongan fluorokuinolon, dan sedikitnya salah satu dari OAT injeksi lini kedua (kapreomisin, kanamisin, dan amikasin)

2.3 Epidemiologi Tuberkulosis MDR

Pada tahun 2008 diperkirakan terdapat 9,4 juta insiden kasus TB secara global. Terdapat kenaikan dari 9,3 juta kasus TB yang diperkirakan terjadi pada tahun 2007, seperti juga penurunan yang lambat dalam angka insiden per kapita yang melebihi kenaikan jumlah penduduk (WHO, 2009^b). Berada di peringkat ketiga setelah India dan Cina, TB masih menjadi masalah utama di Indonesia. Berdasarkan laporan global WHO tahun 2006^b diperkirakan insidens untuk semua kasus sebesar 540.000 (245/100.000) dan insidens untuk BTA (+) sebesar 242.000 (110/100.000). Sedangkan prevalensi untuk semua kasus TB diperkirakan sebanyak 605.000 (275/100.000). Adapun perhitungan prevalensi dan insiden ini berdasarkan hasil survey prevalensi yang dilakukan tahun 2004 dengan bekerja sama dengan Badan Litbangkes. Hasil survey ini juga menunjukkan perbedaan angka prevalensi dan insidensi kasus TB pada tiga wilayah yaitu variasi estimasi insidensi kasus TB BTA positif pada

64/100.000 di Jawa dan Bali, 160/100.000 di Sumatera dan 210/100.000 di Kawasan Timur Indonesia (KTI). Prevalensi secara nasional menurun sebesar 4% per tahun, dengan kecenderungan penurunan yang lebih lambat pada wilayah Sumatera dan KTI (Depkes, 2006).

Tabel 2.2 Indikator TB di Indonesia (WHO, 2006)

| | |
|--|-------------|
| Populasi | 229.077.000 |
| Ranking Global | 3 |
| Insidensi: (semua kasus/100.000 pop./tahun) | 245 |
| Insidensi: (EIA- baru/100.000 pop./tahun) | 100 |
| Prevalensi (semua kasus/100.000 pop./tahun) | 275 |
| Mortalitas TB (semua kasus/100.000 pop./tahun) | 6,5 |
| Kasus TB HIV- (dewasa usia 15-49, %) | 0,9 |
| Kasus baru TB resisten obat (%) | 1,5 |

Diperkirakan terdapat 0.5 juta kasus TB MDR pada tahun 2007. Terdapat 27 negara (15 di wilayah negara Eropa) yang menyumbang 85% dari keseluruhan kasus yang dikenal dengan 27 negara dengan beban TB MDR yang tinggi termasuk Indonesia. Negara yang menduduki peringkat pertama sampai kelima dari segi jumlah kasus TB MDR pada tahun 2007 adalah India (131.000), Cina (112.000), Federasi Rusia (43.000), Afrika Selatan (16.000) dan Bangladesh (15.000). Pada November 2009, 57 negara telah melaporkan terdapat setidaknya satu kasus TB XDR (WHO, 2009^b).

Belum terdapatnya data tentang resistensi kekebalan ganda TB di Indonesia tetapi dari survey yang dilaksanakan pada fasilitas kesehatan di Jakarta didapatkan angka MDR-TB sebesar >4% kasus baru (WHO-SEARO, 2006). Untuk mengetahui situasi secara nasional, dibutuhkan suatu

survey yang dapat mewakili semua daerah/propinsi. Menurut perkiraan WHO secara nasional angka MDR adalah 0,9% untuk kasus baru.

Tabel 2.3 Gambaran TB MDR di 27 negara dengan beban TB MDR yang tinggi (WHO, 2009^b)

| | | ESTIMATED % OF ALL TB CASES WITH MDR-TB | TOTAL NUMBER OF ESTIMATED CASES OF MDR-TB IN 2007* | ESTIMATED CASES OF MDR-TB AMONG NOTIFIED CASES OF PULMONARY TB** | NOTIFIED CASES OF MDR-TB* | NOTIFIED CASES OF MDR-TB AS % OF ESTIMATED CASES OF MDR-TB AMONG ALL NOTIFIED CASES OF PULMONARY TB/AJ | EXPECTED NUMBER OF CASES OF MDR-TB TO BE TREATED | |
|------------------------------|---------------------|---|---|---|---------------------------------|---|---|--------|
| | | | | | | | 2009 | 2010 |
| 1 | Armenia | 17 | 486 | 284 | 128 | 45 | 60 | 120 |
| 2 | Azerbaijan | 36 | 3 916 | 2 928 | - | - | - | - |
| 3 | Bangladesh | 4.0 | 14 506 | 4 868 | 147 | 3 | 205 | - |
| 4 | Belarus | 16 | 1 101 | 465 | - | - | - | - |
| 5 | Bulgaria | 12 | 371 | 240 | 32 | 13 | 50 | 55 |
| 6 | China | 7.5 | 112 348 | 67 835 | - | - | 837 | 3 291 |
| 7 | DR Congo | 2.8 | 7 336 | 2 247 | 128 | 5.7 | 254 | 252 |
| 8 | Estonia | 20 | 123 | 72 | 74 | 103 | 80 | 80 |
| 9 | Ethiopia | 1.9 | 5 979 | 1 557 | 130 | 8.3 | 45 | 200 |
| 10 | Georgia | 13 | 728 | 556 | 481 | 87 | 340 | 270 |
| 11 | India | 5.4 | 130 526 | 63 592 | 308 | 0.5 | 1 420 | 8 000 |
| 12 | Indonesia | 2.3 | 12 209 | 5 909 | 446 | 7.5 | 100 | 400 |
| 13 | Kazakhstan | 32 | 11 102 | 7 432 | 4 390 | 59 | 4 115 | 5 408 |
| 14 | Kyrgyzstan | 17 | 1 290 | 858 | 189 | 22 | 350 | 220 |
| 15 | Latvia | 14 | 202 | 119 | 129 | 108 | 120 | 135 |
| 16 | Lithuania | 17 | 464 | 303 | 113 | 37 | - | - |
| 17 | Myanmar | 4.7 | 4 181 | 3 983 | 508 | 13 | 75 | 125 |
| 18 | Nigeria | 2.4 | 11 700 | 1 851 | 23 | 1.2 | 80 | 325 |
| 19 | Pakistan | 4.3 | 13 216 | 8 290 | 40 | 0.5 | - | 450 |
| 20 | Philippines | 4.6 | 12 125 | 5 950 | 929 | 16 | 864 | 1 494 |
| 21 | Republic of Moldova | 29 | 2 231 | 1 399 | 1 043 | 75 | 560 | 540 |
| 22 | Russian Federation | 21 | 42 969 | 40 094 | 6 960 | 17 | 8 383 | 12 000 |
| 23 | South Africa | 2.8 | 15 914 | 8 506 | 6 219 | 73 | 5 662 | 6 071 |
| 24 | Tajikistan | 23 | 4 668 | 1 262 | - | - | - | - |
| 25 | Ukraine | 19 | 9 835 | 5 793 | - | - | 1 100 | 1 940 |
| 26 | Uzbekistan | 24 | 9 450 | 3 668 | 155 | 4.2 | 720 | 1 010 |
| 27 | Viet Nam | 4.0 | 6 466 | 2 677 | - | - | 350 | 500 |
| High MDR-TB burden countries | | 5.7 | 435 470 | 242 938 | 22 577 | 9.3 | 25 770 | 42 886 |

Dari tabel di atas terlihat bahwa perkiraan jumlah kasus TB MDR di Indonesia sebesar 2.3% dengan jumlah perkiraan kasus sebesar 12.209 dan dari jumlah tersebut diperkirakan kasus yang tercatat dari TB paru adalah sebesar 5.909 kasus dan sebanyak 446 kasus TB MDR. Jumlah kasus TB MDR yang dilakukan pengobatan adalah sebesar 100 kasus pada tahun 2009 dan 400 pada tahun 2010.

2.4 Diagnosis Tuberkulosis MDR

Diagnosis TB MDR dipastikan berdasarkan uji kepekaan, semua suspek TB MDR diperiksa dahaknya untuk selanjutnya dilakukan pemeriksaan biakan dan uji kepekaan. Jika hasil uji kepekaan terdapat *M. tuberculosis* yang resisten minimal terhadap rifampisin dan INH maka dapat ditegakkan diagnosis TB MDR. Diagnosis dan pengobatan yang cepat dan tepat untuk TB MDR didukung oleh pengenalan faktor risiko untuk TB MDR, pengenalan kegagalan obat secara dini dan uji kepekaan obat sangatlah penting dilakukan. Hasil uji kepekaan diperlukan untuk mendiagnosis resistensi serta sebagai acuan pengobatan. Bila kecurigaan resistensi sangat kuat pengiriman sampel sputum ke laboratorium untuk uji resistensi sangat diperlukan kemudian rujuk ke pakar (Soepandi PZ. 2010).

Pengenalan kegagalan pengobatan secara dini yaitu bilamana dijumpai batuk tidak membaik yang seharusnya membaik dalam waktu 2 minggu pertama setelah pengobatan dan didukung dengan sputum tidak konversi, batuk tidak berkurang, demam, berat badan menurun atau tetap dapat menjadi penanda awal risiko TB MDR (Soepandi PZ. 2010).

2.5 Penatalaksanaan TB MDR (WHO, 2008)

1. Pasien tuberkulosis yang disebabkan kuman resisten obat (khususnya MDR) seharusnya diobati dengan paduan obat khusus yang mengandung obat anti tuberkulosis lini kedua.
2. Paling tidak harus digunakan empat obat yg masih efektif dan pengobatan harus diberikan paling sedikit 18 bulan.

3. Cara-cara yang berpihak kepada pasien disyaratkan untuk memastikan kepatuhan pasien terhadap pengobatan.
4. Konsultasi dengan penyelenggara pelayanan yang berpengalaman dalam pengobatan pasien dengan MDRTB harus dilakukan.

Prinsip Penatalaksanaan MDR/XDR

1. Memulai pengobatan MDR-TB dengan pengawasan yang ketat dengan penyuluhan, pemantauan dan mengobati toksisitas obat.
2. Sesuaikan pemantauan efek samping dengan obat yang digunakan.
3. Pertimbangkan masalah kontrol infeksi
4. Cari konsultasi dengan pakar segera setelah resistensi obat diketahui.
5. Gunakan DOT dengan cara yang berpihak kepada pasien selama masa pengobatan.
6. Catat obat yang diberikan, hasil bakteriologis, gambar foto toraks, dan kejadian efek samping obat.
7. Optimalkan penatalaksanaan penyakit yang mendasari dan status nutrisi.

Tambahan Pertimbangan Pengobatan

1. Gunakan DOT utk semua dosis
2. Gunakan pemberian harian, tidak intermitten
3. Lama pengobatan minimum 18-24 bulan
4. Bila mungkin, teruskan obat suntik paling tidak 6 bulan setelah konversi biakan
5. Teruskan paling tidak tiga obat oral guna lama pengobatan yang sempurna

Merancang Pengobatan MDR/XDR

Prinsip Umum dari WHO

1. Penggunaan paling tidak 4 obat-obatan sangat mungkin akan efektif.
2. Jangan menggunakan obat yang mempunyai resistensi silang (*cross-resistance*).
3. Singkirkan obat yg tidak aman untuk pasien.
4. Gunakan obat dari grup 1-5 dengan urutan yang berdasarkan kekuatannya.
5. Harus siap mencegah, memantau dan menanggulangi efek samping obat yg dipilih

Kategori OAT: WHO

1. Grup 1 - OAT lini pertama: isoniasid, rifampisin, etambutol, pirasinamid
2. Grup 2 - Obat suntik: streptomisin, kanamisin, amikasin, kapreomisin, (viomisin)
3. Grup 3 - Fluoroquinolon: ciprofloxasin, ofloxasin, levofloxasin, moxifloxasin, (gatifloxasin)
4. Grup 4 - Obat bakteriostatik oral: etionamid, cicloserin, paraaminosalicylic acid (prothionamid, thioacetazon, terisadon)
5. Grup 5 - Obat belum terbukti: clofasamin, amoxicillin/klavulanat, claritromisin, linezolid

Tabel 2.4 Dosis Obat Anti Tuberculosis MDR

| OAT | BERAT BADAN (Dlm Kg) | | | |
|-------------|----------------------|-----------|-----------|-----------|
| | < 33 | 33 – 50 | 51 – 70 | > 70 |
| Pirazinamid | 30-40 mg/kg/hari | 1000-1750 | 1750-2000 | 2000-2500 |

| | | | | |
|--------------------------------|------------------|-------------|--------------|--------------|
| (Tablet, 500 mg) | | mg | mg | mg |
| Etambutol (Tablet, 400 mg) | 25 mg/kg/hari | 800-1200 mg | 1200-1600 mg | 1600-2000 mg |
| Kanamisin (Vial, 1000 mg) | 15-20 mg/kg/hari | 500-750 mg | 1000 mg | 1000 mg |
| Kapreomisin (Vial, 1000 mg) | 15-20 mg/kg/hari | 500-750 mg | 1000 mg | 1000 mg |
| Levofloksasin (Kaplet, 250 mg) | 750 mg per hari | 750 mg | 750 mg | 750-1000 mg |
| Sikloserin (Kapsul, 250 mg) | 15-20 mg/kg/hari | 500 mg | 750 mg | 750-1000 mg |
| Etionamid (Tablet, 250 mg) | 15-20 mg/kg/hari | 500 mg | 750 mg | 750-1000 mg |
| PAS (Granula, 4 gr) | 150 mg/kg/hari | 8 g | 8 g | 8 g |

Table 2.5 Efek samping obat TB MDR

| | |
|--|---|
| Keluhan saluran cerna | Ethionamide Cycloserine PAS Fluoroquinolones Clofazimine Rifabutin |
| Hepatotoksik (gejala awal anoreksia dan malaise, nyeri abdomen, muntah, ikterik) | INH Rifampicin/rifabutin Ethionamide PZA PAS Fluoroquinolones |
| Hipotiroidism | Ethionamide, PAS |
| Kehilangan pendengaran, toksisitas vestibular | Aminoglycosides, Capreomycin |
| Perubahan tingkah laku | Cycloserine, Ethionamide, |

| | |
|---|---|
| | Isoniazid, Fluoroquinolones |
| Gangguan penglihatan | Ethambutol, Rifabutin, Isoniazid, Linezolid |
| Gagal ginjal Hipokalemia, Hipomagneemia | Aminoglycosides, Capreomycin |
| Neuropati perifer | INH Ethionamide Cycloserine Linezolid Ethambutol |
| Bercak kemerahan (<i>Rash</i>) | Semua obat |
| Sakit kepala | Fluoroquinolones Isoniazid Cycloserine Ethionamide Ethambutol |
| Kejang | Cycloserine |

2.6 Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya TB MDR

Kegagalan pada pengobatan poliresisten TB atau TB MDR akan menyebabkan lebih banyak OAT yang resisten terhadap kuman *M. Tuberculosis*. Kegagalan ini bukan hanya merugikan pasien tetapi juga meningkatkan penularan pada masyarakat. TB resistensi obat anti TB (OAT) pada dasarnya adalah suatu fenomena buatan manusia, sebagai akibat dari pengobatan pasien TB yang tidak adekuat yang menyebabkan terjadinya penularan dari pasien TB MDR ke orang lain atau masyarakat (WHO, 2009^a). Faktor penyebab resistensi OAT terhadap kuman *M. tuberculosis* antara lain (Soepandi PZ. 2010):

a. Faktor Mikrobiologik

Faktor ini meliputi natural resisten, resisten yang didapat, virulensi kuman, tertular galur kuman MDR serta *amplifier effect* (Pasien dengan

OAT yang resisten terhadap kuman tuberkulosis yang mendapat pengobatan jangka pendek dengan monoterapi akan menyebabkan bertambah banyak OAT yang resisten).

b. Faktor Klinik

Faktor ini dapat dipandang dari penyelenggara kesehatan, obat serta pasien. Dari segi penyelenggara kesehatan beberapa permasalahan yang teridentifikasi diantaranya :

- 1) Keterlambatan diagnosis
- 2) Pengobatan tidak mengikuti panduan atau belum adanya panduan
- 3) Penggunaan paduan OAT yang tidak adekuat yaitu karena jenis obatnya yang kurang atau karena lingkungan tersebut telah terdapat resistensi yang tinggi terhadap OAT yang digunakan misal rifampisin atau INH
- 4) Tidak ada atau kurangnya pelatihan TB serta tidak ada pemantauan pengobatan
- 5) Fenomena *addition syndrome* yaitu suatu obat yang ditambahkan pada satu paduan yang telah gagal. Bila kegagalan ini terjadi karena kuman tuberkulosis telah resisten pada paduan yang pertama maka penambahan jenis obat tersebut akan menambah panjang daftar obat yang resisten.
- 6) Organisasi program nasional TB yang kurang baik

Sedangkan dari segi obat yang digunakan, pengobatan TB jangka waktunya lama lebih dari 6 bulan sehingga membosankan pasien, obat bersifat toksik menyebabkan efek samping sehingga

pengobatan kompli atau sampai selesai gagal ataupun obat tidak dapat diserap dengan baik misal rifampisin diminum setelah makan, atau ada diare. Kualitas obat kurang baik misal penggunaan obat kombinasi dosis tetap yang mana bioavibiliti rifampisinnya berkurang. Regimen atau dosis obat yang tidak tepat, harga obat yang tidak terjangkau dan pengadaan obat terputus.

Aspek pasien yang mempengaruhi diantaranya ada atau tidaknya Pengawas Menelan Obat (PMO), kurangnya informasi atau penyuluhan, kurang dana untuk obat, efek samping obat, sarana dan prasarana transportasi sulit atau tidak ada, masalah sosial ataupun stress dan gangguan penyerapan obat.

c. Faktor Program

Meliputi ketersediaan fasilitas untuk biakan dan uji kepekaan, *amplifier effect*, tidak adanya program DOTS plus atau program DOTS belum berjalan dengan baik serta memerlukan biaya yang besar.

d. Faktor HIV-AIDS

Koinfeksi dengan HIV ataupun AIDS menyebabkan kemungkinan besar terjadi TB MDR lebih tinggi, terjadinya gangguan penyerapan dan kemungkinan terjadi efek samping lebih besar.

e. Faktor Kuman

Kuman *M. tuberculosis super strains* sangat virulen, memiliki daya tahan hidup lebih tinggi dan berhubungan dengan TB MDR.

2.7 Penanggulangan Tuberkulosis MDR di Indonesia (TB Indonesia, 2010)

Program Nasional Penanggulangan Tuberkulosis pada tahun 2009 melaksanakan kegiatan *pilot project* pelayanan pasien TB MDR dengan Strategi DOTS Plus. Strategi ini dikenal dengan strategi DOTS plus karena tingkat kesulitan yang lebih tinggi baik dari segi manajerial, ekonomi dan memerlukan perhatian dan sarana yang lebih banyak dan lebih mahal daripada strategi DOTS saat ini, diantaranya disebabkan oleh:

1. Diagnosis hanya bisa ditegakkan bila pada suspek TB MDR dilakukan pemeriksaan apusan dahak BTA secara mikroskopis, biakan dan uji kepekaan untuk *M. tuberculosis*. Evaluasi pengobatan dan penetapan hasil akhir pengobatan hanya bisa dilakukan dengan pelaksanaan pemeriksaan apusan dahak BTA secara mikroskopis dan biakan terhadap *M. tuberculosis*.
2. Unit utama penanganan pasien TB MDR adalah suatu UPK spesialisik. Meskipun untuk kelanjutan pengobatan dapat dirujuk ke UPK pelayanan kesehatan dasar yang sudah terlatih.
3. Laboratorium pemeriksa biakan dan uji kepekaan *drug susceptibility test* (DST) adalah laboratorium yang telah mendapatkan sertifikasi untuk pelaksanaan biakan dan uji kepekaan *M. tuberculosis* sesuai standar internasional.
4. Adanya jejaring antara UPK spesialisik (rumah sakit) dengan UPK pelayanan kesehatan dasar (puskesmas) yang sudah berfungsi dengan baik.

5. Masa pengobatan pasien TB MDR dengan OAT TB MDR, berkisar antara 18-24 bulan.
6. Paduan OAT yang digunakan adalah paduan OAT TB MDR dengan potensi lebih rendah dari OAT lini pertama, serta memberikan efek samping lebih banyak.

Tantangan dalam pengelolaan pasien TB MDR lebih besar dari pada pasien TB yang bukan MDR. Oleh karena itu semua komponen DOTS harus dilaksanakan dengan lebih cermat. Dasar hukum dalam melaksanakan pilot project pengobatan TB MDR adalah:

1. SK Menteri Kesehatan RI No. 117/Menkes/SK/II/2009 tentang Tim Penyelenggara Uji Coba Program Manajemen Pasien Multi Drug Resistant Tuberculosis (MDR TB) di Indonesia tertanggal Februari 2009.
2. SK Menteri Kesehatan RI No. 483/Menkes/SK/VI/2009 Tentang Lokasi Uji Coba Program Manajemen Pasien Multi Drug Resistant Tuberculosis (MDR TB) di Indonesia tertanggal Juni 2009.

Penanganan kasus TB MDR (DOTS Plus) akan didahului dengan suatu uji coba di dua wilayah yaitu :

1. Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur Provinsi DKI Jakarta, dengan RS. Persahabatan sebagai rumah sakit rujukan TB MDR, serta melibatkan UPK satelit 2 TB MDR di 3 Puskesmas kecamatan dengan 21 Kelurahan Wilayah Jakarta Timur - DKI Jakarta.

2. Dinas Kesehatan Kota Surabaya provinsi Jawa Timur dengan RSUD Dr. Soetomo sebagai rumah sakit rujukan TB MDR, serta melibatkan 53 Puskesmas, satu BP4 dan 3 rumah sakit. Sepuluh diantaranya akan menjadi UPK satelit 2 TB MDR.

Tujuan uji coba ini adalah untuk mendapatkan pengalaman dalam pelaksanaan pengobatan pasien TB MDR secara standard, sehingga kita dapat menjadi lebih siap pada saat diberlakukan secara nasional. Berbagai persiapan telah dilakukan di tingkat pusat dan di kedua wilayah, mulai dari penyiapan pedoman dan modul, penyiapan SDM, sarana dan prasarana, jejaring dan koordinasi, logistik dan sebagainya.

2.8 *Cognitive Behavioral Stress Management (CBSM)*

Program CBSM ini merupakan intervensi yang awal mulanya dilakukan pada pasien kanker prostat dengan mengintegrasikan relaksasi, manajemen stress dan teori promosi kesehatan ke dalam praktik dengan memberikan komprehensif program mingguan untuk meningkatkan kualitas hidup dan penyesuaian diri diantara pasien kanker prostat (Penedo FJ, Antoni MH, Schneiderman N, 2008).

Pada dasarnya intervensi CBSM didesain untuk a) meningkatkan pengenalan stress dengan mengidentifikasi sumber dari stress dan respon stress secara alami; b) mengajarkan keterampilan mengurangi kecemasan seperti nafas dalam dan relaksasi otot progresif; c) memodifikasi proses pikiran dan penilaian negatif dengan mengajarkan keterampilan restrukturisasi kognisi; d) membangun coping yang adaptif dan

meningkatkan ekspresi emosional; e) meningkatkan ketersediaan dan penggunaan dari jaringan dukungan sosial, f) meningkatkan keterampilan interpersonal melalui peningkatan keterampilan komunikasi dan pelatihan asertif dan g) meningkatkan pemeliharaan kesehatan melalui pengurangan perilaku berisiko dan strategi meningkatkan kepatuhan pengobatan. Intervensi CBSM secara khusus dirancang untuk mengatasi isu khusus yang berhubungan dengan permasalahan sosial serta individu.

Tabel 2.6 Strategi dan Komponen Dalam CBSM (Penedo, Antoni, Schneiderman, 2008)

| | | |
|----------|---|---|
| Tujuan 1 | Meningkatkan pengenalan stress | <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi komponen dari respons stress dengan berfokus pada respons fisiologis dan psikologis terhadap stress b. Identifikasi dengan lebih sering stressor dan tanda-tanda dari respons stress c. Memahami ketegangan yang terjadi dalam diri |
| Tujuan 2 | Mengajarkan keterampilan mengurangi kecemasan | <ul style="list-style-type: none"> a. Mengajarkan teknik multiple relaksasi untuk mengurangi kecemasan dan ketegangan (relaksasi otot progresif, nafas dalam, autogenic dan meditasi) b. Mencapai pengendalian terhadap stress c. Bertujuan untuk mengurangi respons somatic dari emosi akut |
| Tujuan 3 | Modifikasi penilaian kognisi | <ul style="list-style-type: none"> a. Modifikasi penilaian kejadian yang menyebabkan stress b. Menggunakan restrukturisasi kognisi dan penggantian pemikiran rasional c. Identifikasi hubungan pikiran, emosi dan perubahan terhadap badan d. Meningkatkan pengenalan terhadap pemikiran salah yang umum digunakan e. Identifikasi langkah untuk mengganti pemikiran salah dengan pemikiran rasional |
| Tujuan 4 | Membangun koping yang adaptif dan meningkatkan ekspresi emosional | <ul style="list-style-type: none"> a. Menantang dan mengubah kognisi, perilaku dan strategi koping interpersonal b. Meningkatkan kesadaran penggunaan cara maladaptive dari koping dengan stress c. Menggantikan tidak langsung dan kurang efisien dengan emosi langsung dan |

| | | |
|----------|--|---|
| | | <p>strategi berfokus pada masalah</p> <ul style="list-style-type: none"> d. Meningkatkan ekspresi perasaan dalam berespons terhadap situasi yang menyebabkan stress e. Meningkatkan kesadaran dari respon marah dan pemicu internal dan eksternal f. Memberikan pelatihan keterampilan asertif dan komunikasi serta manajemen emosi |
| Tujuan 5 | Mengurangi isolasi sosial | <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi dan menggunakan sumber-sumber dukungan sosial b. Menyatakan rasa puas dengan jaringan sosial yang ada c. Identifikasi sumber-sumber emosional, finansial dan dukungan terarah d. Memberikan dukungan bagi yang lainnya e. Memahami peran "stress buffering" dari dukungan emosional f. Mengidentifikasi hambatan dalam mempertahankan jaringan dukungan yang kuat |
| Tujuan 6 | Mengurangi perilaku berisiko dan meningkatkan kepatuhan pengobatan | <ul style="list-style-type: none"> a. Mengubah kepercayaan pasien dengan memberikan pembekalan informasi restrukturisasi kognisi b. Intervensi target untuk mempertahankan kesehatan melalui pelatihan peningkatan motivasi c. Mengubah perilaku negative dengan kontrol stimulus dan strategi monitoring diri d. Mengenali hambatan dalam peningkatan kesehatan melalui pelatihan keterampilan koping e. Meningkatkan hubungan pasien-dokter melalui pelatihan asertif dan pelatihan keterampilan koping. |

Telah banyak penelitian yang menjelaskan manfaat CBSM dalam menunjang kesembuhan klien serta mempertahankan kualitas hidupnya. McGregor et al, (2004) meneliti bahwa *Cognitive-behavioral stress management* (CBSM) dapat meningkatkan respons emosional yang positif pada wanita terkena kanker payudara tahap awal yang berkorelasi terhadap

peningkatan sistem imun. Lebih jauh lagi Cruess DG et al (2000) mendapatkan bahwa intervensi CBSM mengurangi kadar kortisol dalam darah dengan meningkatkan karakter positif pada wanita yang terkena kanker payudara tahap awal. Pada penyakit HIV-AIDS, intervensi CBSM secara signifikan berperan dalam peningkatan status kesehatan manajemen HIV. Hal ini meliputi penurunan stress, kepatuhan terhadap pengobatan dan berhadapan dengan kondisi penyakit kronik. Hasil yang didapatkan adalah peningkatan kuantitas dan kualitas dalam hidup (Schneiderman N, 1999).

Dari segi efektifitas, CBSM cukup efektif jika dibandingkan dengan pendekatan terapeutik yang lain. Secara umum, pasien akan mengalami penurunan stress dalam 3-4 minggu. Hal ini lebih cepat jika dibanding terapi psikoanalitik yang digunakan beberapa tahun untuk memerangi ketegangan dan kecemasan. Keuntungan yang nyata dalam menggunakan teknik ini untuk manajemen stress adalah efeknya yang sepanjang hidup. Meskipun pengobatan telah selesai, pasien dapat menggunakan terapi di kemudian hari untuk meminimalkan stress. CBSM juga dapat digunakan untuk mencegah relapse atau kambuhan dari stress ulangan yang lain jika digunakan secara benar dan tepat (Segerstrom, S. & Miller, G, 2004).

2.9 Konsep Stress dan Adaptasi

2.9.1 Konsep Stress

Taylor (1995) mendeskripsikan stres sebagai pengalaman emosional negatif disertai perubahan reaksi biokimiawi, fisiologis, kognitif dan perilaku yang bertujuan untuk mengubah atau menyesuaikan diri terhadap situasi yang menyebabkan stres. Teori stres bermula dari penelitian Cannon pada tahun 1929 yang kemudian diadopsi oleh Meyer (1951) yang melatih para dokter untuk menggunakan riwayat hidup penderita sebagai sarana diagnostik karena banyak dijumpai kejadian traumatik pada penderita yang menjadi penyebab penyakitnya (Pancheri et al., 2002).

Wheaton membedakan stres akut dan kronik sedangkan Holmes dan Rahe menekankan pembagian pada jumlah stres (total amount of change) yang dialami individu yang sangat berpengaruh terhadap efek psikologiknya. Ross dan Viowsky (1979) dalam penelitiannya berpendapat, bahwa bukan jumlah stres maupun beratnya stres yang mempunyai efek psikologik menonjol akan tetapi apakah stres tersebut diinginkan atau tidak diinginkan (undesirable) yang mempunyai potensi besar dalam menimbulkan efek psikologik (Charney DS, Manji HK, 2004). Stres baik ringan, sedang maupun berat dapat menimbulkan perubahan fungsi fisiologis, kognitif, emosi dan perilaku.

Hans Selye (1976) telah melakukan riset terhadap dua respons fisiologis tubuh terhadap stress yaitu *Local Adaptation Syndrome* (LAS) dan *General Adaptation Syndrome* (GAS).

1. Local Adaptation Syndrom (LAS)

Tubuh menghasilkan banyak respons setempat terhadap stress. Respons setempat ini termasuk pembekuan darah dan penyembuhan luka, akomodasi mata terhadap cahaya, dll. Karakteristik dari *Local Adaptation Syndrome* adalah:

1. Respons yang terjadi hanya setempat dan tidak melibatkan semua sistem.
2. Respons bersifat adaptif, diperlukan stressor untuk menstimulasikannya.
3. Respons bersifat jangka pendek dan tidak terus menerus.
4. Respon bersifat restoratif.

Beberapa contoh dari LAS ini diantaranya Respon inflamasi, respon ini distimulasi oleh adanya trauma dan infeksi. Respon ini memusatkan diri hanya pada area tubuh yang trauma sehingga penyebaran inflamasi dapat dihambat dan proses penyembuhan dapat berlangsung cepat.

a. Respon inflamasi dibagi kedalam 3 fase yaitu:

- Fase pertama, adanya perubahan sel dan sistem sirkulasi, dimulai dengan penyempitan pembuluh darah ditempat cedera dan secara bersamaan teraktifasinya kinin, histamin, sel darah putih. Kinin berperan dalam memperbaiki permeabilitas kapiler sehingga protein, leukosit dan cairan yang lain dapat masuk ketempat yang cedera tersebut.
- Fase kedua, pelepasan eksudat. Eksudat adalah kombinasi cairan dan sel yang telah mati dan bahan lain yang dihasilkan ditempat cedera.

- Fase ketiga, regenerasi jaringan dan terbentuknya jaringan parut.

b. Respon reflek nyeri

Respon ini merupakan respon adaptif yang bertujuan melindungi tubuh dari kerusakan lebih lanjut. Misalnya mengangkat kaki ketika bersentuhan dengan benda tajam.

2. *General Adaptation Syndrom (GAS)*

a. Fase Alarm (Waspada)

Melibatkan pengerahan mekanisme pertahanan dari tubuh dan pikiran untuk menghadapi stressor. Reaksi psikologis “fight or flight” dan reaksi fisiologis. Tanda fisik diantaranya curah jantung meningkat, peredaran darah cepat, darah di perifer dan gastrointestinal mengalir ke kepala dan ekstremitas. Banyak organ tubuh terpengaruh, gejala stress mempengaruhi denyut nadi, ketegangan otot dan daya tahan tubuh menurun. Fase alarm melibatkan pengerahan mekanisme pertahanan dari tubuh seperti pengaktifan hormon yang berakibat meningkatnya volume darah dan akhirnya menyiapkan individu untuk bereaksi. Hormon lainnya dilepas untuk meningkatkan kadar gula darah yang bertujuan untuk menyiapkan energi untuk keperluan adaptasi, teraktifasinya epineprin dan norepineprin mengakibatkan denyut jantung meningkat dan peningkatan aliran darah ke otot. Peningkatan ambilan O₂ dan meningkatnya kewaspadaan mental. Aktifitas hormonal yang luas ini menyiapkan individu untuk melakukan “respons melawan atau menghindar“. Respon ini bisa berlangsung

dari menit sampai jam. Bila stresor masih menetap maka individu akan masuk ke dalam fase resistensi.

b. Fase Resistensi (Melawan)

Individu mencoba berbagai macam mekanisme penanggulangan psikologis dan pemecahan masalah serta mengatur strategi. Tubuh berusaha menyeimbangkan kondisi fisiologis sebelumnya kepada keadaan normal dan tubuh mencoba mengatasi faktor-faktor penyebab stress. Bila teratasi gejala stress menurun atau normal tubuh kembali stabil, termasuk hormon, denyut jantung, tekanan darah, *cardiac out put*. Individu tersebut berupaya beradaptasi terhadap stressor, jika ini berhasil tubuh akan memperbaiki sel-sel yang rusak. Bila gagal maka individu tersebut akan jatuh pada tahapan terakhir dari GAS yaitu: fase kelelahan.

c. Fase Exhaustion (Kelelahan)

Merupakan fase perpanjangan stress yang belum dapat tertanggulangi pada fase sebelumnya. Timbul gejala penyesuaian diri terhadap lingkungan seperti sakit kepala, gangguan mental, penyakit arteri koroner, dll. Bila usaha melawan tidak dapat lagi diusahakan, maka kelelahan dapat mengakibatkan kematian. Pada tahap ini cadangan energi telah menipis atau habis, akibatnya tubuh tidak mampu lagi menghadapi stres. Ketidak mampuan tubuh untuk mempertahankan diri terhadap stressor inilah yang akan berdampak pada kematian individu tersebut.

2.9.2 Pengukuran Tingkat Stress

Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS 42) oleh Lovibond & Lovibond (1995) adalah alat ukur yang digunakan untuk mengukur tiga keadaan emosi yaitu depresi, kecemasan dan ketegangan/stress. DASS 42 dibentuk tidak hanya untuk mengukur secara konvensional mengenai status emosional, tetapi untuk proses yang lebih lanjut untuk pemahaman, pengertian, dan pengukuran yang berlaku di manapun dari status emosional, secara signifikan biasanya digambarkan sebagai stres. DASS dapat digunakan baik itu oleh kelompok atau individu untuk tujuan penelitian (Crawford JR & Henry JD, 2003).

Tingkatan stres pada instrumen ini berupa normal, ringan, sedang, berat, sangat berat. *Psychometric Properties of The Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS)* terdiri dari 42 item, yang dimodifikasi dengan penambahan item menjadi 49 item, penambahannya dari item 43-49 yang mencakup 3 subvariabel, yaitu fisik, emosi/psikologis, dan perilaku. Jumlah skor dari pernyataan item tersebut, memiliki makna 0-29 (normal); 30-59 (ringan); 60-89 (sedang); 90-119 (berat); >120 (Sangat berat) (Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F, 1995).

DASS juga memiliki versi singkat dengan 21 item atau dikenal dengan DASS 21 (Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F, 1995). Item ini terdiri dari 7 item, terbagi menjadi subskala yang sama dengan isinya. Skala depresi mengkaji disforia, ketidakberdayaan, penurunan kualitas hidup dan afek emosi negatif lainnya. Skala kecemasan mengkaji kecemasan situasional dan pengalaman subyektif yang mempengaruhi kecemasan. Skala Stres sensitif terhadap tingkat rangsangan non-spesifik kronis. Ini menilai kesulitan untuk relaks, gugup, dan mudah marah/gelisah, mudah tersinggung/over-reaktif dan kesabaran. Skor untuk

depresi, kecemasan, dan stres dihitung dengan menjumlahkan nilai untuk item yang relevan.

DASS 21 didasarkan pada dimensi daripada konsep kategori dari gangguan psikologis. Asumsi dari pengembangan DASS 21 didasarkan pada terdapat perbedaan antara depresi, kecemasan, dan stres yang dialami oleh subyek normal dan secara klinis terganggu, dengan perbedaan derajat. Derajat keparahan (normal, sedang, berat) adalah sebagai berikut:

Tabel 2.7 Derajat Keparahannya dalam DASS 21

| | Depresi | Kecemasan | Stress |
|--------------|----------------|------------------|---------------|
| Normal | 0-9 | 0-7 | 0-14 |
| Ringan | 10-13 | 8-9 | 15-18 |
| Moderate | 14-20 | 10-14 | 19-25 |
| Berat | 21-27 | 15-19 | 26-33 |
| Sangat Berat | 28+ | 20+ | 37+ |

Tabel 2.8 Daftar 21 item pertanyaan pada DASS 21

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 1 | Saya merasa sulit sekali untuk mengikuti kehidupan seperti apa adanya | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Saya sadar bahwa mulut saya kering | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Saya merasa tidak memiliki perasaan positif sama sekali | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Saya merasa kesulitan bernafas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Saya merasa kesulitan untuk berinisiatif melakukan sesuatu | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Saya cenderung bereaksi yang berlebihan dalam situasi | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Saya merasa gemetar di tangan atau bagian tubuh yang lain | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 | Saya merasa bahwa saya membuang energi yang besar karena gugup | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Saya merasa khawatir berada pada situasi panik dan diri saya terlihat bodoh | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 | Saya merasa bahwa saya tidak punya masa depan | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11 | Saya merasa mudah gugup | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12 | Saya merasa susah untuk relaks | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13 | Saya merasa putus asa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14 | Saya merasa tidak bisa mentoleransi apapun yang | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | menghambat apa yang saya kerjakan | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| 15 | Saya merasa bahwa saya mudah panic | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16 | Saya merasa tidak antusias terhadap segala sesuatu | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17 | Saya merasa saya tidak berharga sebagai seorang manusia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18 | Saya merasa agak mudah tersentuh | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19 | Saya merasa sangat bersemangat tetapi tidak disertai dengan peningkatan tanda-tanda vital (misal peningkatan denyut jantung) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20 | Saya merasa ketakutan tanpa alasan yang jelas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21 | Saya merasa hidup ini tidak berarti | 0 | 1 | 2 | 3 |

2.9.3 Konsep Adaptasi

Adaptasi adalah proses dimana dimensi fisiologis dan psikososial berubah dalam berespons terhadap stress. Karena banyak stressor tidak dapat dihindari, promosi kesehatan sering difokuskan pada adaptasi individu, keluarga atau komunitas terhadap stress. Ada banyak bentuk adaptasi, adaptasi fisiologis memungkinkan homeostasis fisiologis. Namun demikian mungkin terjadi proses yang serupa dalam dimensi psikososial dan dimensi lainnya. Suatu proses adaptif terjadi ketika stimulus dari lingkungan internal dan eksternal menyebabkan penyimpangan keseimbangan organisme. Dengan demikian adaptasi adalah suatu upaya untuk mempertahankan fungsi yang optimal. Adaptasi melibatkan refleks, mekanisme otomatis untuk perlindungan, mekanisme koping dan idealnya dapat mengarah pada penyesuaian atau penguasaan situasi (Selye H, 1976). Stressor yang menstimulasi adaptasi mungkin berjangka pendek, seperti demam atau berjangka panjang seperti paralysis dari anggota gerak tubuh. Agar dapat berfungsi optimal, seseorang harus mampu berespons terhadap stressor dan beradaptasi terhadap tuntutan atau perubahan yang

dibutuhkan. Adaptasi membutuhkan respons aktif dari seluruh individu. Stres dapat mempengaruhi dimensi fisik, perkembangan, emosional, intelektual, sosial dan spiritual. Sumber adaptif terdapat dalam setiap dimensi ini. Oleh karenanya, ketika mengkaji adaptasi klien terhadap stress, perawat harus mempertimbangkan individu secara menyeluruh. Beberapa mekanisme adaptasi diantaranya adalah (Dossey AM, Keegan L, Guzzetta CE, 2005):

1. Adaptasi Fisiologis

Indikator fisiologis dari stress adalah objektif, lebih mudah diidentifikasi dan secara umum dapat diamati atau diukur. Namun demikian, indikator ini tidak selalu teramati sepanjang waktu pada semua klien yang mengalami stress, dan indikator tersebut bervariasi menurut individunya. Tanda vital biasanya meningkat dan klien mungkin tampak gelisah dan tidak mampu untuk beristirahat serta konsentrasi. Indikator ini dapat timbul sepanjang tahap stress. Durasi dan intensitas dari gejala secara langsung berkaitan dengan durasi dan intensitas stressor yang diterima. Indikator fisiologis timbul dari berbagai sistem. Oleh karenanya pengkajian tentang stress mencakup pengumpulan data dari semua sistem. Hubungan antara stress psikologis dan penyakit sering disebut interaksi pikiran tubuh. Riset telah menunjukkan bahwa stress dapat mempengaruhi penyakit dan pola penyakit. Pada masa lampau, penyakit infeksi adalah penyebab kematian paling utama, tetapi sejak ditemukan antibiotik, kondisi kehidupan yang meningkat, pengetahuan tentang nutrisi yang meningkat, dan metode sanitasi yang lebih baik telah menurunkan angka

kematian. Sekarang penyebab utama kematian adalah penyakit yang mencakup stressor gaya hidup. Indikator fisiologis stress diantaranya:

- Kenaikan tekanan darah
- Peningkatan ketegangan di leher, bahu, punggung.
- Peningkatan denyut nadi dan frekwensi pernapasan
- Telapak tangan berkeringat
- Tangan dan kaki dingin
- Postur tubuh yang tidak tegap
- Keletihan
- Sakit kepala
- Gangguan lambung
- Suara yang bernada tinggi
- Mual, muntah dan diare
- Perubahan nafsu makan
- Perubahan berat badan
- Perubahan frekwensi berkemih
- Dilatasi pupil
- Gelisah, kesulitan untuk tidur atau sering terbangun saat tidur
- Temuan hasil laboratorium abnormal: peningkatan kadar hormon adrenokortikotropik, kortisol dan katekolamin serta hiperglikemia.

b. Adaptasi Psikologis

Emosi kadang dikaji secara langsung atau tidak langsung dengan mengamati perilaku klien. Stress mempengaruhi kesejahteraan emosional

dalam berbagai cara. Karena kepribadian individual mencakup hubungan yang kompleks di antara banyak faktor, maka reaksi terhadap stress yang berkepanjangan ditetapkan dengan memeriksa gaya hidup dan stresor klien yang terakhir, pengalaman terdahulu dengan stressor, mekanisme coping yang berhasil di masa lalu, fungsi peran, konsep diri dan ketabahan yang merupakan kombinasi dari tiga karakteristik kepribadian yang di duga menjadi media terhadap stress. Ketiga karakteristik ini adalah rasa kontrol terhadap peristiwa kehidupan, komitmen terhadap aktivitas yang berhasil, dan antisipasi dari tantangan sebagai suatu kesempatan untuk pertumbuhan.

Indikator emosional/psikologi dan perilaku stress:

- Ansietas
- Depresi
- Kepenatan
- Peningkatan penggunaan bahan kimia
- Perubahan dalam kebiasaan makan, tidur, dan pola aktivitas.
- Kelelahan mental
- Perasaan tidak adekuat
- Kehilangan harga diri
- Peningkatan kepekaan
- Kehilangan motivasi.

c. Adaptasi Perkembangan

Stres yang berkepanjangan dapat mempengaruhi kemampuan untuk menyelesaikan tugas perkembangan. Pada setiap tahap

perkembangan, seseorang biasanya menghadapi tugas perkembangan dan menunjukkan karakteristik perilaku dari tahap perkembangan tersebut. Stress yang berkepanjangan dapat mengganggu atau menghambat kelancaran menyelesaikan tahap perkembangan tersebut. Dalam bentuk yang ekstrem, stress yang berkepanjangan dapat mengarah pada krisis pendewasaan. Bayi atau anak kecil umumnya menghadapi stressor di rumah . Jika diasuh dalam lingkungan yang responsif dan empati, mereka mampu mengembangkan harga diri yang sehat dan pada akhirnya belajar respons koping adaptif yang sehat.

Anak-anak usia sekolah biasanya mengembangkan rasa kecukupan. Mereka mulai menyadari bahwa akumulasi pengetahuan dan penguasaan keterampilan dapat membantu mereka mencapai tujuan , dan harga diri berkembang melalui hubungan berteman dan saling berbagi di antara teman. Pada tahap ini, stress ditunjukkan oleh ketidakmampuan atau ketidakinginan untuk mengembangkan hubungan berteman. Remaja biasanya mengembangkan rasa identitas yang kuat tetapi pada waktu yang bersamaan perlu diterima oleh teman sebaya. Remaja dengan sistem pendukung sosial yang kuat menunjukkan suatu peningkatan kemampuan untuk menyesuaikan diri terhadap stressor, tetapi remaja tanpa sistem pendukung sosial sering menunjukkan peningkatan masalah psikososial. Dewasa muda berada dalam transisi dari pengalaman masa remaja ke tanggung jawab orang dewasa. Konflik dapat berkembang antara tanggung jawab pekerjaan dan keluarga. Stressor mencakup konflik antara harapan dan realitas. Usia setengah baya biasanya terlibat dalam membangun

keluarga, menciptakan karier yang stabil dan kemungkinan merawat orang tua mereka. Mereka biasanya dapat mengontrol keinginan dan pada beberapa kasus menggantikan kebutuhan pasangan, anak-anak, atau orang tua dari kebutuhan mereka. Namun demikian dapat timbul stress, jika mereka merasa terlalu banyak tanggung jawab yang membebani mereka. Usia lansia biasanya menghadapi adaptasi terhadap perubahan dalam keluarga dan kemungkinan terhadap kematian dari pasangan atau teman hidup. Usia dewasa tua juga harus menyesuaikan terhadap perubahan penampilan fisik dan fungsi fisiologis. Perubahan besar dalam kehidupan seperti memasuki masa pensiun juga menegangkan.

d. Adaptasi Sosial Budaya

Mengkaji stressor dan sumber coping dalam dimensi sosial mencakup penggalan bersama klien tentang besarnya, tipe, dan kualitas dari interaksi sosial yang ada. Stressor pada keluarga dapat menimbulkan efek disfungsi yang mempengaruhi klien atau keluarga secara keseluruhan. Perawat juga harus waspada tentang perbedaan cultural dalam respon stress atau mekanisme coping. Misalnya klien dari suku Afrika-Amerika mungkin lebih menyukai mendapatkan dukungan sosial dari anggota keluarga ketimbang dari bantuan professional.

e. Adaptasi Spiritual

Orang menggunakan sumber spiritual untuk mengadaptasi stress dalam banyak cara, tetapi stress dapat juga bermanifestasi dalam dimensi spiritual. Stress yang berat dapat mengakibatkan kemarahan pada Tuhan, atau individu mungkin memandang stressor sebagai

hukuman. Stresor seperti penyakit akut atau kematian dari orang yang disayangi dapat mengganggu makna hidup seseorang dan dapat menyebabkan depresi. Ketika perawatan pada klien yang mengalami gangguan spiritual, perawat tidak boleh menilai kesesuaian perasaan atau praktik keagamaan klien tetapi harus memeriksa bagaimana keyakinan dan nilai telah berubah (Dossey AM, Keegan L, Guzzetta CE, 2005).

2.10 Model Adaptasi Callista Roy

Model konsep adaptasi pertama kali dikemukakan oleh Suster Callista Roy pada tahun 1969 (Marriner A, 2001). Konsep ini dikembangkan dari konsep individu dan proses adaptasi seperti diuraikan di bawah ini. Asumsi dasar model adaptasi Roy adalah : 1) Manusia adalah keseluruhan dari biopsikologi dan sosial yang terus-menerus berinteraksi dengan lingkungan. 2) Manusia menggunakan mekanisme pertahanan untuk mengatasi perubahan-perubahan biopsikososial. 3) Setiap orang memahami bagaimana individu mempunyai batas kemampuan untuk beradaptasi. Pada dasarnya manusia memberikan respon terhadap semua rangsangan baik positif maupun negatif. 4) Kemampuan adaptasi manusia berbeda-beda antara satu dengan yang lainnya, jika seseorang dapat menyesuaikan diri dengan perubahan maka ia mempunyai kemampuan untuk menghadapi rangsangan baik positif maupun negatif. 5) Sehat dan sakit merupakan adalah suatu hal yang tidak dapat dihindari dari kehidupan manusia.

Dalam asuhan keperawatan, menurut Roy sebagai penerima asuhan keperawatan adalah individu, keluarga, kelompok, masyarakat yang dipandang sebagai "Holistic adaptif system" dalam segala aspek yang merupakan satu kesatuan. Sistem adalah Suatu kesatuan yang di hubungkan karena fungsinya sebagai kesatuan untuk beberapa tujuan dan adanya saling ketergantungan dari setiap bagian-bagiannya. System terdiri dari proses input, autput, kontrol dan umpan balik, dengan penjelasan sebagai berikut :

1. Input

Roy mengidentifikasi bahwa input sebagai stimulus, merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan atau energi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon, dimana dibagi dalam tiga tingkatan yaitu stimulus fokal, kontekstual dan stimulus residual.

- a. Stimulus fokal yaitu stimulus yang langsung berhadapan dengan seseorang, efeknya segera, misalnya infeksi .
- b. Stimulus kontekstual yaitu semua stimulus lain yang dialami seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur dan secara subyektif dilaporkan. Rangsangan ini muncul secara bersamaan dimana dapat menimbulkan respon negatif pada stimulus fokal seperti anemia, isolasi sosial.
- c. Stimulus residual yaitu ciri-ciri tambahan yang ada dan relevan dengan situasi yang ada tetapi sukar untuk diobservasi meliputi kepercayaan, sikap, sifat individu berkembang sesuai pengalaman yang lalu, hal ini

memberi proses belajar untuk toleransi. Misalnya pengalaman nyeri pada pinggang ada yang toleransi tetapi ada yang tidak.

2. Kontrol

Proses kontrol seseorang menurut Roy adalah bentuk mekanisme koping yang di gunakan. Mekanisme kontrol ini dibagi atas regulator dan kognator yang merupakan subsistem.

a) Subsistem regulator.

Subsistem regulator mempunyai komponen-komponen : input-proses dan output. Input stimulus berupa internal atau eksternal. Transmitter regulator sistem adalah kimia, neural atau endokrin. Refleks otonom adalah respon neural dan brain sistem dan spinal cord yang diteruskan sebagai perilaku output dari regulator sistem. Banyak proses fisiologis yang dapat dinilai sebagai perilaku regulator subsistem.

b) Subsistem kognator.

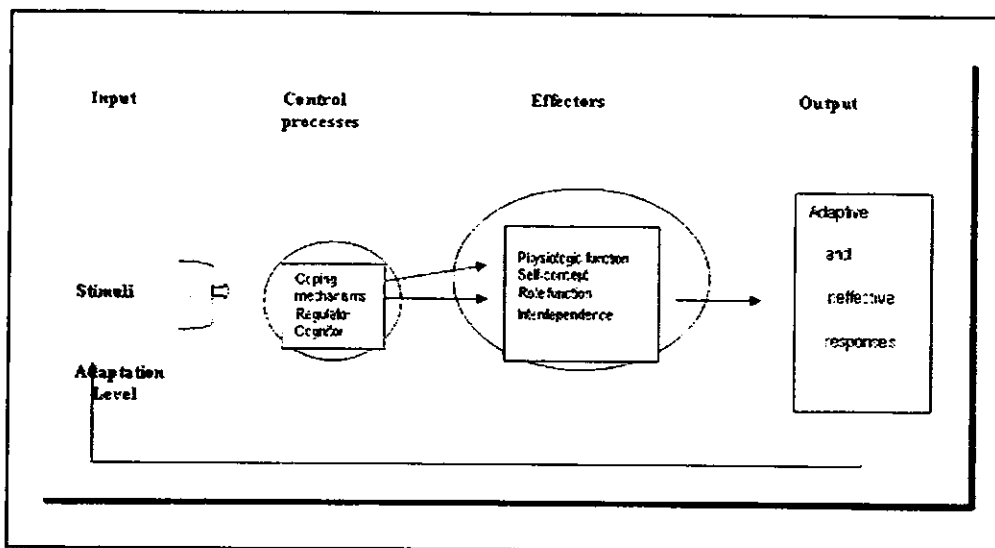
Stimulus untuk subsistem kognator dapat eksternal maupun internal. Perilaku output dari regulator subsistem dapat menjadi stimulus umpan balik untuk kognator subsistem. Kognator kontrol proses berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi. Persepsi atau proses informasi berhubungan dengan proses internal dalam memilih atensi, mencatat dan mengingat. Belajar berkorelasi dengan proses imitasi, reinforcement (penguatan) dan insight (pengertian yang mendalam). Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan adalah proses internal yang berhubungan dengan penilaian atau

analisa. Emosi adalah proses pertahanan untuk mencari keringanan, mempergunakan penilaian dan kasih sayang.

3. Output.

Output dari suatu sistem adalah perilaku yang dapat di amati, diukur atau secara subyektif dapat dilaporkan baik berasal dari dalam maupun dari luar . Perilaku ini merupakan umpan balik untuk sistem. Roy mengkategorikan output sistem sebagai respon yang adaptif atau respon yang tidak mal-adaptif. Respon yang adaptif dapat meningkatkan integritas seseorang yang secara keseluruhan dapat terlihat bila seseorang tersebut mampu melaksanakan tujuan yang berkenaan dengan kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi dan keunggulan. Sedangkan respon yang mal adaptif perilaku yang tidak mendukung tujuan ini.

Gambar 2.2 Kerangka model keperawatan Callista Roy



Roy telah menggunakan bentuk mekanisme koping untuk menjelaskan proses kontrol seseorang sebagai adaptif sistem. Beberapa mekanisme koping diwariskan atau diturunkan secara genetik (misal sel darah putih) sebagai sistem pertahanan terhadap bakteri yang menyerang

tubuh. Mekanisme yang lain yang dapat dipelajari seperti penggunaan antiseptik untuk membersihkan luka. Roy memperkenalkan konsep ilmu Keperawatan yang unik yaitu mekanisme kontrol yang disebut Regulator dan Kognator dan mekanisme tersebut merupakan bagian sub sistem adaptasi (Marriner A, 2001).

Dalam memahami konsep model ini, Callista Roy mengemukakan konsep keperawatan dengan model adaptasi yang memiliki beberapa pandangan atau keyakinan serta nilai yang dimilikinya diantaranya:

1. Manusia sebagai makhluk biologi, psikologi dan sosial yang selalu berinteraksi dengan lingkungannya.
2. Untuk mencapai suatu homeostatis atau terintegrasi, seseorang harus beradaptasi sesuai dengan perubahan yang terjadi.
3. Terdapat tiga tingkatan adaptasi pada manusia yang dikemukakan oleh Roy, diantaranya:
 - a. Focal stimulasi yaitu stimulus yang langsung beradaptasi dengan seseorang dan akan mempunyai pengaruh kuat terhadap seseorang individu.
 - b. Kontekstual stimulus, merupakan stimulus lain yang dialami seseorang, dan baik stimulus internal maupun eksternal, yang dapat mempengaruhi, kemudian dapat dilakukan observasi, diukur secara subjektif.
 - c. Residual stimulus, merupakan stimulus lain yang merupakan cirri tambahan yang ada atau sesuai dengan situasi dalam proses penyesuaian dengan lingkungan yang sukar dilakukan observasi.

4. Sistem adaptasi memiliki empat mode adaptasi diantaranya:

- Pertama, fungsi fisiologis, komponen system adaptasi ini yang adaptasi fisiologis diantaranya oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, integritas kulit, indera, cairan dan elektrolit, fungsi neurologis dan fungsi endokrin.
- Kedua, konsep diri yang mempunyai pengertian bagaimana seseorang mengenal pola-pola interaksi social dalam berhubungan dengan orang lain.
- Ketiga, fungsi peran merupakan proses penyesuaian yang berhubungan dengan bagaimana peran seseorang dalam mengenal pola-pola interaksi social dalam berhubungan dengan orang lain
- Keempat, interdependent merupakan kemampuan seseorang mengenal pola-pola tentang kasih sayang, cinta yang dilakukan melalui hubungan secara interpersonal pada tingkat individu maupun kelompok.

5. Dalam proses penyesuaian diri individu harus meningkatkan energi agar mampu melaksanakan tujuan untuk kelangsungan kehidupan, perkembangan, reproduksi dan keunggulan sehingga proses ini memiliki tujuan meningkatkan respon adaptasi.

2.11 Teori-Teori Perubahan Perilaku (Norman P, Abraham, Conner, 2000)

a. Teori Stimulus-Organisme-Respon:

Perubahan perilaku didasari oleh stimulus, organisme dan respons.

Perubahan perilaku terjadi dgn cara meningkatkan atau memperbanyak

rangsangan (stimulus). Oleh sebab itu perubahan perilaku terjadi melalui proses pembelajaran (learning process). Materi pembelajaran adalah stimulus.

Proses perubahan perilaku menurut teori S-O-R diantaranya: adanya stimulus (rangsangan): Diterima atau ditolak, apabila diterima (adanya perhatian) maka organism mengerti (memahami) stimulus. Subyek (organisme) mengolah stimulus, dan hasilnya baik berupa kesediaan untuk bertindak terhadap stimulus (attitude) ataupun bertindak (berperilaku) apabila ada dukungan fasilitas (practice)

b. Teori "Dissonance" oleh Festinger. Perilaku seseorang pada saat tertentu karena adanya keseimbangan antara sebab atau alasan dan akibat atau keputusan yang diambil (consonance). Apabila terjadi stimulus dari luar yang lebih kuat, maka dalam diri orang tersebut akan terjadi ketidakseimbangan (dissonance). Kalau akhirnya stimulus tersebut direspons positif (menerima dan melakukannya) maka berarti terjadi perilaku baru (hasil perubahan), dan akhirnya kembali terjadi keseimbangan lagi (consonance).

c. Teori fungsi oleh Katz. Perubahan perilaku terjadi karena adanya kebutuhan. Oleh sebab itu stimulus atau obyek perilaku harus sesuai dengan kebutuhan orang (subyek). Prinsip teori fungsi diantaranya :

- 1) Perilaku merupakan fungsi instrumental (memenuhi kebutuhan subyek),
- 2) Perilaku merupakan pertahanan diri dalam menghadapi lingkungan (bila hujan, panas),
- 3) Perilaku sebagai penerima obyek dan pemberi arti obyek (respons terhadap gejala sosial) dan
- 4) Perilaku

berfungsi sebagai nilai ekspresif dalam menjawab situasi.(marah, senang).

d. Teori “Driving forces” oleh Kurt Lewin. Perilaku adalah merupakan keseimbangan antara kekuatan pendorong (driving forces) dan kekuatan penahan (restraining forces). Perubahan perilaku terjadi apabila ada ketidak seimbangan antara kedua kekuatan tersebut. Kemungkinan terjadinya perubahan-perubahan perilaku: 1) Kekuatan pendorong meningkat, kekuatan penahan tetap, 2) Kekuatan pendorong tetap, kekuatan penahan menurun dan 3) Kekuatan pendorong meningkat, kekuatan penahan menurun.

Strategi Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku dapat dilakukan dengan *inforcement*. Perubahan perilaku dilakukan dengan paksaan, dan atau menggunakan peraturan atau perundangan. Keuntungannya adalah menghasilkan perubahan perilaku yang cepat, tetapi untuk sementara (tidak bertahan lama). Perubahan perilaku yang kedua melalui *education*. Perubahan perilaku dilakukan melalui proses pembelajaran, mulai dari pemberian informasi atau penyuluhan-penyuluhan. Keuntungannya adalah menghasilkan perubahan perilaku yang lama, tetapi memerlukan waktu lama.

2.12 Macam-macam Modifikasi Perilaku-Kognitif

Modifikasi perilaku-kognitif terdiri dari bermacam-macam teknik diantaranya. (a)Teknik relaksasi. Teknik ini dilakukan berdasar pada asumsi bahwa individu dapat secara sadar untuk belajar merilekskan otot-

ototnya sesuai dengan keinginannya melalui suatu cara yang sistematis (Jacobson dalam Walker dkk., 1981). Ada bermacam-macam teknik relaksasi, salah satunya yaitu teknik relaxation via *letting go* agar subjek mampu melepaskan ketegangan dan akhirnya mencapai keadaan tanpa ketegangan. Diharapkan subjek belajar menyadari ketegangannya dengan menegangkan otot-ototnya dan berusaha untuk sedapat mungkin mengurangi dan menghilangkan ketegangan otot tersebut. Selain itu dilatihkan pula teknik *differential relaxation* yang mengajarkan kepada subjek ketrampilan untuk merilekskan otot-otot yang tidak mendukung aktivitas yang dilakukan, karena dalam keadaan cemas seluruh otot cenderung tegang, walau otot tersebut kurang berperan dalam aktivitas tertentu. Pada penelitian ini materi teknik relaksasi yang digunakan diambil dari materi relaksasi yang digunakan oleh Andajani (1990).

(b) Teknik pemantauan diri. Teknik ini berfungsi sebagai alat pengumpul data sekaligus berfungsi terapiutik. Dasar pemikiran teknik ini adalah pemantauan diri terkait dengan evaluasi diri dan penguatan diri (Kanfer, dikutip Andajani, 1990). Subjek memantau dan mencatat perilakunya sendiri, sehingga lebih menyadari perilakunya setiap saat.

Beberapa langkah dalam teknik pemantauan diri adalah sebagai berikut: a) mendiskusikan dengan subjek tentang pentingnya subjek memantau dan mencatat perilakunya secara teliti, b) subjek dan terapis secara bersama-sama menentukan jenis perilaku yang hendak dipantau, c) mendiskusikan saat-saat pemantauan dilaksanakan, d) terapis menunjukkan pada subjek cara mencatat data, e) *role play*. Pemantauan diri hendaknya dilakukan

untuk satu jenis perilaku dan relatif merupakan respon yang sederhana (Kanfer, 1975).

(c) Teknik kognitif. Dasar pikiran teknik kognitif adalah bahwa proses kognitif sangat berpengaruh terhadap perilaku yang ditampilkan oleh individu. Burns (1988) mengungkapkan bahwa perasaan individu sering dipengaruhi oleh apa yang dipikirkan individu mengenai dirinya sendiri. Pikiran individu tersebut belum tentu merupakan suatu pemikiran yang objektif mengenai keadaan yang dialami sebenarnya. Penyimpangan proses kognitif oleh Burns (1988) juga disebut dengan distorsi kognitif. Pemikiran Burns merupakan pengembangan dari pendapat Goldfried dan Davison (1976) yang menyatakan bahwa reaksi emosional tidak menyenangkan yang dialami individu dapat digunakan sebagai tanda bahwa apa yang dipikirkan mengenai dirinya sendiri mungkin tidak rasional, untuk selanjutnya individu belajar membangun pikiran yang objektif dan rasional terhadap peristiwa yang dialami.

(d) Teknik Cognitive Behavioral Therapy (CBT), (CBT) merupakan salah satu pendekatan psikoterapi yang paling banyak diterapkan dan telah terbukti efektif dalam mengatasi berbagai gangguan, termasuk kecemasan dan depresi. Asumsi yang mendasari **Cognitive Behavioral Therapy** CBT, terutama untuk kasus depresi yaitu bahwa gangguan emosional berasal dari distorsi (penyimpangan) dalam berpikir. Perbaikan dalam keadaan emosi hanya dapat berlangsung lama kalau dicapai perubahan pola-pola berpikir selama proses terapi. Demikian pula pada pasien pola berpikir yang maladaptive (disfungsi kognitif) dan gangguan perilaku.

Dengan memahami dan merubah pola tersebut, pasien diharapkan mampu melakukan perubahan cara berpikirnya dan mampu mengendalikan gejala gejala dari gangguan yang dialami. **Cognitive Behavioral Therapy (CBT)** berorientasi pada pemecahan masalah dengan terapi yang dipusatkan pada keadaan “disini dan sekarang”, yang memandang individu sebagai pengambil keputusan penting tentang tujuan atau masalah yang akan dipecahkan dalam proses terapi. Dengan cara tersebut, pasien sebagai mitra kerja terapis dalam mengatasi masalahnya dan dengan pemahaman yang memadai tentang teknik yang digunakan untuk mengatasi masalahnya. Tujuan utama dalam teknik **Cognitive Behavioral Therapy (CBT)** adalah : 1) Membangkitkan pikiran pikiran negative/ berbahaya, dialog internal atau bicara sendiri (self-talk), dan interpretasi terhadap kejadian kejadian yang dialami. Pikiran pikiran negative tersebut muncul secara otomatis, sering diluar kesadarann pasien, apabila menghadapi situasi stress atau mengingat kejadian penting masa lalu. Distorsi kognitif tersebut perilaku maladaptive yang menambah berat masalahnya. 2) Terapis bersama klien mengumpulkan bukti yang mendukung atau menyanggah interpretasi yang telah diambil. Oleh karena pikiran otomastis sering didasarkan atas kesalahan logika, maka program *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* diarahkan untuk membantu pasien mengenali dan mengubah distorsi kognitif. Pasien dilatih mengenali pikirannya, dan mendorong untuk menggunakan ketrampilan, menginterpretasikan secara lebih rasional terhadap struktur kognitif yang maladaptive. 3)Menyusun

desain eksperimen (pekerjaan Rumah) untuk menguji validitas interpretasi dan menjaring data tambahan unjuk diskusi di dalam proses terapi

Dengan demikian *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) diharapkan berperan sebagai mekanisme proteksi agar kecemasan dan depresi tidak mengancam, karena pasien belajar mengatasi faktor-faktor yang menyebabkan munculnya gangguan

(e) Pendekatan lain CBT terhadap stres adalah manajemen stres perilaku kognitif atau *Cognitive Behavior Stress Management* (Linda Brannon and Jess Feist, 2010)

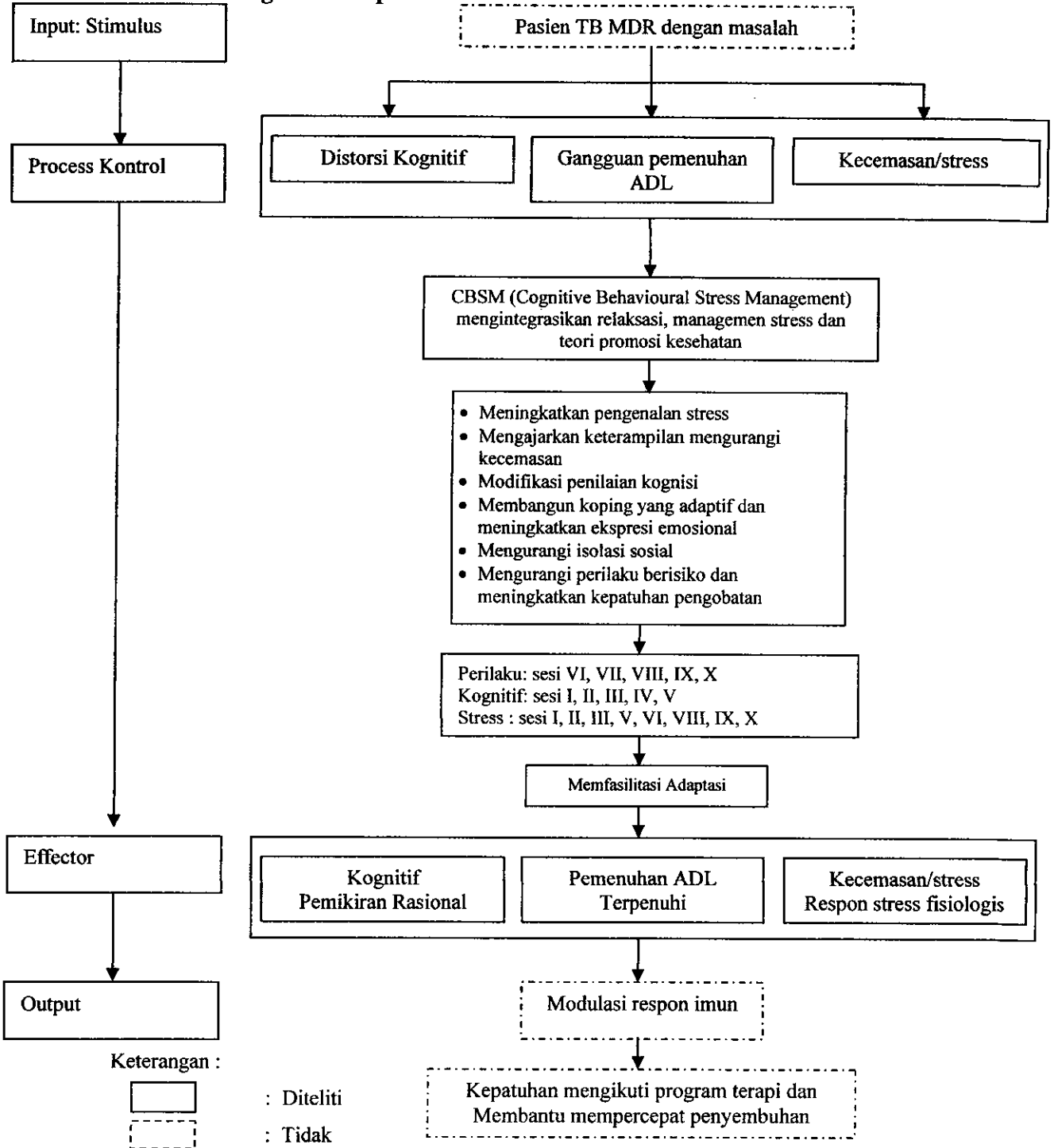
BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konseptual penelitian Pengaruh Cognitive Behavioural Stress Management (CBSM) terhadap Perubahan Kognitif, Perilaku, dan Tingkat Stress pada Pasien TB MDR

Pasien yang sedang mengalami sakit, baik dirawat di rumah maupun di rumah sakit akan mengalami kecemasan dan stress pada semua tingkat usia. Penyebab dari kecemasan dipengaruhi oleh banyak faktor, baik faktor dari petugas (perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya); lingkungan baru maupun dukungan keluarga yang menunggu selama perawatan.

Pasien yang merasa nyaman selama perawatan dengan menerapkan model asuhan yang holistik, yaitu adanya dukungan sosial keluarga, lingkungan perawatan yang terapeutik, dan sikap perawat yang penuh dengan perhatian akan mempercepat proses penyembuhan. Berdasarkan hasil pengamatan penulis, seperti data yang didapatkan pada penelitian pendahuluan, sebanyak 35 pasien TB MDR, 15 pasien diantaranya sudah menjalani terapi dan 20 pasien lainnya belum, dari 15 pasien yang sudah menjalani terapi diperoleh data bahwa 3 pasien TB MDR yang menjalani pengobatan mengalami stress tingkat tinggi dengan lama pengobatan 2 minggu – 1 bulan. Sedangkan 4 pasien TB MDR lainnya diketahui mengalami stress tingkat sedang dengan lama pengobatan 2-3 bulan. Lamanya pengobatan dan banyaknya obat yang harus diminum serta faktor lain yang menyebabkan stress pada pasien TB MDR perlu segera diminimalkan oleh perawat.

Berdasarkan pada konsep psikoneuroimunologi, melalui poros hypothalamus hypofisis adrenal, bahwa stres psikologis akan berpengaruh pada hipotalamus, kemudian hypothalamus akan mempengaruhi hypofise sehingga hipofise akan mengekspresikan ACTH (*adrenal cortico tropic*

hormone) yang akhirnya dapat mempengaruhi kelenjar adrenal, di mana kelenjar ini akan menghasilkan kortisol. Apabila stres yang dialami pasien sangat tinggi, maka kelenjar adrenal akan menghasilkan kortisol dalam jumlah banyak sehingga dapat menekan sistem imun (Clancy, 1998). Stress yang tinggi ataupun sedang diketahui dapat menurunkan sistem imun tubuh dan menghambat proses penyembuhan pada pasien. Stress yang tinggi dapat memicu produksi kortisol berlebih dalam tubuh dimana kortisol memiliki efek sebagai immunosupresan (Ader R, 2000). Adanya penekanan sistem imun inilah nampaknya akan berakibat pada penghambatan proses penyembuhan. Sehingga memerlukan waktu perawatan yang lebih lama dan bahkan akan mempercepat terjadinya komplikasi-komplikasi selama perawatan Untuk mengatasi hal tersebut, perlu dilakukan perbaikan kinerja kepada perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan model holistik, yaitu biopsikososiospiritual. Salah satu model yang digunakan dalam penerapan teknologi ini adalah berdasar pengembangan teori adaptasi dari S.C. Roy. Pada teori ini ditekankan pada pemenuhan perawat kepada pasien secara holistik, yaitu aspek fisik (*atraumatic care*); psikis (memfasilitasi koping yang konstruktif); dan aspek sosial (menciptakan hubungan dan lingkungan yang konstruktif dengan melibatkan keluarga dalam perawatan).

Keadaan ini jika dibiarkan tanpa adanya intervensi maka akan merugikan pasien yang berakibat pada lamanya masa penyembuhan. *Cognitive Behavioral Stress Management* (CBSM) diketahui secara efektif dapat membantu pasien dalam mengelola kognitif, perilaku dan stress pada

pasien. Intervensi CBSM dalam kelompok yang dilakukan dalam beberapa sesi diharapkan dapat membantu pasien TB MDR dalam beradaptasi dan dipertahankan pada keadaan *eustress*. Diharapkan terbentuk coping yang positif yang akan berdampak pada kognitif dan perilaku yang positif pula. Hal ini akan berdampak pada penurunan stress yang juga merupakan akibat langsung dari proses belajar pada individu.

Hasil yang diharapkan dari penelitian ini adalah dengan CBSM diharapkan dapat memodulasi respon imun dan mendukung proses pengobatan pasien TB MDR.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini : Ada pengaruh *Cognitive Behavioral Stress Management* (CBSM) terhadap perubahan kognitif, perilaku dan stress pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *pre-post test group design* artinya peneliti ingin mengetahui pengaruh *pre post* intervensi CBSM terhadap penurunan stress pada pasien TB-MDR. Data yang diukur adalah tingkat stress sebelum dan sesudah pelatihan. Secara sederhana rancangan penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:

O1 → X → O2

Keterangan :

O1 : meliputi tingkat kognitif, perilaku, dan tingkat stress sebelum dilakukan pelatihan

X : berupa intervensi CBSM

O2 : meliputi tingkat kognitif, perilaku, dan tingkat stress setelah dilakukan pelatihan

4.2 Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah penderita TB MDR yang menjalani terapi di Ruang Paru RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Pemilihan sampel dalam penelitian ini menggunakan metode *purposive* dengan batasan :

1. Kriteria inklusi.
 - a. Penderita TB MDR yang sedang menjalani pengobatan di RSUD Dr. Soetomo
 - b. Penderita TB MDR yang bisa membaca dan menulis

- c. Penderita berusia lebih dari 21 tahun
2. Kriteria eksklusi
- a. Penderita TB MDR yang menjalani pengobatan di Puskesmas dan *home care*,
- b. Penderita yang tidak kooperatif dan tidak bersedia menjadi responden

4.3 Identifikasi Variabel

Variabel yang diteliti dalam penelitian ini meliputi variabel independen yaitu intervensi *Cognitive Behavioral Stress Management* (CBSM) dan variabel dependen adalah tingkat stres, kognitif dan perilaku.

4.4 Definisi Operasional

Definisi dari variabel-variabel tersebut adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1 Definisi Operasional Pengaruh *Cognitive Behavioural Stress Management* (CBSM) Terhadap Perubahan Kognitif, Perilaku dan Stress Pada Pasien Tuberkulosis MDR

| Variabel | Definisi Operasional | Parameter | Alat Ukur | Skala | Skore |
|----------------|---|--|-------------------|---------|--|
| Pelatihan CBSM | Suatu proses pembelajaran dan peningkatan keterampilan dalam mengelola stress dengan menekankan pada perubahan perilaku | Pelatihan dengan topik: 1. Meningkatkan pengenalan stress 2. Mengajarkan keterampilan mengurangi kecemasan 3. Modifikasi penilaian kognisi 4. Membangun koping yang adaptif dan meningkatkan ekspresi emosional 5. Mengurangi isolasi sosial 6. Mengurangi perilaku berisiko dan meningkatkan kepatuhan pengobatan | | | |
| Stress | Ketegangan fisik dan psikis yang dihadapi | Skala stress menggunakan DASS | Kuesioner DASS 21 | Ordinal | 0 : Tidak terjadi sama sekali 1 : Terjadi pada saya untuk derajat tertentu atau kadang- |

| | | | | | |
|----------|--|--|--|---------|--|
| | oleh penderita TB MDR baik yang berhubungan dengan pengobatan maupun tidak | 21 (<i>Depression Anxiety Stress Scale, with 21 items</i>) | dengan skala likert | | kadang 2 : Terjadi pada saya untuk derajat yang lumayan atau frekuensi agak sering 3 : Terjadi sering atau setiap saat Tingkat stress : < 19 : Tidak /stress ringan ≥ 19 : Stress |
| Kognitif | Kemampuan klien untuk mengerti dan memahami penyakit TB MDR | Pengertian TB MDR, etiologi, gejala, pengobatan dan perawatan penderita | Kuesioner | Ordinal | < 55 : Pengetahuan Kurang ≥ 55 : Pengetahuan cukup/baik |
| Perilaku | Praktik yang dilakukan oleh klien penderita TB MDR dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia. | Berdasarkan pemebuhan kebutuhan - Fisiologis - Konsep Diri - Peran - Ketergantungan (Model Konsep Roy) | Wawancara dengan pasien dan divalidasi dengan keluarga | Ordinal | ≥ 4 : Terpenuhi < 4 : Tidak Terpenuhi |

4.5 Instrumen Penelitian

Peralatan yang dibutuhkan dalam memberikan pelatihan ini diantaranya papan tulis/*flipchart*, audio visual dan *leaflet* mengenai teknik pelatihan serta *leaflet* tentang TB MDR. Proses pelatihan akan berlangsung dalam 10 sesi yang dilakukan dalam kelompok-kelompok kecil. Kuesioner dibutuhkan untuk mengetahui perubahan kognitif, untuk perilaku pemenuhan kebutuhan dasar manusia menggunakan lembar wawancara, dan tingkat stress menggunakan kuesioner DASS 21. Pengukuran dilaksanakan sebelum dan sesudah (*pre-post test*) intervensi yang diberikan.

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Paru RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Pengambilan data pada penelitian ini dilaksanakan pada bulan Agustus s/d September 2010.

4.7 **Prosedur Pengumpulan Data**

Setelah mendapatkan ijin dari pengambilan data dari kedua pembimbing selanjutnya peneliti meminta surat ijin pengambilan data dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya untuk diserahkan di lahan penelitian yaitu di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Setelah ijin pengambilan data disetujui oleh RSUD Dr. Soetomo, selanjutnya peneliti mengadakan pendekatan kepada responden untuk menjelaskan maksud dan tujuan penelitian dan selanjutnya meminta persetujuan sebagai responden.

Pengumpulan data penelitian diawali dengan survei tingkat stres pasien TB MDR yang menjalani pengobatan di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Selanjutnya, program dilanjutkan dengan pembentukan kelompok yang akan dipimpin oleh seorang fasilitator yang dalam hal ini adalah peneliti sendiri. 15 pasien TB MDR diberikan terapi CBSM dengan mengikuti panduan dari tiap sesi yang akan dilakukan. Intervensi akan diberikan sebanyak 10 sesi setiap hari selama 5-10 hari dengan durasi tiap sesi adalah 45-90 menit. Tiap partisipan akan diberikan buku kerja untuk pasien mencatat setiap sesi yang dilakukan.

Intervensi ini menggunakan metode kelompok yang diberikan secara berurutan dan tidak boleh ada yang terlewatkan. Untuk menghindari adanya drop-out selama intervensi maka diawal penelitian, peneliti akan menjelaskan secara detail mengenai program ini, manfaat serta hasil yang diharapkan. Urutan dari sesi CBSM akan diberikan sesuai dengan manual buku terapi. Keseluruhan teknik, materi, maupun peralatan

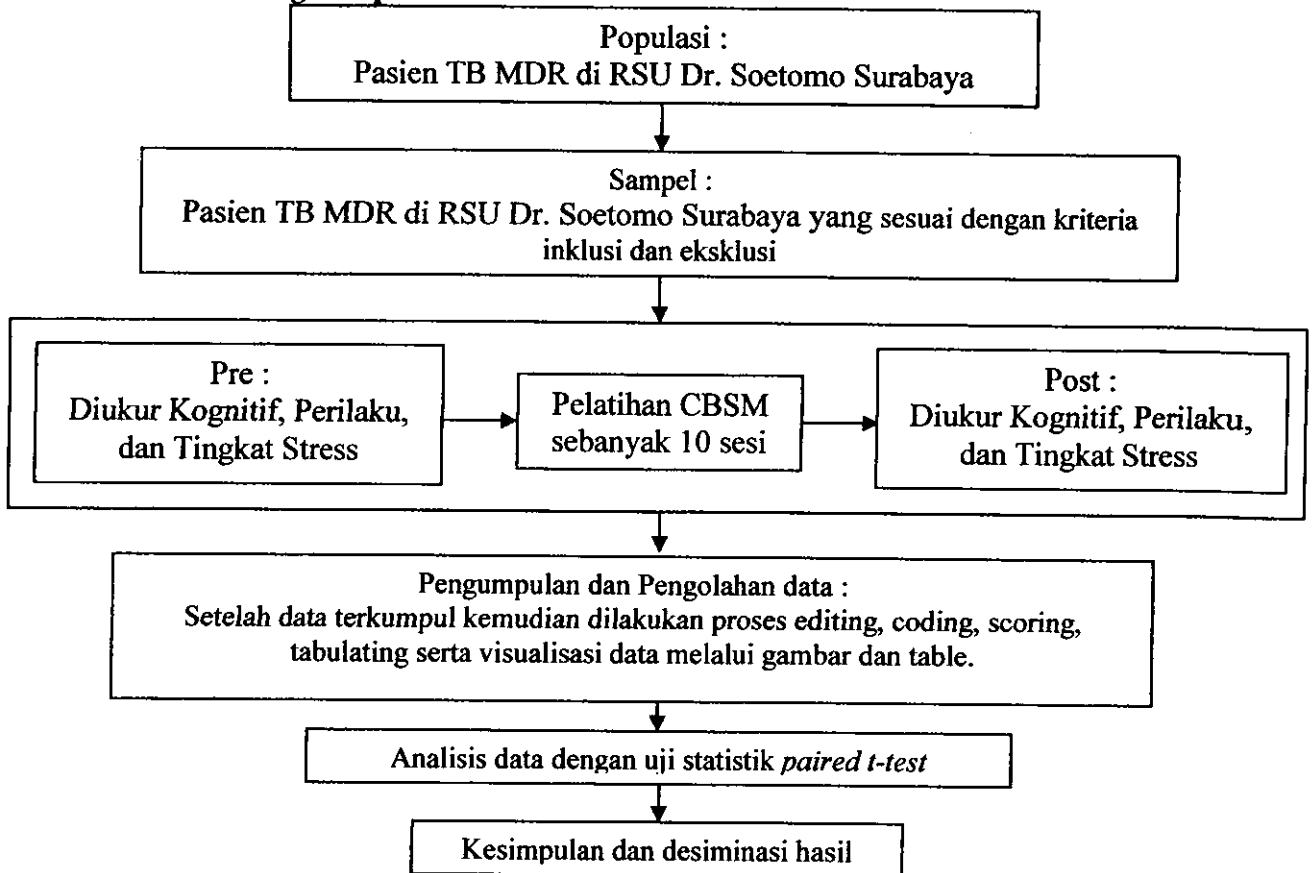
yang digunakan akan dimodifikasi sesuai dengan kemampuan peneliti yang akan dijelaskan secara detail di buku terapi. Urutan sesi yang wajib diikuti oleh partisipan adalah: 1) Sesi I: dengan pengenalan program, pemahaman stress dan respon fisik serta tehnik relaksasi nafas dalam. 2) Sesi II: tehnik relaksasi nafas dalam dan pemahaman stress serta proses penilaian, 3) Sesi III: nafas dalam dan menghitung dengan passive progressive muscle relaxation, pendidikan kesehatan tentang Pengobatan TB MDR, 4) Sesi IV: membayangkan tempat khusus dan cognitive distortions, 5) Sesi V: relaksasi untuk penyembuhan dan keadaan sehat serta restrukturisasi kognisi, 6) Sesi VI: training autogenic/Koping I, 7) Sesi VII: autogenic dengan bayangan visual dan positive self-suggestions/Koping II, 8) Sesi VIII: meditasi mantra dan manajemen marah, 9) Sesi IX: Mindfulness meditation/ Komunikasi asertif, 10) Sesi X: latihan relaksasi favorit kelompok/dukungan sosial dan kesimpulan program.

Pada akhir sesi pelatihan akan dibagikan kuesioner yang mengukur tingkat stress untuk mengetahui adanya perbedaan pada tingkat stress partisipan.

4.8 Analisis Data

Data yang terkumpul selanjutnya akan dilakukan proses pengolahan data, dan selanjutnya data akan dianalisis dengan menggunakan uji statistik Mc Nemar.

4.9 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka kerja operasional

4.10 Etik Penelitian

Peneliti memohon ijin kepada pihak terkait sebelum penelitian dilakukan. Hal yang perlu ditekankan pada penelitian ini berkaitan dengan etika penelitian adalah :

1. Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lembar persetujuan diberikan kepada responden yang akan berpartisipasi dalam penelitian ini, tujuannya adalah responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta hasil yang diharapkan dari penelitian tersebut. Peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak responden untuk menolak.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dengan tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data (kuesioner) yang di isi oleh responden. Lembar tersebut hanya di beri nomer kode tertentu.

3. *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi yang di berikan oleh responden di jamin oleh peneliti.

4.11 Keterbatasan

1. Pemberian terapi CBSM dan pengukuran hasil atau observasi hasil terapi dilakukan sendiri oleh peneliti dengan tetap memperhatikan instrument penelitian dan obyektifitas pengukuran.
2. Pengukuran tingkat stres hanya dilakukan sekali saja sebelum dan sekali sesudahnya sehingga hasilnya kurang dapat menggambarkan secara obyektif karena tingkat stres pasien yang bisa berubah-ubah.
3. Prosedur pengumpulan data tentang perilaku pemenuhan kebutuhan dasar manusia dilakukan dengan lembar wawancara tanpa observasi langsung, meskipun hasil wawancara dapat merupakan jawaban yang subyektif dari pasien yang cenderung mengarah yang positif atau baik, peneliti berupaya meminimalisir dengan cara memvalidasi kepada keluarga pasien.
4. Kelompok-kelompok kecil pada setiap sesi dapat berbeda-beda karena menyesuaikan dengan kedatangan dan dilakukan semata-mata untuk

kepentingan pasien, karena pasien tidak dapat menunggu terlalu lama sampai kelompok yang ditentukan terkumpul semua. Hal ini menyebabkan kelompok kurang dapat melaksanakan perannya dengan baik.

5. Sesi terapi dilaksanakan hanya 5 sampai dengan 7 hari saja mengingat kondisi pasien yang tidak memungkinkan, akan tetapi pasien diminta untuk mempelajari dan melaksanakan secara mandiri di rumah.
6. Pelaksanaan setiap sesi disesuaikan dengan kemampuan peneliti sebagai perawat, dipandu dengan SAP yang telah disusun.
7. Instrumen penelitian khususnya untuk tingkat pengetahuan dan perilaku pemenuhan kebutuhan dasar manusia dibuat sendiri oleh peneliti tanpa dilakukan uji validitas sehingga hasilnya menjadi kurang representative meskipun demikian peneliti berupaya menyusun berdasarkan literature yang ada.
8. Jumlah responden yang sedikit sehingga tidak dimungkinkan dilakukan randomisasi dan kelompok kontrol sehingga hasil penelitian ini hanya merepresentatifkan kelompok ini saja.

BAB 5
ANALISIS HASIL PENELITIAN

BAB 5

ANALISIS HASIL PENELITIAN

Penelitian yang telah dilaksanakan di RSUD Dr. Soetomo Surabaya mulai tanggal 17 Agustus sampai dengan 23 September 2010 pada pasien TB MDR di Ruang Paru Laki-Laki dan Ruang Paru Wanita. Hasil penelitian meliputi: Gambaran Lokasi Penelitian, Data umum yang meliputi data demografi pasien dan data khusus yang meliputi data tingkat pengetahuan, perilaku pemenuhan kebutuhan dasar manusia, dan tingkat stress sebelum dan sesudah diberikan terapi CBSM.

5.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Dr. Soetomo Surabaya yang beralamatkan di Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6 – 8 Surabaya merupakan rumah sakit rujukan bagi masyarakat di wilayah timur Indonesia. Dengan Tugas Pokoknya Melaksanakan upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasilguna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan, pencegahan dan menyelenggarakan upaya rujukan serta penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan kesehatan. Dalam melaksanakan tugas pokoknya, rumah sakit ini memiliki fungsi :

1. Penyelenggaraan pelayanan medik
2. Penyelenggaraan pelayanan penunjang medik dan non medik
3. Penyelenggaraan pelayanan dan asuhan keperawatan
4. Penyelenggaraan pelayanan rujukan

5. Penyelenggaraan usaha pendidikan dan pelatihan paramedik
6. Penyediaan fasilitas dan bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan pendidikan bagi calon dokter dan dokter spesialis
7. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan kesehatan
8. Penyelenggaraan kegiatan ketatausahaan
9. Pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Gubernur Kepala Daerah dan Kepala Dinas Kesehatan sesuai dengan bidang tugasnya

Adapun dalam melaksanakan tugas sehari-hari seluruh karyawan senantiasa berlandaskan pada visi dan misi rumah sakit, yaitu :

1. Visi Rumah Sakit

Mengembangkan RSUD Dr. Soetomo sebagai rumah sakit pendidikan terbaik dan terpendang di Indonesia dengan ciri-ciri :

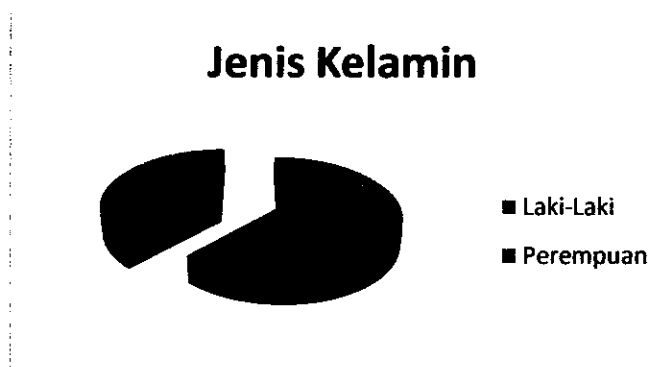
- a. Aman,
- b. Informatif,
- c. Efektif,
- d. Efisien,
- e. Bermutu,
- f. Manusiawi,
- g. Memuaskan

2. Misi Rumah Sakit

- a. Pemuka dalam pelayanan
- b. Pemuka dalam pendidikan
- c. Pemuka dalam penelitian

5.2 Data Umum

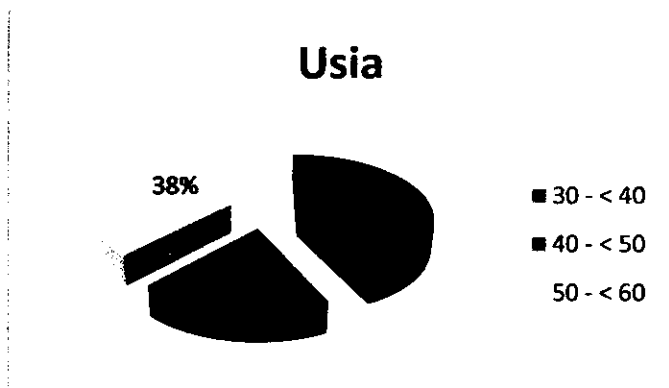
5.2.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin



Gambar 5.1 Distribusi Responden berdasarkan jenis kelamin pada Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, September 2010

Dari gambar 5.1 diatas menunjukkan distribusi jenis kelamin responden. Sebagian besar responden berjenis kelamin Laki-laki yaitu 62 % (13 orang), dan 38 % (8 orang) berjenis kelamin perempuan.

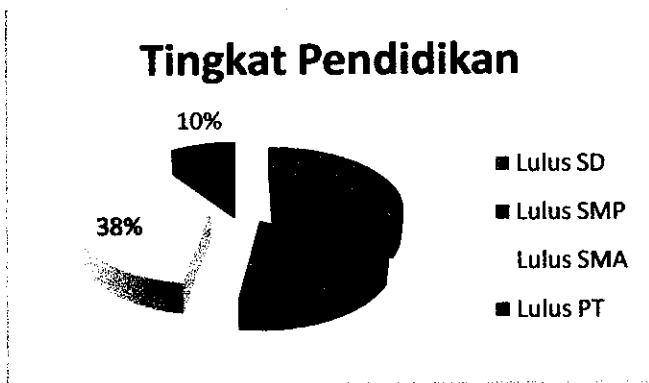
5.2.2 Distribusi Responden Berdasarkan Usia



Gambar 5.2 Distribusi Responden berdasarkan usia pada Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, September 2010

Gambar 5.2 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden berusia 30 - < 40 tahun yaitu sebesar 43 % (9 orang), sedangkan yang lainnya sebesar 38 % (8 orang) berusia 50 - < 60 tahun, dan 19 % (4 orang) berusia 40 - < 50 tahun.

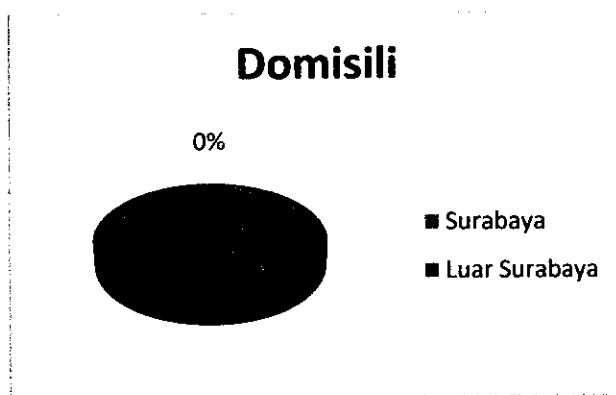
5.2.3 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan



Gambar 5.3 Distribusi Responden berdasarkan tingkat pendidikan pada Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, September 2010

Gambar 5.3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berlatar belakang pendidikan Lulus SMA yaitu sebesar 38 % (8 orang), dan lainnya berturut-turut dengan latar belakang pendidikan Lulus SD sebesar 33 % (7 orang), Lulus SMP sebesar 19 % (4 orang), dan Lulus Perguruan Tinggi sebesar 10 % (2 orang).

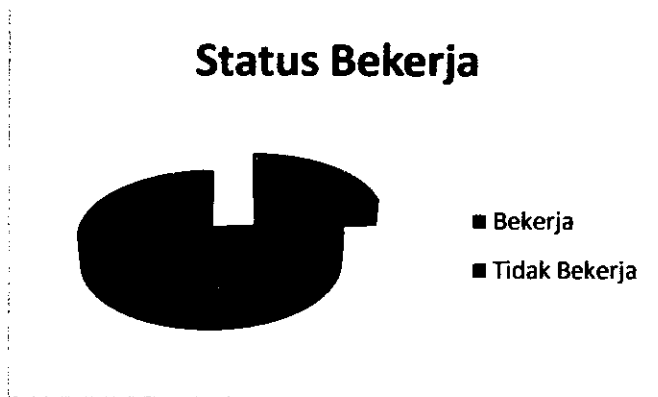
5.2.4 Distribusi Responden Berdasarkan Domisili Tempat Tinggal



Gambar 5.4 Distribusi Responden berdasarkan Domisili Tempat Tinggal pada Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, September 2010

Berdasarkan Gambar 5.4 di atas, 100 % (21 pasien) bertempat tinggal di wilayah Surabaya.

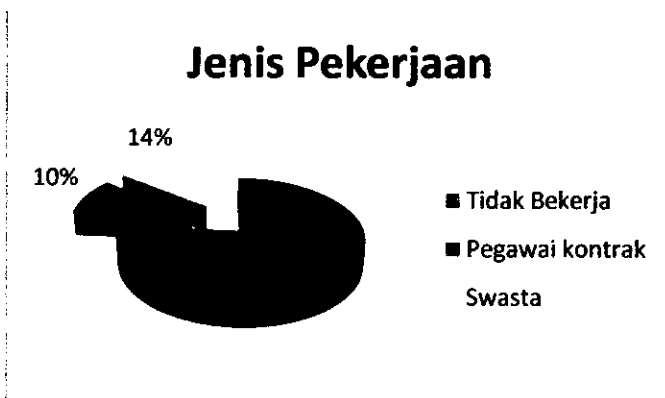
5.2.5 Distribusi Responden Berdasarkan Status Bekerja



Gambar 5.5 Distribusi Responden berdasarkan status bekerja pada Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, September 2010

Gambar 5.5 di atas menunjukkan 76 % (16 orang) tidak bekerja, dan 24 % (5 orang) bekerja.

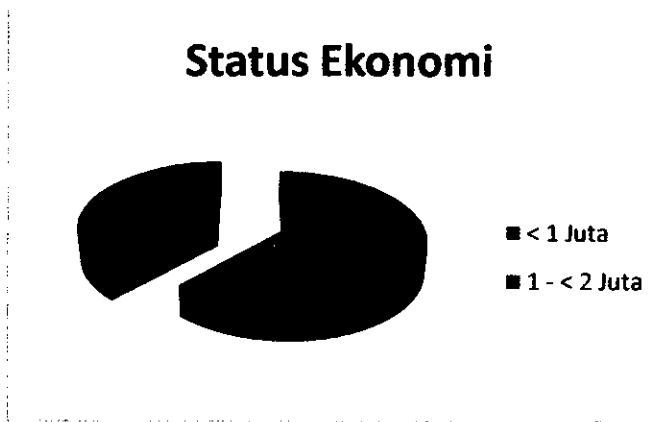
5.2.6 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan



Gambar 5.5 Distribusi Responden berdasarkan jenis pekerjaan pada Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, September 2010

Berdasarkan gambar 5.5 diatas Sebagian besar responden yaitu sebesar 76 % (16 orang) Tidak bekerja, sedangkan 14 % (3 orang) responden bekerja sebagai pegawai swasta, dan 10 % (2 orang) sebagai pegawai kontrak.

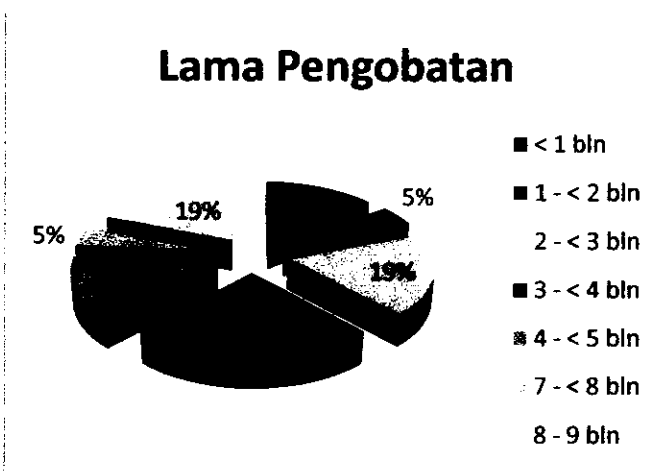
5.2.6 Distribusi Responden Berdasarkan Status Ekonomi



Gambar 5.6 Distribusi Responden berdasarkan status ekonomi pada Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, September 2010

Berdasarkan gambar 5.6 diatas Sebagian besar responden yaitu sebesar 62 % (13 orang) berpenghasilan < 1 juta rupiah, dan 38 % (8 orang) dengan penghasilan sebesar 1 - < 2 juta rupiah.

5.2.7 Distribusi Responden Berdasarkan Lama Pengobatan

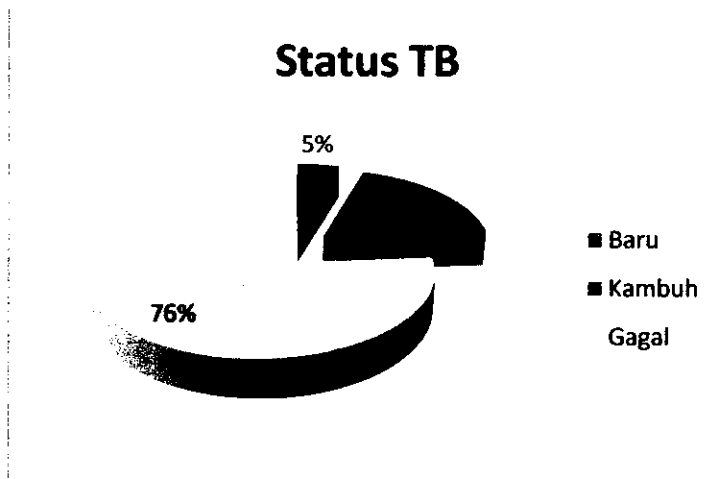


Gambar 5.7 Distribusi Responden berdasarkan Lama Pengobatan pada Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, September 2010

Berdasarkan gambar 5.7 24 % (5 orang) telah menjalani terapi selama 3 - < 4 bulan, 19 % (4 orang) telah menjalani terapi selama 2 - < 3 bulan, 19 % (4 orang) telah menjalani terapi selama 8 - 9 bulan, 14 % (3 orang) telah menjalani terapi selama < 1 bulan, 14 % (3 orang) telah menjalani terapi selama 4 - < 5

bulan, 5 % (1 orang) menjalani terapi 1 - < 2 bulan, dan 5 % (1 orang) telah menjalani terapi selama 7 – < 8 bulan.

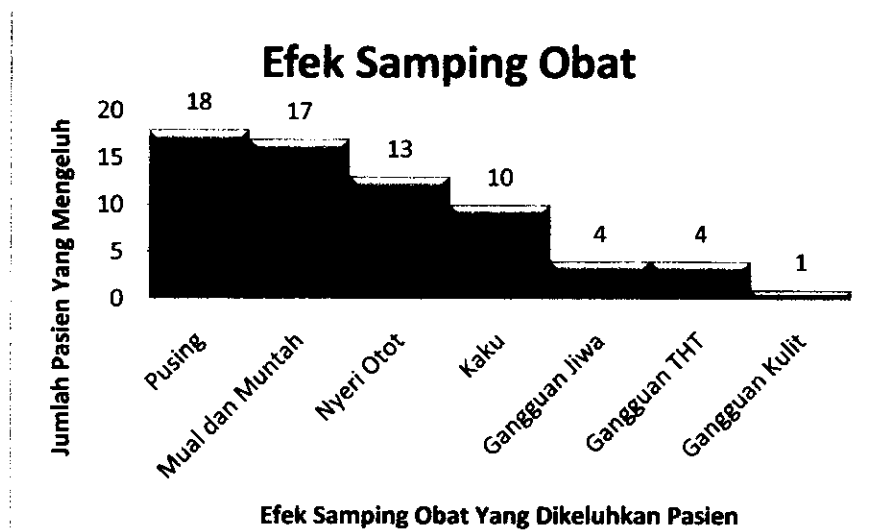
5.2.8 Distribusi Responden Berdasarkan Status TB yang Diderita



Gambar 5.8 Distribusi Responden berdasarkan Status TB pada Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, September 2010

Berdasarkan gambar 5.8 diatas, sebagian besar responden yaitu 76 % (16 orang) dengan status TB gagal, 19 % (4 orang) dengan status TB kambuh, dan 5 % (1 orang) dengan status TB baru.

5.2.9 Distribusi Efek Samping Pengobatan Yang Dikeluhkan Responden



Gambar 5.9 Distribusi Responden berdasarkan efek samping obat pada Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, September 2010

Gambar 5.9 menunjukkan bahwa 86 % (18 orang) responden mengeluh pusing, 81 % (17 orang) mengeluh mual dan muntah, 62 % (13 orang) mengeluh nyeri otot, 48 % (10 orang) mengeluhkan adanya kaku-kaku pada daerah ekstremitas, 19 % (4 orang) mengeluhkan adanya gangguan kejiwaan, 19 % (4 orang) mengeluhkan gangguan THT, dan 5 (1 orang) mengeluhkan adanya gangguan kulit.

5.3 Data Khusus

5.3.1 Faktor-faktor yang menyebabkan Stress

Tabel 5.1 Faktor-faktor penyebab stress responden Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, September 2010

| No | Faktor Penyebab Stress | F | % |
|----|--------------------------|----|-------|
| 1 | Lamanya Pengobatan | 17 | 80.95 |
| 2 | Efek Samping Obat | 18 | 85.71 |
| 3 | Sifat Penularan Penyakit | 6 | 28.57 |
| 4 | Dukungan Keluarga | 3 | 14.29 |
| 5 | Lain-Lain | 1 | 4.76 |

Berdasarkan tabel diatas dapat dijelaskan bahwa 85.71 % (18 orang) menyatakan efek samping obat yang dirasakan membuat stress, 80.95 % (17 pasien) menyatakan bahwa lamanya pengobatan membuat stress, 28.57 % (6 orang) menyatakan sifat penyakit yang dapat menularkan kepada orang lain membuat dirinya stress, 14.29 % (3 orang) menyatakan dukungan dari keluarga yang kurang dapat membuat stress, dan 4,76 % (1 orang) menyatakan lingkungan yang kurang mendukung membuat stress.

5.3.2 Aspek kognitif, perilaku dan tingkat stress sebelum dan sesudah dilakukan *Cognitive Behavioral Stress Management (CBSM)* pada pasien TB MDR di RSU Dr. Soetomo Surabaya

Tabel 5.1 Identifikasi aspek kognitif, perilaku dan tingkat stress sebelum dan sesudah dilakukan CBSM

| | | Sebelum dilakukan CBSM | | Sesudah dilakukan CBSM | |
|----------|----------------------------|------------------------|-------|------------------------|-------|
| | | n | % | n | % |
| Kognitif | Baik | 8 | 38.10 | 14 | 66.67 |
| | Kurang | 13 | 61.90 | 7 | 33.33 |
| Perilaku | Terpenuhi | 9 | 42.85 | 11 | 52.38 |
| | Tidak terpenuhi | 12 | 57.15 | 10 | 47.62 |
| Stress | Tidak stress/stress ringan | 4 | 19.05 | 8 | 38.10 |
| | Stress | 17 | 80.95 | 13 | 61.90 |

Sebelum dilakukan terapi, aspek kognitif yang dinilai mulai dari aspek definisi, penyebab, tanda dan gejala, cara penularan serta pengobatan yang harus dilakukan. Skor kognitif atau pengetahuan responden berada pada tingkat kurang yaitu sebesar 61.90 % atau sejumlah 13 orang. Sedangkan aspek perilaku diukur melalui tindakan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari (*activity daily living*) mulai dari aspek fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan ketergantungan. Dari hasil pengukuran diperoleh data bahwa 12 responden (57.15 %) mampu memenuhi kebutuhan dasarnya. Stress responden diukur dengan skala stress menggunakan DASS 21. Didapatkan data bahwa 17 responden (80.95 %) mengalami stress.

Setelah diberikan terapi skor kognitif responden mayoritas mencapai tingkat baik yaitu sebesar 66.67 % atau 14 orang. Skor perilaku

didapatkan 11 orang atau 52.38 % responden mampu memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-harinya. Pada tingkat stress diketahui sebagian besar responden yaitu 13 orang (61.9 %) masih mengalami stres.

5.3.3 Pengaruh *Cognitive Behavioral Stress Management* (CBSM) terhadap Perubahan Kognitif, Perilaku, dan Stress pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Tabel. 5.3 Perbandingan aspek kognitif sebelum dan sesudah CBSM pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya

| | | CBSM | | | |
|--------------------------|--------|---------|-------|---------|-------|
| | | Sebelum | | Sesudah | |
| | | n | % | n | % |
| Kognisi | Baik | 8 | 38.10 | 14 | 66.67 |
| | Kurang | 13 | 61.90 | 7 | 33.33 |
| Total | | 21 | 100.0 | 21 | 100.0 |
| Signifikansi (p) = 0,031 | | | | | |

Tabel diatas menunjukkan sebelum diberikan pelatihan tingkat kognisi responden terbanyak adalah kurang (61.9%), namun setelah terapi CBSM tingkat kognisi responden mayoritas adalah baik (66.67%). Dengan uji *Mc Nemar* didapatkan $p = 0,031$ hasil ini menunjukkan terdapat pengaruh yang bermakna antara kognitif responden sebelum dan setelah pelatihan.

Tabel. 5.4 Perbandingan aspek perilaku sebelum dan sesudah CBSM pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya

| | | CBSM | | | |
|--------------------------|-----------------|---------|-------|---------|-------|
| | | Sebelum | | Sesudah | |
| | | n | % | n | % |
| Perilaku | Terpenuhi | 9 | 42.85 | 11 | 52.38 |
| | Tidak terpenuhi | 12 | 57.15 | 10 | 47.62 |
| Total | | 21 | 100.0 | 21 | 100.0 |
| Signifikansi (p) = 0,687 | | | | | |

Sebelum pelatihan perilaku responden sebagian besar adalah tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia (57.15%), dan setelah pelatihan perilaku responden rata-rata sudah terpenuhi (52.38.0%). Hasil uji *Mc Nemar* didapatkan $p = 0.687$ sehingga dapat disimpulkan tidak terdapat pengaruh antara perilaku responden sebelum dan setelah pelatihan CBSM.

Tabel. 5.5 Perbandingan aspek tingkat stress sebelum dan sesudah CBSM pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya

| | | CBSM | | | |
|------------------------------|----------------------------|---------|-------|---------|-------|
| | | Sebelum | | Sesudah | |
| | | n | % | n | % |
| Stress | Tidak stress/stress ringan | 4 | 19.05 | 8 | 38.10 |
| | Stress | 17 | 80.95 | 13 | 61.90 |
| Total | | 21 | 100.0 | 21 | 100.0 |
| Signifikansi (p) = 0,219 | | | | | |

Sebelum pelatihan sebagian besar responden dalam kondisi stress (80.95%), namun setelah pelatihan sebagian besar reponden tetap dalam kondisi stress (61.9%). Dengan uji *Mc Nemar* didapatkan $p = 0.219$ sehingga dapat disimpulkan tidak terdapat pengaruh antara tingkat stress responden sebelum dan setelah pelatihan CBSM.

BAB 6
PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Faktor-faktor yang Menyebabkan Kondisi Stress pada Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Berdasarkan hasil penelitian berbagai faktor yang menyebabkan stress pasien TB MDR yang terbesar adalah efek samping obat (85.71%). Hasil di atas sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh USAID 2010 dalam *Tuberculosis Project South Africa* yang menyatakan bahwa stress yang perlu dikelola pada pasien TB MDR adalah stress pada aspek kepatuhan pengobatan. Seperti diketahui bersama, masa pengobatan TB MDR bisa memakan waktu 18-24 bulan. Hal ini bisa menyebabkan motivasi yang rendah serta distress pada pasien tersebut. Tidak hanya pasien TB MDR, pasien TB non MDR pun diketahui memiliki kecenderungan sebesar 58% mengalami stress dan berkontribusi terhadap penyakitnya (Hartanto S, Utomo M, Sayono, 2005).

Dipandang dari aspek pengobatan, studi yang dilakukan oleh Egwaga et al., (2008) menjelaskan bahwa stress yang tinggi ditemukan pada pasien Tuberkulosis yang menjalani pengobatan TB dengan program DOTS dan diwajibkan datang ke Unit Pelayanan Kesehatan untuk program pengobatannya. Hal ini disebabkan karena lama pengobatan serta banyaknya sumber daya yang dikeluarkan oleh pasien dalam mengakses pengobatan tersebut. Penelitian terbaru yang dilakukan oleh Jakubowiak WM et al., (2008) dengan menganalisis dampak kepatuhan terhadap pengobatan terhadap faktor psiko-sosial klien ditemukan bahwa mereka merasa tidak sakit, memiliki perasaan negatif, tidak percaya

terhadap petugas kesehatan, tidak percaya jika mereka akan sembuh dan tidak ingin melanjutkan pengobatan.

Pada penelitian ini terdapat beberapa faktor yang berkontribusi terhadap stress yang ditemukan pada aspek di atas. Pertama, dari segi status Tuberkulosisnya, ditemukan bahwa sebagian besar atau 76% klien statusnya adalah pasien gagal pengobatan. Gagal pengobatan disini dapat diartikan mereka telah mengikuti pengobatan sesuai dengan pedoman pengobatan TB nasional. Namun karena beberapa hal, baik dari faktor personal maupun eksternal maka klien dikategorikan dalam gagal pengobatan. Waktu, biaya serta berbagai sumber daya yang dimiliki oleh klien tentunya telah dihabiskan untuk menyelesaikan pengobatan ini. Dalam teori *General Adaptation Syndrome* oleh Hans Selye mengemukakan bahwa seseorang bisa jatuh ke dalam fase kelelahan atau *exhaustion* jika permasalahan yang dihadapi tidak dapat diselesaikan dengan baik. Permasalahan pada responden menjadi semakin berat dengan status kegagalan pengobatan dan dinyatakan resisten terhadap beberapa jenis obat tuberkulosis.

Meskipun faktor pengobatan perlu dipertimbangkan dalam mengelola stress pasien, kondisi lingkungan memiliki korelasi yang kuat dalam memicu stress penderita Tuberkulosis, utamanya pada masyarakat miskin yang tinggal di perkotaan (Nair DM, George A, Chack KT, 1997).

Faktor kedua yang berperan adalah lama pengobatan terapi tuberkulosis. Meskipun lama pengobatan bervariasi mulai dari yang terpendek < 1 bulan yaitu sebesar 14% dan yang terlama 9 bulan sebesar 19%, akan tetapi apapun yang berhubungan dengan pengobatan tentunya menciptakan stressor tersendiri. Apalagi jika harapan klien terhadap hasil pengobatan sangat tinggi. Survei yang

dilakukan oleh Jakubowiak WM (2008) juga menunjukkan bahwa memasuki fase awal maupun fase lanjutan pengobatan klien cenderung berada pada tingkat stress yang relatif tinggi. Hal ini sulit sekali dikendalikan karena banyaknya faktor yang mempengaruhi kondisi tersebut. Kondisi yang demikian ini sesuai dengan yang ditemukan oleh peneliti ketika berinteraksi dengan pasien, seringkali pasien bertanya-tanya apakah ada jaminan bahwa dirinya dapat sembuh setelah mengikuti terapi selama 18 – 24 bulan, apakah efek samping obat yang saat ini mereka alami akan hilang atautkah permanen. Pertanyaan-pertanyaan tersebut berulang-ulang pasien tanyakan kepada peneliti.

Faktor ketiga yang berkontribusi adalah efek samping yang dirasakan oleh klien. Pusing, mual-muntah dan nyeri otot merupakan tiga besar efek samping yang menyebabkan ketidaknyamanan bagi klien. Studi yang dilakukan oleh Asosiasi Konsultan Farmasi Amerika Serikat tahun 2010 menunjukkan bahwa alasan efek samping menduduki peringkat kedua dalam pemilihan obat yang dilakukan oleh klien. Berada di tempat kedua setelah biaya, efek samping ini sangat berpengaruh terhadap kepatuhan dalam menjalani pengobatan. Semakin sedikit efek samping yang merugikan klien maka semakin tinggi tingkat kepatuhannya. Berbeda dalam kasus pengobatan Tuberkulosis, klien memiliki pilihan terbatas untuk meminimalkan efek samping yang merugikan klien. Oleh sebab itu, mau tidak mau klien terpaksa meminum obat tersebut. Karena sudah tahu dan mengalami efek samping yang akan terjadi, stres pun muncul ketika klien meminum obat tersebut. Dari hasil penelitian 85,71% (18) responden mengatakan bahwa efek samping obat yang menyebabkan mereka stress. Efek samping obat yang dirasakan sangat mengganggu sebesar 86 % adalah pusing

kepala dan 81% mual muntah. Peran dokter maupun perawat sangat besar disini dalam memberikan panduan dan motivasi yang diperlukan oleh klien sebagai upaya meminimalkan efek samping tersebut. Disamping itu dukungan dari keluarga juga sangat dibutuhkan oleh pasien.

Selain lama pengobatan serta efek samping, faktor lain yang berpengaruh terhadap stress adalah sifat penularan penyakit dan dukungan keluarga. Penderita Tuberkulosis seharusnya tahu sifat atau cara penularan penyakit ini. Diperberat lagi dengan status resistensi multi obat semakin menambah beban psikologis akan ketakutan untuk menularkan kepada orang terdekat atau lainnya. Kondisi ini semakin berat jika dukungan keluarga yang diberikan sangat minim. Penelitian lain yang dilakukan oleh Jakubowiak WM et al (2007) menunjukkan dengan jelas bahwa dukungan sosial membantu kelancaran proses pengobatan dan mempercepat kesembuhan.

6.2 Aspek kognitif, perilaku dan tingkat stres sebelum dan sesudah dilakukan *Cognitive Behavioral Stress Management (CBSM)* pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Sebelum dilakukan CBSM, Skor kognitif atau pengetahuan responden berada pada tingkat kurang yaitu sebesar 61.9%, skor perilaku sebesar 57.15 % tidak terpenuhi kebutuhan dasar manusianya dan untuk tingkat stress berada pada tingkat stress sebesar 80.95%. Setelah dilaksanakan terapi perubahan pengetahuan pasien sebesar 66.67% berada dalam kategori baik, skor perilaku berubah menjadi 53.38% terpenuhi, dan tingkat stress sebagian besar masih tetap dalam kondisi stress akan tetapi mengalami penurunan yaitu menjadi 61.9%.

Perubahan pada tingkat kognitif dari 61.9% pada tingkat kurang menjadi 66.67% pada tingkat pengetahuan baik dapat disebabkan karena pada umumnya responden mengenal betul penyakit yang dideritanya karena banyaknya paparan atau informasi mengenai penyakit tersebut yang diterima oleh klien. Hal ini didasarkan pada status TB MDR yang melekat pada klien yang sebagian besar yaitu sebesar 76% status TBnya adalah gagal artinya pasien telah menderita TB sebelumnya akan tetapi terapi atau pengobatannya mengalami kegagalan. Dengan status tersebut otomatis klien pernah terpapar dengan penyakit ini dan memperoleh informasi baik dari dokter maupun perawat.

Pengetahuan yang baik cenderung membentuk sikap yang positif terhadap suatu obyek yang merupakan predisposisi untuk melakukan hal yang baik pula. Tetapi proses tersebut tidak selalu terjadi karena ketiga aspek tersebut dipengaruhi oleh faktor usia, tingkat pendidikan, pengalaman, keyakinan, fasilitas, ketersediaan sumber informasi dan sosio-budaya (Brehm & Kassin, 2000).

Fakta di atas sesuai dengan tingkat pendidikan responden yang sebagian besar adalah lulusan SMA (38%). Dengan menyandang gelar SMA ini seseorang bisa membaca dan menulis serta mampu mengidentifikasi saluran komunikasi yang mereka minati.

Dari hasil pengolahan data tingkat pengetahuan, rata-rata tingkat kesalahan pasien adalah sebesar 62 % responden salah pada pertanyaan tentang tanda dan gejala TB MDR, 76 % responden salah dalam menjawab pertanyaan tentang apakah benar ketika gejala-gejala efek samping obat muncul sebaiknya obat tidak diminum dulu selama 1 – 2 hari dan setelah gejala hilang baru obat diminum kembali karena mereka menjawab “Benar”.

Pada aspek perilaku, perubahan perilaku sebelum terapi sebesar 57.15% tidak terpenuhi kebutuhan dasar manusianya dan setelah terapi menjadi 52.38 % terpenuhi. Hasil tersebut di atas menunjukkan dengan melakukan pemenuhan kebutuhan dasarnya memiliki korelasi dengan tingkat kognitif klien.

Dari hasil tabulasi silang antara perubahan tingkat pengetahuan setelah diberikan terapi dengan perilaku pemenuhan kebutuhan dasar manusia setelah diberikan terapi menunjukkan 66.67% responden dengan tingkat pengetahuan baik 42.86 % diantaranya dapat memenuhi kebutuhan dasar manusianya, dan pada 33.3 % responden dengan tingkat pengetahuan kurang, hanya 9.5 % diantaranya yang dapat memenuhi kebutuhan dasarnya, dan sisanya sebesar 23.8% belum dapat memenuhi kebutuhannya.

Berdasarkan hasil analisis diatas maka semakin tinggi pengetahuan yang dimiliki seseorang maka perilakunya juga akan semakin baik, hal ini sesuai dengan teori dari Notoatmodjo (2003) menyatakan bahwa pengetahuan yang baik, akan mengarahkan pada sikap yang positif dan juga perilaku yang baik pula.

Roy mengkategorikan output sistem sebagai respon yang adaptif atau respon yang tidak mal-adaptif. Respon yang adaptif dapat meningkatkan integritas seseorang yang secara keseluruhan dapat terlihat bila seseorang tersebut mampu melaksanakan tujuan yang berkenaan dengan kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi dan keunggulan. Sedangkan respon yang mal adaptif perilaku yang tidak mendukung tujuan ini (Marriner A, 2001).

Ketika pasien terpapar dengan kondisi keharusan menjalani terapi TB MDR maka pasien akan melakukan respon, baik itu respon yang adaptif maupun respon yang mal adaptif. Ketika pasien berespon adaptif maka pasien akan patuh

menjalani terapi dan memiliki kemampuan memenuhi kebutuyuhan dasarnya serta mampu melakukan koping mekanisme yang adaptif pula

Pada hasil penelitian menunjukkan sebelum terapi 80.95% responden berada dalam tingkat stres, dan setelah diberikan terapi prosentase jumlah responden yang mengalami stress menurun menjadi 61.9%.

Tingkat stress bisa berhubungan dengan jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, status pekerjaan, status ekonomi dan aspek yang mempengaruhi lainnya. Studi yang dilakukan oleh Lerner BH (2004) menyatakan bahwa gender perempuan yang menderita Tuberkulosis mengalami kerentanan menderita stress yang lebih tinggi dibanding gender laki-laki.

Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 62% responden adalah laki-laki, meski demikian mereka justru merasa sebagai laki-laki harga diri dan peran mereka sebagai kepala rumah tangga yang memiliki kewajiban memberikan nafkah kepada keluarga menjadi terganggu karena sebagian besar tepatnya 76 % tidak lagi bekerja karena penatalaksanaan yang dilakukan setiap hari di Rumah Sakit dan juga efek samping pengobatan yang membuat kondisi fisik klien menurun. Dari segi usia, terlihat bahwa responden dalam kelompok umur 30-<40 hampir sama dengan kelompok umur 50-<60 yaitu sebanyak 9 dan 8 orang. Bertentangan dengan teori usia, kematangan atau kedewasaan seseorang berhubungan dengan tingkat usianya, diharapkan semakin bertambah usianya maka seseorang akan semakin adaptif terhadap persoalan hidup yang dihadapi sehingga stress yang dirasakan ringan (Newport F & Pelham B, 2009). Namun demikian kembali lagi ke faktor yang mempengaruhi stress yang multifaktorial dan dipengaruhi berbagai aspek. Jika ditinjau dari tingkat pendidikan, individu

dengan jenjang pendidikan tinggi diharapkan lebih terbuka dan lebih mudah menerima informasi dari berbagai pihak. Oleh sebab itu jika semua informasi khususnya yang negatif diterima oleh responden maka hal ini juga bisa direspon dengan negative pula.

Telah banyak penelitian yang menjelaskan hubungan antara status ekonomi dan kejadian penyakit. Jain A and Dixit P tahun 2008 mempertegas bahwa kasus TB MDR ini lebih banyak didominasi oleh masyarakat di negara berkembang dan pendapatan rendah. Pada penelitian ini, 76% responden tidak bekerja dan 62% responden pendapatannya kurang dari 1 juta rupiah per bulan. Padahal pendapatan minimum yang harus disediakan untuk bertahan hidup di Surabaya adalah sebesar 1,031,500 (Upah Minimum Regional Kota Surabaya 2010). Pendapatan yang minim tersebut tentunya membatasi akses masyarakat akan layanan kesehatan terutama dari segi transportasi dan biaya lainnya meski pengobatan TB MDR sendiri gratis.

6.3 Pengaruh *Cognitive Behavioral Stress Management* (CBSM) terhadap Perubahan Kognitif, Perilaku, dan Stress pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Sebelum dilakukan analisis Mc Nemar maka harus dilakukan uji normalitas dan homogenitas data. Berdasarkan uji tersebut didapatkan nilai $p > 0.05$ untuk tes normalitas yang berarti data terdistribusi normal (simetris). Tes homogenitas juga didapatkan nilai $p > 0.05$ yang dapat diartikan data berasal dari populasi yang mempunyai varians serupa. Berdasarkan kedua uji tersebut maka analisis statistic dilanjutkan ke uji Mc Nemar. Dari hasil uji *Mc Nemar* didapatkan

nilai $p < 0.05$ pada aspek pengetahuan, sedangkan pada aspek perilaku dan tingkat stress diperoleh $p > 0.05$. Dengan demikian terdapat perbedaan tingkat pengetahuan yang signifikan antara sebelum dan sesudah pelatihan CBSM diberikan, sedangkan untuk perilaku pemenuhan kebutuhan dasar dan tingkat stress tidak dipengaruhi oleh pelaksanaan terapi CBSM.

Seperti telah dijelaskan di bab sebelumnya, tujuan dari CBSM ini adalah meningkatkan pengenalan stress, mengajarkan keterampilan mengurangi kecemasan, modifikasi penilaian kognisi, membangun coping yang adaptif dan meningkatkan ekspresi emosional, mengurangi isolasi sosial, mengurangi perilaku berisiko dan meningkatkan kepatuhan pengobatan.

Pada CBSM telah diidentifikasi tujuan dari tiap sesi, ada yang tiap sesi menyentuh satu aspek dan ada juga yang tiap sesinya menyentuh aspek yang lain. Pembagian sesi berdasarkan aspek yang ingin dicapai atau dikembangkan sebagai berikut:

- Aspek kognitif: sesi I, II, III, IV, V
- Aspek perilaku: sesi VI, VII, VIII, IX, X
- Penurunan Stress: sesi I, II, III, V, VI, VIII, IX, X

Tiap sesi CBSM terdiri dari sesi pemahaman, pengenalan, diskusi dan praktik, sehingga secara tidak langsung ketiga aspek tersebut juga terlatih. Sesuai dengan pendapat Notoatmojo S (2003) tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh proses pembelajaran. Proses pembelajaran sendiri dipengaruhi oleh kondisi subyek belajar yaitu intelegensi, daya tangkap, ingatan, motivasi dan sebagainya. Melalui jenjang pendidikan, seseorang akan cenderung mendapat latihan-latihan, tugas-tugas dan aktivitas yang terkait dengan kemampuan kognitif sehingga

diharapkan mampu merubah perilaku dan pola pikir yang lebih positif. Menurut Ghie Mc (1996) pendidikan tidak hanya sekedar mengenalkan orang pada fakta-fakta baru, tetapi juga membantu mereka untuk tidak terlalu kaku dalam asumsi dan cara berpikir mereka. Dengan pendidikan tinggi maka akan lebih mudah bagi seseorang untuk menerima informasi dari orang lain maupun dari media massa, sehingga dengan banyaknya informasi yang diterima maka semakin tinggi pula tingkat pengetahuannya. Hal ini sesuai dengan prinsip proses pembelajaran di dalam CBSM. Tiap awal sebelum sesi dimulai, peserta diharapkan mereview kembali pengetahuan yang telah diperoleh di sesi sebelumnya, hal ini selain membantu mengingat kembali informasi yang telah diserap juga meningkatkan retensi pada responden. Dinamika proses pembelajaran yang ada dalam kelompok CBSM tersebut baik berupa diskusi, pemberian materi, relaksasi dan lain sebagainya sangat membantu dalam meningkatkan aspek kognitif klien. Selain faktor CBSM di atas, faktor responden terutama tingkat pendidikan juga ikut berperan di dalamnya.

Dalam CBSM juga terdapat praktik yang dilakukan di dalam kelas. Tujuan praktik ini adalah agar responden mampu menerapkan atau mengaplikasikan untuk diri sendiri baik di kelas maupun di rumah. Praktik yang baik dengan didasari pengetahuan yang bagus merupakan modal yang kuat dalam menciptakan gerakan-gerakan yang konstruktif. Dengan gerakan tersebut diharapkan klien mampu memenuhi aktivitas kebutuhan dasar manusianya.

Berbagai penelitian mempertegas bahwa kecemasan, frustrasi, kekecewaan dan keputusasaan seringkali dialami oleh pasien TB paru (Rajeswari R et al, 2005; Khan A et al; 2000). Begitu juga dengan perasaan takut menulari orang di

sekitarnya juga dapat mengganggu kesehatan mental klien (rajeswari R et al, 1999). Emosi negatif ini umumnya akan berakibat ke arah patologis jika tidak tertangani dengan baik (Rajeswari R et al, 2005). Dampak dari penyakit tidak hanya ke fisik, tetapi juga ke psikis terutama untuk penyakit kronis seperti Tuberkulosis ini. Namun sayangnya hanya sedikit literatur yang mengkaji mengenai aspek psikis pada klien Tuberkulosis Paru.

Hal ini yang menurut peneliti menyebabkan pasien tetap dalam kondisi stress meski sudah diberikan pelatihan CBSM. Pasien TB MDR mengalami rentang stress yang sangat fluktuatif, respon stress yang muncul lebih disebabkan karena reaksi obat yang mereka rasakan dan juga perasaan takut menularkan kepada keluarga.

Respon psikologis yang dialami oleh pasien sangat fluktuatif, dan rata-rata pasien mengatakana hanya merasa stress ketika sudah didepan rumah sakit dan emmbayangkan akan minum obat dalam jumlah banyak dengan efek samping obat yang dirasakan sangat mengganggu baik fisik maupun psikis pasien.

Tiap individu memiliki peran masing-masing di dalam lingkungan kerja, masyarakat maupun keluarga. Jika ditinjau dari aspek pekerjaan, rata-rata pasien TB kehilangan 4-10 minggu waktu produktif yang dihabiskan untuk pengobatan penyakitnya (Pocock D, Khare A, Harries AD, 1996). Klien juga takut menginformasikan kepada majikannya tentang penyakitnya dengan alasan takut kehilangan pekerjaan atau gajinya dikurangi (Johansson E et al, 1996). Memiliki keluarga dengan Tuberkulosis juga menambah beban anggota keluarga baik orang tua ataupun istri, oleh sebab itu juga mengurangi kapasitas mereka dalam memperoleh pendapatan bagi keluarganya (Kamolratanakul P et al., 1999).

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian dimana sebagian besar pasien yaitu 76 % sudah tidak lagi bekerja, karena kondisi fisik mereka yang menurun karena efek samping obat. Hasil wawancara dengan pasien TB MDR, mereka mengatakan bahwa yang tahu tentang penyakit yang mereka derita hanya keluarga terdekat saja dengan dalih kalau masyarakat sekitarnya tahu akan mengucilkan atau menjauhi pasien karena takut tertular.

Kondisi penurunan kemampuan fisik ini menyebabkan pasien mengalami ketergantungan dengan orang lain. Ketika pasien datang ke rumah sakit untuk menjalani terapi TB MDR pada sebagian besar pasien akan ditemani oleh keluarganya. Dari hasil wawancara pasien mengatakan kehadiran keluarga sangat penting bagi pasien tidak hanya untuk memberikan motivasi akan tetapi juga membantu pasien menghadapi efek samping obat yang mulai bereaksi 1 s/d 2 jam setelah minum obat.

Stress sangat situasional dan dipengaruhi oleh beberapa faktor. Adanya suatu intervensi yang berasal dari luar klien diharapkan mampu meminimalkan stress internal. Dalam CBSM sendiri terdapat pengenalan stress, keterampilan pengurangan stress, modifikasi penilaian kognisi, membangun koping yang adaptif dan meningkatkan ekspresi emosional serta mengurangi isolasi sosial dan mengurangi perilaku berisiko yang kesemuanya itu bertujuan untuk mengurangi stress. Ekspresi emosi yang disampaikan oleh klien selama latihan diharapkan mampu menjadi media penyaluran stress yang konstruktif. Pelepasan stress tersebut secara langsung dapat meningkatkan kualitas hidup dari klien itu sendiri.

CBSM juga memberikan keterampilan kepada klien untuk mampu menerapkan manajemen stress yang baik serta melatih koping yang konstruktif

dalam menyelesaikan suatu masalah. Kondisi mental yang seimbang diharapkan dapat memodulasi respon imun yang menunjang penyakitnya. Penggunaan CBSM ini juga diakui secara luas untuk terapi penyakit kronis lainnya dan telah dinyatakan keberhasilannya. Latihan relaksasi yang diajarkan di dalam CBSM ini diduga kuat berperan besar dalam penurunan stress, kecemasan dan depresi (Navarrete N et al., 2010).

Meski menurut penelitian sebelumnya CBSM merupakan pelatihan yang berdampak pada beberapa aspek terutama ketiga aspek tersebut, akan tetapi pada hasil penelitian terhadap pasien TB MDR hanya aspek pengetahuan saja yang berubah, sedangkan pada aspek perilaku pemenuhan kebutuhan dasar dan tingkat stress meski dalam penghitungan ada perubahan akan tetapi dari uji Mc Nemar tidak diperoleh perubahan yang signifikan. Hal ini disebabkan karena respon stress yang dimunculkan adalah manifestasi terhadap efek samping obat saja. Dan pelaksanaan terapi dengan pendekatan CBSM ini dilakukan oleh peneliti setiap hari berturut-turut sehingga sangat dimungkinkan pasien belum mampu melaksanakan terapi ini secara mandiri, selain itu kedatangan pasien yang berubah-ubah membuat kelompok latihan tiap sesinya berubah-ubah pasiennya, hal ini disebabkan pasien datang untuk menjalani terapi TB MDR ini menyesuaikan waktu luang pasien. Perbedaan anggota kelompok pada tiap sesi ini menyebabkan terputusnya komunikasi dan kedekatan antar anggota juga menjadi berkurang, sehingga secara psikologis juga akan terpengaruh. Akan tetapi dukungan moril dan motivasi dari tenaga kesehatan yang terlibat dalam penatalaksanaan terapi TB MDR ini sangat diperlukan, wahana untuk konseling dan mendengarkan keluhan sangat dibutuhkan oleh pasien, hal ini peneliti rasakan

ketika pasien mengatakan bahwa kalau ada seseorang yang bersedia memperhatikan meski hanya mendengarkan keluhan pasien dan memberikan motivasi sangat diperlukan bagi pasien.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dibahas simpulan dan saran dari hasil penelitian Pengaruh *Cognitive Behavioral Stress Management* (CBSM) terhadap perubahan Pengetahuan, perilaku dan Tingkat Stress pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya

7.1 Kesimpulan

1. Faktor penyebab terjadinya stress pada pasien TB MDR adalah efek samping obat dan lamanya pengobatan
2. Terdapat pengaruh pemberian terapi yang mengintegrasikan relaksasi, manajemen stress dan teori promosi kesehatan melalui pendekatan CBSM terhadap perubahan tingkat pengetahuan Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya
3. Tidak Terdapat pengaruh pemberian terapi yang mengintegrasikan relaksasi, manajemen stress dan teori promosi kesehatan melalui pendekatan CBSM terhadap perubahan perilaku pemenuhan kebutuhan dasar manusia pada Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya
4. Tidak Terdapat pengaruh pemberian terapi yang mengintegrasikan relaksasi, manajemen stress dan teori promosi kesehatan melalui pendekatan CBSM terhadap perubahan tingkat stress pada Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya

7.2 Saran

1. Pasien TB MDR

Guna mengelola rasa tidak nyaman akibat efek samping obat diharapkan pasien dapat melakukan terapi relaksasi, nafas dalam, distraksi, dan meditasi seperti yang telah diajarkan sesering mungkin sesuai dengan situasi dan kondisi. Dan kepada keluarga diharapkan juga mampu memberikan motivasi dan memberikan dukungan kepada pasien.

2. Perawat dan Tim Penanggung Jawab TB MDR

Perawat sebagai ujung tombak pelayanan yang selalu berada disamping pasien hendaknya selain memberikan asuhan keperawatan dapat pula dikombinasi dengan pemberian intervensi mandiri keperawatan dalam melakukan modifikasi perilaku dan kognisi pada perawatan pasien TB MDR dengan terapi pelaksanaan terapi relaksasi atau manajemen stress yang lainnya.

3. Institusi Rumah Sakit

Perlunya promosi kesehatan secara rutin dengan difasilitasi oleh tenaga kesehatan yang ada di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Selain itu untuk manajemen stress pasien perlu diberikan pendekatan atau terapi yang membantu pasien mereduksi dan mengelola stress dengan baik sehingga akan membantu pasien menjalani pengobatan.

4. Penelitian Selanjutnya

Berdasarkan keterbatasan-keterbatasan yang dihadapi oleh peneliti hendaknya untuk penelitian selanjutnya dapat diteliti tentang pengaruh intervensi CBSM dalam mengurangi kadar kortisol dalam darah dengan

meningkatkan karakter positif pada pasien penderita TB MDR. Selain itu perlu dilaksanakan penelitian CBSM dengan adanya kelompok kontrol penelitian dan besar sampel yang lebih banyak dan terbagi dalam kelompok-kelompok kecil.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Ader R. 2000. *Psychoneuroimmunology*. Volume 1 edition 3. Academic Press: UK
- Aditama TY. 2004. *MOTT dan MDR*. J Respir Indo 2004; 24:157-9
- Ambrosio et al. 2010. *Improving Tuberculosis Surveillance in Europe is Key to Controlling The Disease*. Access on April 15 2009 at <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V15N11/art19513.pdf>
- Andajani, A. S. 1990. *Efektivitas Teknik Kontrol Diri pada Pengendalian Kemarahan*. Skripsi (Tidak diterbitkan). Fakultas Psikologi UGM Yogyakarta
- Brehm&Kassin. 2000. *Social Psychology*. London : Blackwell Press. Hal. 376-377
- Burns, D. D. 1988. *Terapi Kognitif. Pendekatan baru Bagi Penanganan Depresi*. Jakarta: Penerbit Airlangga.
- CDC. 2005. *Guidelines for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in health-care settings*. MMWR 2005; 54 (No. RR-17). www.cdc.gov/tb/publications/guidelines/infectioncontrol.htm
- CDC. 2009. *Multi-Drug Resisten Tuberculosis*. <http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/drtb/mdrtb.htm>
- Charney DS, Manji HK. 2004. *Life Stress, Genes, and Depression: Multiple Pathways Lead to Increased Risk and New Opportunities for Intervention*. Sci STKE. 2004; 225.
- Clancy, J. (1998). *Basic Concept in Immunology: Student's survival guide*. New York: The McGraw-Hill Companies.
- Crawford JR & Henry JD. (2003). *The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample*. British Journal of Clinical Psychology, 42, 111–131
- Cruess DG et al. 2000. *Cognitive-Behavioral Stress Management Reduces Serum Cortisol By Enhancing Benefit Finding Among Women Being Treated for Early Stage Breast Cancer*. *Psychosomatic Medicine* 62:304-308
- Depkes. 2006. *Kerangka Kerja Penanggulangan TB 2006-2010*. Depkes: Jakarta
- Depkes. 2007. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Depkes RI: Jakarta

- Depkominfo. 2010. *Penanganan TB di Indonesia Diperberat Dengan Munculnya TB MDR*.
[http://www.depkominfo.go.id/berita/bipnewsroom/penanganan-tb-di-indonesia-diperberat-dengan-munculnya-TB MDR/](http://www.depkominfo.go.id/berita/bipnewsroom/penanganan-tb-di-indonesia-diperberat-dengan-munculnya-TB-MDR/)
- Dossey AM, Keegan L, Guzzetta CE. 2005. *Holistic Nursing: A Handbook for Practice*. Jones and Bartlett Publisher: Massachusetts
- Drobnieski dan Balabanova. 2002. *The diagnosis and management of multiple-drug-resistant tuberculosis at the beginning of the new millennium*; Int. J. Infect. Dis. 6 S21–S31
- Gie Mc. 1996. *Penerapan Psikologi Dalam Keperawatan*. 1996. Yogyakarta : Andi Offset. Hal. 286
- Goldfried, M. R., and Davison, G. L. 1976. *Clinical Behavior Therapy*. New York: Holt Rinehart and Winston.
- Hartanto S, Utomo M, Sayono. 2005. *Perbedaan faktor karakteristik, lingkungan rumah, dan stres terhadap status bta positif dan negatif pada penderita tuberculosis paru di beberapa puskesmas kabupaten demak tahun 2005*. Dalam www.digilib.unimus.ac.id (Diakses tanggal 31 Agustus 2010)
- ICN. 2008. *TB Guidelines for Nurses in The Care and Control of Tuberculosis and Multi-drug Resistant Tuberculosis*. Geneva: ICN
- Jain A and Dixit P. 2008. *Multidrug resistant to extensively drug resistant tuberculosis: What is next?*; J. Biosci. 33 605–616
- Jakubowiak WM et al., 2008. *Impact of socio-psychological factors on treatment adherence of TB patients in Russia*. Journal of Tuberculosis, 88, 495-502
- Jakubowiak WM, Bogorodskaya EM, Borisov SE, Danilova ID, Kourbatova EV. 2007. *Risk factors associated with default among new pulmonary TB patients and social support in six Russian regions*. Int J Tuberc Lung Dis;11(1):1e8.
- Jawetz, Menick & Adelberg. 2007. *Medical Microbiology*. 24th ed. McGraw Hill: New York
- Johansson E, Diwan VK, Huong ND, Ahlberg BM. *Staff and patient attitudes to tuberculosis and compliance with treatment: An exploratory study in a district in Vietnam*. Tuber Lung Dis 1996;77:178-83.
- Kamolratanakul P, Sawert H, Kongsin S, Lertmaharit S, Sriwongsa J, Na-Songkhla S, et al. *Economic impact of tuberculosis at the household level*. Int J Tuberc Lung Dis 1999;3:596-602
- Kanfer, F. H. and Goldstein, AP. 1986. *Helping People Change*. New York :Pergamon Press.

- Khan A, Walley J, Newell J, Imdad N. *Tuberculosis in Pakistan: Socio-cultural constraints and opportunities in treatment*. Soc Sci Med 2000;50:247-54
- Lerner BH. 2004. *Can Stress Cause Disease? Revisiting the Tuberculosis Research of Thomas Holmes, 1949-1961* Dalam <http://www.annals.org/content/124/7/673.full>
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation
- Luecken, L. J. & Compas, B. E. 2002. *Stress, coping, and immune function in breast cancer*. Annals of Behavioral Medicine, 24, 336–344.
- Marriner, A. (2001). *Nursing Theories and Their Work*. Indiana : Mosby Company
- McGregor BA, Antoni MH, Boyers A, Alferi SM, Blomberg BB, Carver CS. 2004. *Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer*. *J Psychosom Res*. Jan;56(1):1-8.
- Molton, I., Siegel, S. D., Penedo, F. J., Dahn, J. R., Kinsinger, D., Schneiderman, N., & Antoni, M. H. 2007. *Promoting recovery of sexual functioning after radical prostatectomy with group-based stress management: The role of interpersonal sensitivity*. Journal of Psychosomatic Research, In Press.
- Nair DM, George A, Chack KT. 1997. *Tuberculosis in Bombay: New Insights from Poor Urban Patients*. *Health Policy and Planning*; 12(1): 77-85
- Navarrete N et al., 2010. *Efficacy of cognitive behavioural therapy for the treatment of chronic stress in patients with lupus erythematosus: a randomized controlled trial*. *Psychother Psychosom*. 2010;79(2):107-15. Epub 2010 Jan 20.
- Newport F & Pelham B, 2009. *Don't Worry, Be 80: Worry and Stress Decline With Age*. Dalam <http://www.gallup.com> (Diakses tanggal 31 Agustus 2010)
- Norman P, Abraham, Conner. (2000). *Understanding and Changing Health Behavior*. London: Harwood Publisher
- Notoatmodjo S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Rineka Cipta. Hal. 85
- Pancheri et al., 2002. *Assessment of subjective stress in the municipal police force of the city of Rome*. Volume 18 Issue 3, Pages 127 - 132

- Penedo FJ, Antoni MH, Schneiderman N. 2006. *Behavioral interventions and psychoneuroimmunology*. In R. Ader, R. Glaser, N. Cohen, & M. Irwin (Eds.), *Psychoneuroimmunology*. Academic Press: New York
- Penedo FJ, Antoni MH, Schneiderman N. 2008. *Cognitive Behavioral Stress Management for Prostate Cancer Recovery*. Oxford University Press: New York
- Pocock D, Khare A, Harries AD. *Case holding for tuberculosis in Africa: The patients perspective*. *Lancet* 1996;347:1258
- PPPL. 2010. *Untuk Tanggulangi TB Perlu Kemitraan*. http://www.pppl.depkes.go.id/def_menu.asp?menuID=5&menuType=1&SubID=2&DetId=746813895
- Rajeswari R, Balasubramanian R, Muniyandi M, Geetharamani S, Thresa X, Venkatesan P. *Socio-economic impact of tuberculosis on patients and family in India*. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999;3:869-77
- Rajeswari R, Muniyandi M, Balasubramanian R, Narayanan PR. *Perceptions of tuberculosis patients about their physical, mental and social well-being: A field report from south India*. *Soc Sci Med* 2005;60:1845-53.
- Rayner D. 2004. *Tuberculosis and HIV Infection: minimizing transmission*. *Journal of Nursing Standard*. 19 (4:47-53)
- Rysdall Kay. 2008. *TB's Return Comes With High Costs*. Access on April 15 2009 at http://marketplace.publicradio.org/display/web/2008/09/08/pm_tb_marke_t_1/
- Schneiderman N. 1999. *Behavioral medicine and the management of HIV/AIDS*. *International Journal of Behavioral Medicine*, Volume 6, Number 1, 3-12
- Seegerstrom, S. & Miller, G, 2004. *Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry*. *Psychological Bulletin*, 130, 601–630.
- Selye, H. 1976. *The Stress of Life*. New York: McGrawHill. Rev. ed.
- Soepandi PZ. 2010. *Diagnosis dan Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya TB MDR*. [http://ppti.files.wordpress.com/2010/01/makalah-dr-priyanti-diagnosis-dan-faktor-yg-mempengaruhi-TB MDR.pdf](http://ppti.files.wordpress.com/2010/01/makalah-dr-priyanti-diagnosis-dan-faktor-yg-mempengaruhi-TB-MDR.pdf)
- Taylor S.E. 1995. *Health Psychology*. Singapore, McGraw Hill, (3rd ed. rev.)
- TB Indonesia. 2010. *Indonesia Siap Melakukan Pilot Project TB MDR*. [http://www.tbindonesia.or.id/tbnew/indonesia-siap-melakukan-pilot-project-TB MDR/article/172](http://www.tbindonesia.or.id/tbnew/indonesia-siap-melakukan-pilot-project-TB-MDR/article/172)

- Traeger, L., Penedo, F. J., Gonzalez, J. S., Dahn, J., Lechner, S., Schneiderman, N., & Antoni, M. H. (2008). *Illness perceptions and quality of life in men treated for localized prostate cancer*. *Journal of Psychosomatic Research*, Under Review.
- Trakada G, Tsiamita M, Spiropoulos K. 2004. *Drug-resistance of Mycobacterium tuberculosis in Patras, Greece*. Monaldi Arch Chest Dis. Jan-Mar;61(1):65-70.
- USAID. 2010. *MDR TB and XDR TB: Pocket Guide*. Dalam http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADR749.pdf (Diakses tanggal 31 Agustus 2010)
- Walker, C. E., Clement, P. W. 1981. *Clinical Procedures for Behavior Therapy*. New Jersey: Prentice - Hall Inc. Englewood Cliffs
- WHO. 2003. *Treatment of Tuberculosis, Guideline for National Programmes*. WHO : Geneva
- WHO. 2006. *Extensively drug-resistant tuberculosis (XDR.TB): recommendations for prevention and control; Weekly Epidemiol. Rec.* 81 430–432
- WHO. 2008. *Guidelines for the Programmatic Management of Drug-resistant Tuberculosis*. WHO: Geneva
- WHO. 2009^a. *Treatment of Tuberculosis Guidelines*. WHO : Geneva
- WHO. 2009^b. *Global Tuberculosis Control: A Short Update To The 2009 Report*. WHO: Geneva
- WHO. 2010. *Multidrug and Extensively Drug Resistant TB (M/XDR-TB)*. WHO: Geneva
- WHO-SEARO. 2006. *Regional strategic plan for TB control 2006-2010 South-East Asia (Draft)*. New Delhi: WHO Regional Oce for South-East Asia; February 2006.
- World Health Organization. 2006^b. *WHO Report 2006 - Global Tuberculosis Control*. WHO: Geneva

LAMPIRAN

Lampiran 1***INFORM TO CONSENT***

Bapak/Ibu yang saya hormati,

Saya Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns., NIM : 090810585M, Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya akan melakukan penelitian tentang “Pengaruh *Cognitive Behavioral Stress Management* (CBSM) terhadap perubahan Perilaku, kognitif, dan tingkat stress pada pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya”. Dalam penelitian ini saya dibimbing oleh dr. Soedarsono, Sp.P (K). Tujuan penelitian untuk meneliti manfaat dari intervensi CBSM terhadap penurunan stress penderita TB MDR. Saya memerlukan kerjasama dari Bapak/Ibu untuk menjawab beberapa pertanyaan pada kuesioner dan Saya memohon partisipasi Bapak/Ibu dalam kelompok yang akan dilakukan sesuai kesepakatan bersama sebanyak 5-10 kali pertemuan, yang terdiri dari :

- 1) Sesi I: dengan pengenalan program/pemahaman stress.
- 2) Sesi II: Teknik relaksasi otot progresif dan pernafasan diafragma/
- 3) Sesi III: nafas dalam dan menghitung dengan passive progressive muscle relaxation dan HE Pengobatan TB MDR
- 4) Sesi IV: membayangkan tempat khusus (Terapi Distraksi)
- 5) Sesi V: relaksasi untuk penyembuhan dan keadaan sehat/restrukturisasi kognisi
- 6) Sesi VI: Koping I
- 7) Sesi VII: autogenic dengan bayangan visual dan positive self-suggestions/Koping II
- 8) Sesi VIII: manajemen marah
- 9) Sesi IX: Komunikasi assertif
- 10) Sesi X: latihan relaksasi favorit kelompok/dukungan 97ember dan kesimpulan program

Kontribusi dan partisipasi Bapak/Ibu akan 97ember manfaat bagi bapak/ibu yaitu membantu bapak/ibu melakukan manajemen stress sehingga bapak/ibu mampu

beradaptasi dengan pengobatan penyakit TB MDR ini, selain itu penelitian ini juga diharapkan mampu memberikan masukan untuk meningkatkan pelaksanaan program TB MDR di Indonesia. Oleh karena itu saya mohon dengan hormat kiranya Bapak/Ibu bersedia berpartisipasi dan memberikan keterangan yang Saya perlukan. Keterangan Bapak/Ibu hanya diperuntukkan dalam penelitian dan semua data yang ada tentang Bapak/Ibu akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Bapak/Ibu memiliki hak sepenuhnya untuk ikut serta atau menolak/mengundurkan diri dari penelitian dan kami akan menghormati segala keputusan bapak/ibu dan peneliti tidak akan mengurangi hak pengobatan yang bapak/ibu terima, Demikian atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu, Saya sampaikan terima kasih.

Hormat Saya,
Dhian Satya R., S.Kep., Ns

✂-----

LEMBAR PENERIMAAN

Hari ini, tanggal, pukul Telah menerima penjelasan serta menerima lembar penjelasan penelitian.

Yang menerima,

Yang menyerahkan,

(.....)
Nama Terang

(.....)

Lampiran 2**LEMBAR INFORMED CONSENT**

Setelah mendapat penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian ini, saya *bersedia / tidak bersedia (*)* berpartisipasi (Ikut serta) dan akan memberikan keterangan kepada peneliti. Demikian pernyataan kesediaan ini kami buat secara sadar, sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun.

Surabaya,

Yang membuat pernyataan

(.....)

Nama terang

(*) pilih salah satu

Lampiran 3

KUESIONER DEMOGRAFI

Mohon baca dan jawab setiap pertanyaan dengan memberikan centang (V) pada kotak yang tersedia.

Nomer Identitas Responden : (Kosongkan)

Informasi Umum

1. Jenis kelamin anda

Laki-laki Perempuan

2. Usia Anda

.....

3. Pendidikan terakhir Anda

.....

4. Alamat anda

Surabaya Luar Surabaya

5. Apakah Anda bekerja

Ya Tidak

6. Status pekerjaan anda

PNS Pegawai Tetap Pegawai Kontrak Swasta
Wiraswasta

7. Berapa gaji yang Anda dapatkan per bulan

< 1jt 1jt - <2jt 2jt - <3jt >3 jt

8. Lama pengobatan TB MDR yang sudah Anda jalani

.....

9. Lama Pengobatan TB MDR yang Akan anda Jalani

.....

10. Status kasus TB Anda

Baru Kambuh Gagal

11. Menurut anda Efek samping pengobatan yang mengganggu adalah

.....

12. Menurut anda hal-hal selama terapi yang bisa membuat anda menjadi stress adalah :

- Lamanya pengobatan
- Efek samping obat, Sebutkan
- Sifat penyakit yang dapat menular
- Dukungan Keluarga, jelaskan
- Lain-lain, sebutkan

Kuesioner Aspek Kognitif

Pilihlah salah satu jawaban yang menurut anda PALING Benar dengan membubuhkan tanda (X) pada pilihan jawaban yang tersedia

1. Apakah yang dimaksud dengan penyakit TB MDR?
 - a) Penyakit menular yang disebabkan oleh virus
 - b) Penyakit menular yang kebal terhadap dua jenis obat yang paling kuat
 - c) Penyakit batuk darah
2. Menurut saudara apakah penyebab penyakit TB MDR?
 - a) Virus
 - b) Bakteri
 - c) Jamur
3. Bagaimanakah tanda-tanda gejala penyakit TB MDR?
 - a) Demam mendadak 2-7 hari tanpa penyebab yang jelas
 - b) Perdarahan (bintik-bintik merah di kulit, mimisan, muntah darah)
 - c) Hampir sama dengan penyakit TB paru
 - d) Tidak tahu
4. Kapan seseorang diduga terkena TB MDR?
 - a) Ketika sering terjadi demam
 - b) Ketika dengan pengobatan TB normal tidak sembuh
 - c) Ketika dengan pengobatan TB normal terjadi alergi obat
5. Apakah TB MDR ini menular?
 - a) Tidak, karena sudah diobati
 - b) Ya, karena obatnya banyak
 - c) Ya, karena bakterinya lebih kuat
6. Mengapa kita bisa terkena TB MDR?
 - a) Minum obat tidak teratur
 - b) Karena banyaknya jenis obat
 - c) Terinfeksi penyakit paru lainnya
7. Apakah penyakit TB MDR dapat disembuhkan?
 - a) Ya
 - b) Tidak

8. Berapa lama pengobatan TB MDR?
 - a) Hanya 6 bulan
 - b) 6 bulan-1 tahun
 - c) 18 bulan s/d 2 tahun
9. Hasil dari pemeriksaan positif tidaknya terkena TB MDR dapat diketahui dalam jangka waktu?
 - a) Sekitar 3 bulan
 - b) Sekitar 5 hari
 - c) Ditunggu beberapa jam
10. Pengobatan TB MDR selama 1-2 minggu pertama sebaiknya diobati di?
 - a) Rumah sakit/Puskesmas
 - b) Di rumah
11. TB MDR menular dengan cara yang sama dengan TB :
 - a) Ya
 - b) Tidak
12. Berikut di bawah ini benar tentang TB MDR :
 - a) TB yang resisten terhadap setidaknya dua ari obat anti TB
 - b) TB yang resisten terhadap semua obat anti TB
13. Resistensi terhadap obat anti TB dapat terjadi karena :
 - a) Pengobatan yang tidak tuntas
 - b) Minum Obat yang tidak teratur
 - c) Kontrol tidak teratur
 - d) Benar semua
14. TB resistensi obat anti TB (OAT) atau TB MDR pada dasarnya adalah suatu fenomena buatan manusia, sebagai akibat dari pengobatan pasien TB yang tidak adekuat yang menyebabkan terjadinya penularan dari pasien TB MDR ke orang lain atau masyarakat :
 - a) Benar
 - b) Salah
15. Meminum obat-obatan TB membuat saya merasa mual, pusing, tidak nafsu makan, bahkan kadang-kadang terjadi gangguan pada pendengaran dan pengelihatan. Ketika gejala-gejala itu muncul sebaiknya obat tidak

diminum dulu selama 1 – 2 hari dan setelah gejala hilang baru obat diminum kembali

- a) Benar
- b) Salah
- c) Tidak Tahu

Lembar Wawancara dan Penilaian Aspek Perilaku/Tindakan dalam Pemenuhan ADL (*Activity Daily Living*)

| Aspek | Terpenuhi | Tidak Terpenuhi | Skore |
|---|-----------|-----------------|--|
| <p>a. Fisiologi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Oksigenasi dan ventilasi mengidentifikasi pola pernafasan 2) Nutrisi Mengidentifikasi pola-pola pemenuhan nutrient(zat gizi) yang digunakan untuk memperbaiki sel tubuh dan kondisi mual muntah 3) Eliminasi Mengidentifikasi pola-pola eliminasi BAB dan BAK 4) Integritas Kulit Mengidentifikasi gangguan fungsi fisiologis kulit 5) Sense Indra sensori mengidentifikasi fungsi sensori perceptual sehubungan dengan fungsi pengelihatan, pendengaran, pengecapan, perabaan dan penciuman 6) Fungsi neurologis Mengidentifikasi pola-pola neural kontrol, pengaturan dan intelektual 7) Cairan dan Elektrolit Mengidentifikasi pemenuhan pola-pola fisiologis cairan dan elektrolit 8) Fungsi Endokrin Mengidentifikasi pola-pola kontrol dan pengaturan termasuk respon stres terhadap pengobatan dan sistem endokrin | | | <p><u>Σ nilai x bobot</u> 8</p> |

| | | | |
|--|--|--|-----------------------------|
| <p>b. Konsep diri mengenali pola-pola nilai, kepercayaan, dan emosi serta harga diri, ideal diri, gambaran diri. Perhatian ini diberikan kepada fisik personal dan moral ethical pribadi termasuk kepatuhan mengikuti terapi dan pengobatan</p> | | | <p>Nilai x bobot</p> |
| <p>c. Fungsi peran mengenali pola-pola interaksi sosial seseorang dalam hubungannya dengan orang lain yang dicerminkan oleh peran primer, skunder dan tersier. Fokusnya pada peran identitas dan peran keunggulan</p> | | | <p>Nilai x bobot</p> |
| <p>d. Ketergantungan mengenali pola-pola manusia tentang nilai kasih sayang, cinta kasih dan ketegasan dimana proses ini melalui hubungan interpersonal pada tingkat keluarga dan kelompok sosialnya</p> | | | <p>Nilai x bobot</p> |

Keterangan :

Terpenuhi : Skore 2

Tidak Terpenuhi : Skore 1

Bobot Masing – masing aspek : 1

Nilai :

Skala Pengukuran Stress

Mohon dibaca tiap pernyataan dan pilihlah salah satu nilai yang mewakili perasaan Anda akhir-akhir ini sesuai dengan skala rating sebagai berikut:

0 Tidak terjadi sama sekali

1 Terjadi pada saya untuk derajat tertentu atau kadang-kadang

2 Terjadi pada saya untuk derajat yang lumayan atau frekuensi agak sering

3 Terjadi sering atau setiap saat

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 1 | Saya merasa sulit sekali untuk mengikuti kehidupan seperti apa adanya | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Saya sadar bahwa mulut saya kering | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Saya merasa tidak memiliki perasaan positif sama sekali | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Saya merasa kesulitan bernafas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Saya merasa kesulitan untuk berinisiatif melakukan sesuatu | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Saya cenderung bereaksi yang berlebihan dalam situasi | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Saya merasa gemeteran di tangan atau bagian tubuh yang lain | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 | Saya merasa bahwa saya membuang energi yang besar karena gugup | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Saya merasa khawatir berada pada situasi panik dan diri saya terlihat bodoh | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 | Saya merasa bahwa saya tidak punya masa depan | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11 | Saya merasa mudah gugup | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12 | Saya merasa susah untuk relaks | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13 | Saya merasa putus asa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14 | Saya merasa tidak bisa mentoleransi apapun yang menghambat apa yang saya kerjakan | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15 | Saya merasa bahwa saya mudah panic | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16 | Saya merasa tidak antusias terhadap segala sesuatu | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17 | Saya merasa saya tidak berharga sebagai seorang manusia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18 | Saya merasa agak mudah tersentuh | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19 | Saya merasa sangat bersemangat tetapi tidak disertai dengan peningkatan tanda-tanda vital (misal peningkatan denyut | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | |
|----|---|---------|
| | jantung) | |
| 20 | Saya merasa ketakutan tanpa alasan yang jelas | 0 1 2 3 |
| 21 | Saya merasa hidup ini tidak berarti | 0 1 2 3 |

TERKENA TB MDR

- ▼ Ketika seseorang dengan TB normal tidak mengalami perbaikan ketika diobati
- ▼ Hasil tes kemungkinan baru keluar sekitar 3 bulan



APA ITU PENYAKIT TB MDR?

Penyakit TB yang kebal terhadap dua obat TB yang paling kuat sehingga obat tersebut tidak mampu membunuh bakteri penyebab TB

GEJALA TB MDR

- ▼ Batuk terus menerus selama 2 minggu/lebih
- ▼ Nyeri dada
- ▼ Batuk darah
- ▼ Kelemahan
- ▼ Berat badan berkurang
- ▼ Nafsu makan menurun
- ▼ Menggigil
- ▼ Demam
- ▼ Berkeringat malam hari

MENGAPA BISA TERKENA TB MDR

- ▼ Tidak minum obat secara teratur
- ▼ Pengobatan inadequate misal aborsi obat di lambung terganggu
- ▼ Terinfeksi TB dari penderita yang telah terkena TB MDR

- ▼ Obat yang digunakan untuk membunuh bakteri TB kurang efektif dan harus diminum dalam jangka waktu lebih lama lagi.
- ▼ Orang yang terinfeksi TB MDR juga menularkan lebih lama lagi disbanding dengan pasien TB normal

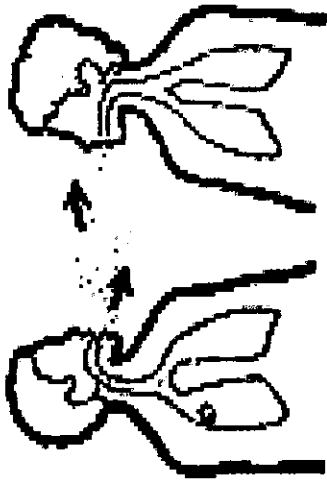
BAGAIMANA PENULARAN TB MDR

- ▼ Sama dengan penderita TB normal

DAPATKAN TB MDR DIobati DAN DISEMBUHKAN

YA, TB MDR merupakan penyakit yang dapat diobati dan disembuhkan asal Anda mengikuti petunjuk pengobatan. Keberhasilan tergantung dari seberapa dini diagnosis TB MDR ditegakkan dan pengobatan dilakukan.

- Menular lewat saluran nafas atau udara
- Dapat ditularkan dari penderita lewat dahak yang dibuang sembarangan,
- Melalui percikan dahak yang keluar saat berbicara, bernyanyi, batuk yang tidak ditutup, bersin.



APA ITU PENYAKIT TBC?

Penyakit TBC adalah penyakit infeksi menular yang menyerang paru, yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis*.

FAKTOR RESIKO MENDERITA TBC

- Orang yang kontak dekat dengan orang yang menderita TBC
- Daya tahan tubuh lemah (lansia, orang dengan penyakit kanker, HIV/AIDS)
- Alkoholik
- Setiap orang yang mempunyai penyakit TB sebelumnya
- Orang yang kurang gizi (gizi buruk)
- Bayi/anak yang tidak diimunisasi BCG

Obat

- OAT (Obat Anti Tuberkulosis) selama 6 bulan yang diminum secara teratur dan tidak boleh terputus. Apabila terputus maka pengobatan dimulai dari awal lagi.
 - Obat yang melonggarkan jalan nafas (Bronchodilator)
 - Obat untuk mengencerkan lendir/dahak (Expectoran)
 - Antibiotik/pembunuh kuman
 - Vitamin
- Perbaikan nutrisi (makanan sehat dan bergizi)
 - Menjaga kesehatan fisik dengan aktifitas teratur (jalan pagi ± 30 mnt)
 - Pola hidup sehat (kurangi kebiasaan merokok dan minum alkohol)
 - Kebersihan diri dan lingkungan
 - Konsultasi secara teratur tentang perkembangan penyakitnya.

GEJALA TBC

- Batuk lebih dari 3 minggu
- Batuk disertai bercak darah
- Batuk berdahak (warna kuning kehijauan)
- Sesak nafas dan nyeri dada
- Panas badan
- Berkeringat dingin terutama malam hari.
- Badan lemas, berat badan berkurang
- Nafsu makan menurun

Lampiran 5**SATUAN ACARA PELATIHAN**

| | |
|-------------------|--|
| Pokok Bahasan | : Pelatihan CBSM |
| Sub Pokok Bahasan | : Sessi 1 (Pengenalan Program/Pemahaman Stress Dan Respon Fisik/Pengenalan teknik relaksasi) |
| Hari/Tanggal | : Pertemuan 1 |
| Waktu Pelaksanaan | : 90 menit |
| Tempat | : Ruang Paru |
| Sasaran | : Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya |

I. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah diberikan pelatihan, diharapkan pasien mengenal Program dan tujuan pelatihan yaitu untuk membantu pasien bagaimana cara manajemen stress, strategi koping dan latihan relaksasi untuk meningkatkan kualitas hidup penderita TB

II. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah diberikan pelatihan, diharapkan pasien dan pasien mampu :

1. Menyebutkan Tujuan dan Manfaat Terapi
2. Menjelaskan Struktur Program terapi
3. Menjelaskan Tentang TB Paru
4. Menjelaskan Tentang TB MDR
5. Menjelaskan Stress Manajemen: Pemahaman Stress dan Respon Fisik
6. Melakukan Tehnik Relaksasi

III. MATERI

1. Tujuan & Manfaat Terapi
2. Struktur Program Terapi
3. TB Paru
4. TB MDR
5. Manajemen: Pemahaman Stress dan Respon Fisik
6. Tehnik Relaksasi Penanganan di rumah

IV. METODE

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Demonstrasi

V. MEDIA

- LCD
- Laptop
- Leaflet
- Buku Kerja

VI. KRITERIA EVALUASI

1. Evaluasi Struktur
 - Jumlah pasien yang hadir dalam pelatihan minimal 8 orang
 - Penyelenggaraan pelatihan dilaksanakan di PKRS Ruang Paru RSUD Dr. Soetomo Surabaya
 - Pengorganisasian penyelenggaraan pelatihan dilakukan sebelum dan menjelang pelatihan dilaksanakan
2. Evaluasi Proses
 - Pasien antusias terhadap materi pelatihan
 - Tidak ada pasien yang meninggalkan tempat pelatihan
 - pasien peserta Pelatihan mampu mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara benar
3. Evaluasi Hasil
 - Pasien dapat menyebutkan dan mempragakan materi pelatihan

VII. KEGIATAN PELATIHAN

| No. | WAKTU | KEGIATAN PENYULUH | KEGIATAN PASIEN |
|-----|------------|--|---|
| 1. | 5 menit | <i>Pembukaan :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam. • Memperkenalkan diri • Menjelaskan tujuan dan | <ul style="list-style-type: none"> • Menjawab salam • Mendengarkan • Memperhatikan |

| | | | |
|----|--------------------|--|---|
| | | manfaat dari pelatihan <ul style="list-style-type: none"> • Menyebutkan kontrak waktu lama pelatihan (90 menit) • Menyebutkan materi yang akan diberikan | <ul style="list-style-type: none"> • Memperhatikan • Memperhatikan |
| 2. | 60 mnt menit | <i>Pelaksanaan :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Menggali pengetahuan pasien tentang TB dan TB MDR • Menjelaskan tentang TB Dan Tb MDR • Menjelaskan Stress Manajemen, Pemahaman Stress dan Respon Fisik • Memperagakan Teknik Relaksasi | <ul style="list-style-type: none"> • Memperhatikan • Memperhatikan • Memperhatikan • Memperhatikan dan memperagakan |
| 3. | Evaluasi 20 mnt | <i>Evaluasi :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Meminta pasien memperagakan kembali tehnik relaksasi • Meminta kembali kepada pasien menjelaskan tentang stress, respon fisik, dan manajemen stress • Menanyakan kepada pasien tentang TB dan TB MDR | <ul style="list-style-type: none"> • Memperagakan dengan baik • Menjelaskan • Menjawab |
| 4 | Penutup 5 mnt | <i>Penutup :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Menutup acara dan mengingatkan kontrak untuk sesi ke 2 • Memberikan Reinforcement positif kepada pasien • Menanyakan perasaan pasien setelah mengikuti terapi dan menganjurkan agar tehnik relaksasi dipraktekkan ketika pasien mulai resah/stress • Mengucapkan salam | <ul style="list-style-type: none"> • Menyimak dan memberikan persetujuan • Memberikan respon yang positif • Menjawab • Membalas salam |

VIII. MATERI

Sesi I

Pengenalan Program/Pemahaman Stress Dan Respon Fisik/8 Kelompok Otot Relaksasi Otot Progresif

Peralatan yang dibutuhkan:

- Leaflet TB dan TB MDR

- Laptop & LCD Projector
- Buku kerja

Outline:

- Mengenalkan diri dan memberikan dukungan positif
- Menjelaskan informasi program secara umum
- Pengenalan diri
- Menjelaskan struktur program
- Memberikan informasi tentang TB MDR

Pengenalan

Pada awal sesi pertama, perkenalkan diri Anda sebagai leader. Memberikan dukungan positif kepada partisipan, serta dorong partisipan untuk berbagi pengalaman tentang TB dan catat perbedaan dan persamaannya.

Informasi secara umum

Jelaskan pada kelompok bahwa Anda mengajarkan manajemen stress, strategi coping dan latihan relaksasi untuk meningkatkan kualitas hidup penderita TB MDR. Kelompok akan bertemu Setiap hari selama satu minggu dan setiap pertemuan topic yang diberikan berbeda sehingga sangat penting bagi anggota untuk menghadiri setiap sesi.

Pengenalan Diri

Motivasi peserta untuk memperkenalkan diri kepada peserta lain, arahkan sesi pengenalan kepada riwayat pengobatan, perasaan dan pengalaman selama menjalani pengobatan

Menjelaskan struktur program

Program diberikan dalam 1 minggu dengan frekuensi 3 kali sesi per minggu dan

durasi dari waktunya 45 – 60 mnt per sesi.

Manajemen Stress

Manajemen stress melibatkan diskusi kelompok tentang situasi stress yang dialami oleh peserta dalam kehidupan sehari-hari. Tiap sesi akan memberikan informasi baru dan juga memerlukan latihan dan praktik dari peserta. Beberapa peserta mungkin akan bingung atau merasa tidak nyaman dengan topik tertentu dan tentunya hal ini adalah wajar.

Latihan Relaksasi

Komponen pokok yang kedua dari tiap sesi adalah latihan relaksasi. Latihan ini melibatkan fisiologis, kognitif dan aspek emosional dari stress. Bagian ini terdiri dari pembelajaran:

- a. Teknik memahami ketegangan fisik
- b. Teknik yang meminimalkan pemikiran negatif
- c. Self suggestion untuk membantu seseorang relaks

Perlu ditekankan bahwa partisipan juga diharapkan sebanyak mungkin berlatih di luar sesi.

Memberikan informasi tentang TB MDR

Leader akan menjelaskan mengenai gambaran paru-paru secara umum dan menjelaskan tentang TB MDR. Penjelasan tentang TB MDR didahului dengan penjelasan tentang penyakit TB secara umum. Pada penjelasan ini leader menggunakan leaflet (leaflet TB Paru dan leaflet TB MDR) yang sudah ada dan akan dibagikan ke klien.

Stress Manajemen: Pemahaman Stress dan Respon Fisik

Outline :

- Definisi stress
- Menjelaskan efek dari stress
- Identifikasi stress yang dialami oleh responden
- Mendiskusikan efek fisik dari stress
- Menjelaskan hubungan antara stress dengan proses penyembuhan

Definisi Stress

Stress merupakan setiap kejadian dalam hidup yang memicu ketegangan mental, fisik dan emosional. Stress berbeda dengan stressor, stress merupakan respons yang kita rasakan pada tubuh kita sedangkan stressor merupakan kejadian atau situasi yang menyebabkan stress atau menantang. Diskusikan dalam kelompok bagaimana mendefinisikan stress.

Efek Dari Stress

Secara umum akibat stress dapat dimasukkan dalam 5 kategori yaitu:

- Kognitif atau pikiran: sulit mengingat
- Emosi atau perasaan: cemas, sensitif
- Perilaku atau bagaimana kita bertindak: menghindari tugas, susah tidur
- Fisik/apa yang kita rasakan dalam tubuh kita: kaku pundak, sakit perut, sakit kepala
- Sosial/bagaimana tindakan kita terhadap orang lain: isolasi diri, mudah tersinggung terhadap orang lain

Tanda-tanda Stress

Isikan tanda-tanda stress menurut kategori yang telah dijelaskan

| Kognitif/Pikiran | Emosi/Perasaan | Perilaku/Tindakan | Fisik/Sensasi Tubuh | Sosial/Hubungan |
|------------------|----------------|-------------------|---------------------|-----------------|
| | | | | |

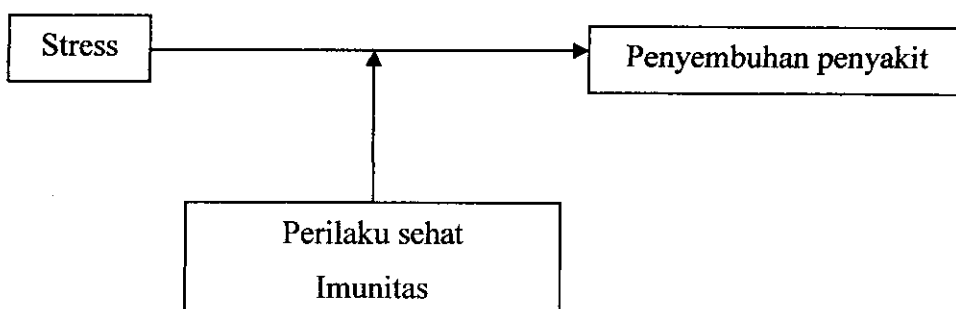
| | | | | |
|-----------------------------------|---------------|--|-------|-----------------------------------|
| Saya sudah tidak ada harapan lagi | Marah/depresi | Banyak makan Malas melakukan apapun | Lelah | Malas berbicara dengan orang lain |
|-----------------------------------|---------------|--|-------|-----------------------------------|

Pengaruh Stress Terhadap Fisik

Mengapa kita perlu manajemen stress karena stress mempengaruhi kita secara mental, emosi, perilaku, fisik dan sosial. Menjelaskan konsep “fight-flight” dalam kehidupan sehari-hari. Misalnya ketika Anda ke sawah dan Anda bertemu dengan ular, selanjutnya Anda memutuskan untuk lari menjauh dari ular itu maka hal ini dinamakan “flight”, sedangkan jika anda memutuskan untuk berhadapan dengan ular tersebut maka hal ini dinamakan “fight”. Apakah Anda bisa memberikan contoh yang lainnya? Manakah yang terbaik dari dua metode tersebut?

Menjelaskan hubungan antara stress dengan proses penyembuhan

Telah banyak penelitian yang menggambarkan hubungan ini, yang perlu ditekankan adalah hindari untuk menyalahkan diri sendiri. Stress yang terjadi dapat membuat kondisi individu memburuk dan mengurangi kualitas hidup pasien (Luecken & Compas, 2002). Diagram berikut dapat digunakan untuk menjelaskan hubungan antara stress dengan proses penyembuhan.



Pelatihan Relaksasi

Mengenalkan relaksasi otot progresif (8 kelompok otot relaksasi otot progresif)

1. Kelompok otot lengan: luruskan lengan anda membentuk sudut 45 derajat dan tegangkan telapak, lengan atas dan lengan bawah (tahan selama 10 detik). Setelah itu lepas ketegangan tersebut. Ketika bernafas pelan dan halus, setiap ekspirasi bayangkan kata “relaks” (tahan selama 20 detik).
2. Kelompok otot kaki: sekarang ciptakan ketegangan di kaki, angkat sedikit ke depan hingga anda merasa nyaman dan rasakan ketegangan (tahan selama 10 detik). Setelah itu lepas ketegangan tersebut sambil menginjakkan kaki ke lantai. Ketika bernafas pelan dan halus, setiap ekspirasi bayangkan kata “relaks” (tahan selama 20 detik).
3. Kelompok otot perut: Tarik otot perut anda ke dalam, tegangkan (tahan selama 10 detik). Lepaskan ketegangan dan rasakan relaks di perut dan anggota gerak bagian bawah. Ketika bernafas pelan dan halus, setiap ekspirasi bayangkan kata “relaks” (tahan selama 20 detik).
4. Kelompok otot dada: Tegangkan otot dada anda dengan menarik nafas dan tahan (tahan selama 10 detik). Selanjutnya ekspirasi pelan-pelan dan rasakan relaks yang mendalam, setiap ekspirasi bayangkan kata “relaks” (tahan selama 20 detik).
5. Kelompok otot bahu dan punggung atas: Tarik otot bahu dan punggung atas, rasakan sensasi ketegangan (tahan selama 10 detik). Lepaskan pelan-pelan dan rasakan relaksasi yang mendalam Ketika bernafas pelan dan halus, setiap ekspirasi bayangkan kata “relaks” (tahan selama 20 detik).
6. Kelompok otot leher: Tegangkan otot leher dengan menarik dagu ke bawah dan mengangkat bahu anda ke atas, rasakan ketegangan di leher dan kepala belakang (tahan selama 10 detik). Sekarang, lepaskan dan kembalikan seperti

semula, konsentrasikan pada perasaan relaks. Ketika bernafas pelan dan halus, setiap ekspirasi bayangkan kata “relaks” (tahan selama 20 detik).

7. Kelompok otot rahang, mulut dan tenggorokan: Membangun ketegangan di sekitar mulut Anda, rahang, dan tenggorokan dengan menggertakkan gigi dan memaksa sudut bibir Anda ke senyum terpaksa, rasakan ketegangan (tahan selama 10 detik). Lepaskan ketegangan, biarkan mulut anda terbuka, relaksasikan rahang dan tenggorokan anda. Ketika bernafas pelan dan halus, setiap ekspirasi bayangkan kata “relaks” (tahan selama 20 detik).
8. Kelompok otot mata dan dahi: Pejamkan mata anda dan tarik alis anda, rasakan ketegangan pada dahi anda dan konsentrasikan pada ketegangan (tahan selama 10 detik). Kembalikan ke posisi seperti semula dan lepaskan ketegangan yang dirasakan Ketika bernafas pelan dan halus, setiap ekspirasi bayangkan kata “relaks” (tahan selama 20 detik).

Relaksasi seluruh tubuh.

Sekarang seluruh tubuh Anda merasa santai dan nyaman. Ketika Anda merasa diri Anda menjadi lebih santai, hitunglah dari 1 ke 5. Satu, membiarkan semua ketegangan meninggalkan tubuh Anda. Dua, tenggelam semakin jauh dalam relaksasi. Tiga, merasa lebih dan lebih santai. Empat, perasaan sangat santai. Lima, merasa relaks. Ketika Anda menghabiskan beberapa menit dalam keadaan santai, berpikir tentang pernapasan Anda. Rasakan udara dingin Anda hirup dan keluarkan udara hangat. Setiap kali Anda ekspirasi, bayangkan kata "santai." (Jeda 2 menit). Sekarang, hitung mundur dari 5, secara bertahap perasaan diri Anda menjadi lebih waspada dan terjaga. Lima, merasa lebih terjaga. Empat, merasa relaks. Tiga, merasa lebih segar. Dua, membuka mata Anda. Satu, duduk.

SATUAN ACARA PELATIHAN

Pokok Bahasan : Pelatihan CBSM
Sub Pokok Bahasan : Sessi 2 (Teknik Pernafasan Diafragma/teknik relaksasi/Pemahaman Stress Dan Proses Penilaian)
Hari/Tanggal : Pertemuan 2
Waktu Pelaksanaan : 90 menit
Tempat : Ruang Paru
Sasaran : Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya

I. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah diberikan pelatihan, diharapkan pasien mengenal Teknik Pernafasan Diafragma/teknik relaksasi/Pemahaman Stress Dan Proses Penilaian

II. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah diberikan pelatihan, diharapkan pasien dan pasien mampu :

1. Menyebutkan Teknik pernafasan diafragma
2. Menjelaskan Tentang Pemahaman stress
3. Menjelaskan Tentang proses penilaian

III. MATERI

1. Teknik pernafasan diafragma
2. Stress dan adaptasi
3. Proses penilaian

IV. METODE

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Demonstrasi

V. MEDIA

- LCD
- Laptop
- Buku kerja

VI. KRITERIA EVALUASI

1. Evaluasi Struktur

- Jumlah pasien yang hadir dalam pelatihan minimal 8 orang
- Penyelenggaraan pelatihan dilaksanakan di PKRS Ruang Paru RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- Pengorganisasian penyelenggaraan pelatihan dilakukan sebelum dan menjelang pelatihan dilaksanakan

2. Evaluasi Proses

- Pasien antusias terhadap materi pelatihan
- Tidak ada pasien yang meninggalkan tempat pelatihan
- pasien peserta Pelatihan mampu mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara benar

3. Evaluasi Hasil

- Pasien dapat menyebutkan dan memperagakan materi pelatihan

VII. KEGIATAN PELATIHAN

| No. | WAKTU | KEGIATAN PENYULUH | KEGIATAN PASIEN |
|-----|-----------------|---|---|
| 1. | 15 menit | <i>Pembukaan :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam. • Menyakan isi kontrak kerja yang telah disepakati pada pertemuan sebelumnya • Menjelaskan tujuan dan manfaat dari pelatihan sesi ini • Menyebutkan kontrak waktu lama pelatihan (90 menit) • Menyebutkan materi yang akan diberikan • Menanyakan apakah tehnik relaksasi yang kemaren diberikan dipraktekkan oleh pasien • Meminta pasien mempraktekkan tehnik relaksasi | <ul style="list-style-type: none"> • Menjawab salam • Menyebutkan isi kontrak • Memperhatikan • Memperhatikan • Memperhatikan • Menjawab • Memperagakan tehnik relaksasi |
| 2. | 60 mnt menit | <i>Pelaksanaan :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan tentang tehnik | <ul style="list-style-type: none"> • Memperhatikan |

| | | | |
|----|--------------------|---|---|
| | | <p>pernafasan diafragma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mendemonstrasikan tehnik pernafasan diafragma • Menjelaskan pentingnya pemahaman manajemen stress • Melakukan Review efek negatif dari stress, Ciptakan pengenalan sensasi dan ketegangan fisik, • Menjelaskan tentang Pengenalan proses penilaian, Diskusikan hubungan antara penilaian, emosi dan reaksi, Latihan proses penilaian | <ul style="list-style-type: none"> • Memperagakan • Memperhatikan • Memperhatikan • Memperhatikan |
| 3. | Evaluasi 10 mnt | <p><i>Evaluasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Meminta pasien memperagakan kembali tehnik relaksasi dan nafas diafragma • Meminta kembali kepada pasien menjelaskan tentang manajemen stress, efek negative stress, dan proses penilaian | <ul style="list-style-type: none"> • Memperagakan dengan baik • Menjelaskan |
| 4 | Penutup 5 mnt | <p><i>Penutup :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Menutup acara dan mengingatkan kontrak untuk sesi ke 3 • Memberikan Reinforcement positif kepada pasien • Menanyakan perasaan pasien setelah mengikuti terapi • Mengucapkan salam | <ul style="list-style-type: none"> • Menyimak dan memberikan persetujuan • Memberikan respon yang positif • Menjawab • Membalas salam |

VIII. MATERI

Sesi II

Pernafasan Diafragma/4 Kelompok Otot Relaksasi Otot

Progresif/Pemahaman Stress Dan Proses Penilaian

Peralatan yang diperlukan:

- Script relaksasi otot progresif sesi lalu
- Laptop & LCD Projector

- Buku kerja

Pelatihan Relaksasi: pernafasan diafragma dan 4 Kelompok Otot Relaksasi Otot Progresif

Outline:

- Diskusikan kepatuhan melakukan praktik relaksasi
- Mengenalkan pernafasan diafragma
- Melakukan pernafasan diafragma

Diskusikan kepatuhan melakukan praktik relaksasi

Diskusikan pentingnya praktik Relaksasi. Apakah itu mudah, sulit? Apa hambatannya? Memberikan solusi terhadap permasalahan yang dihadapi peserta

Mengenalkan pernafasan diafragma

Beritahu peserta bahwa dalam sesi hari ini mereka akan belajar salah satu teknik paling praktis dan serbaguna yaitu latihan relaksasi napas dalam, atau pernapasan diafragma. Jelaskan bahwa pernapasan yang tepat adalah penting untuk manajemen stres, selain membantu menyiapkan dasar yang dipakai sebagai strategi coping yang efektif. Ketika tubuh menghirup nafas, udara digambarkan melalui hidung dan dihangatkan oleh membrane mucus selaput lendir dalam lubang hidung. Bulu-bulu hidung membantu menyaring udara yang masuk agar lebih bersih.

Diafragma adalah lembaran otot-seperti yang melintang di dada, memisahkan dada dari perut. Meskipun satu secara tidak sadar dapat mengembang dan menarik diafragma, diafragma bekerja secara otomatis. Ketika diafragma melemas, paru-paru dan kontrak udara dipaksa keluar. Pernafasan diafragma merupakan nafas dalam yang menyebabkan perut naik dan turun.

Pernapasan alami memurnikan dan merelaksakan tubuh. Tubuh adalah seperti mesin manajemen stres, dan oksigen adalah seperti gas untuk sel. Darah mengalir dari hati ke paru-paru, dimurnikan dan dioksigenasi, dan kemudian kembali ke sisi kiri jantung dan dipompa kembali ke dalam tubuh.

Ketika kita tertekan, kecenderungannya adalah untuk bernapas kurang dari diafragma dan jauh lebih dangkal di bagian atas paru-paru. Ketika jumlah udara segar yang tidak mencukupi mencapai paru-paru, darah tidak dengan baik dimurnikan atau dioksigenasi. Bagaimana hal ini berkaitan dengan status kesehatan seseorang? Pencernaan dapat terganggu. Organ dan jaringan kemungkinan tidak teroksigenasi dengan baik. Oksigen rendah membuat orang lebih rentan terhadap kecemasan, depresi, dan kelelahan, sehingga membuat situasi stres yang lebih sulit diatasi.

Melakukan pernafasan diafragma

Secara singkat lakukan dasar-dasar bernapas dalam. Gunakan petunjuk berikut untuk mengawali kelompok berlatih, ambil posisi yang nyaman. Pertama, cek bagaimana Anda biasanya bernapas dengan menempatkan satu tangan pada perut dan tangan lain di dada Anda. Hirup udara perlahan dan lihat tangan mana yang bergerak. Nafas dangkal menggerakkan tangan di dada, napas diafragma menggerakkan tangan di perut.

Sekarang, praktek mengambil napas diafragma. Perlahan-lahan tarik napas melalui hidung. Ketika Anda menarik napas, rasakan perut Anda mengembang dengan tangan anda. Buang napas perlahan-lahan dari mulut Anda. Ketika Anda membuang udara, Anda akan merasakan perut kontraksi. Lanjutkan napas dalam, lihat bagaimana Anda naik dan turun dengan setiap hembusan napas. Dengan

setiap bernapas, rasakan diri Anda menjadi lebih dan lebih santai.

4 Kelompok Otot Relaksasi Otot Progresif

Pelajari dan praktikkan lagi kelompok otot sebagai berikut:

- Kelompok otot lengan
- Kelompok otot kaki
- Kelompok otot perut, dada, bahu dan punggung atas (Kombinasikan instruksi)
- Kelompok otot leher, rahang, mulut dan tenggorokan (Kombinasikan instruksi)

Pemahaman Stress Dan Proses Penilaian

Outline:

- Diskusikan pentingnya pemahaman manajemen stress
- Review efek negatif dari stress
- Ciptakan pengenalan sensasi dan ketegangan fisik
- Pengenalan proses penilaian
- Diskusikan hubungan antara penilaian, emosi dan reaksi
- Latihan proses penilaian

Manajemen Stres terdiri dari strategi yang membantu kita menjadi lebih menyadari situasi yang menyebabkan stres dan bertujuan untuk menyediakan teknik yang lebih efektif untuk mengatasi stres. Efek negatif dari stress adalah peningkatan asam lemak di darah (resiko arteriosklerosis), peningkatan tekanan darah, peningkatan kadar lipid dan penurunan sistem imun.

Pertanyaan untuk diskusi:

- "Apa yang biasa menjadi sumber ketegangan anda?"

- "Di bagian tubuh manakah Anda merasa ketegangan tersebut?"
- "Kapan Anda paling sering merasa tegang?"
- "Kapan Anda merasa lebih peka dan kurang peka menyadari ketegangan tubuh?"

SATUAN ACARA PELATIHAN

| | |
|-------------------|---|
| Pokok Bahasan | : Pelatihan CBSM |
| Sub Pokok Bahasan | : Sessi 3 (Nafas Dalam dan Menghitung Dengan <i>Passive Progressive Muscle Relaxation</i> /Perawatan TB MDR dan Pemikiran Otomatis) |
| Hari/Tanggal | : Pertemuan 3 |
| Waktu Pelaksanaan | : 90 menit |
| Tempat | : Ruang Paru |
| Sasaran | : Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya |

I. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah diberikan pelatihan, diharapkan pasien mengenal Teknik Nafas dalam dan menghitung dengan *passive progressive Muscle Relaxation*) dan Perawatan TB MDR serta pemikiran otomatis

II. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah diberikan pelatihan, diharapkan pasien dan pasien mampu :

1. Memberikan Latihan Relaksasi: Nafas Dalam dan Menghitung Dengan *Passive Progressive Muscle Relaxation* (PPMR)
2. Menjelaskan Tentang Perawatan TB MDR
3. Menjelaskan Tentang Pemikiran Otomatis

III. MATERI

1. Latihan Relaksasi: Nafas Dalam dan Menghitung Dengan *Passive Progressive Muscle Relaxation* (PPMR)
2. Perawatan TB MDR
3. Pemikiran Otomatis

IV. METODE

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Demonstrasi

V. MEDIA

- LCD
- Laptop
- Buku kerja

VI. KRITERIA EVALUASI

1. Evaluasi Struktur

- Jumlah pasien yang hadir dalam pelatihan minimal 8 orang
- Penyelenggaraan pelatihan dilaksanakan di PKRS Ruang Paru RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- Pengorganisasian penyelenggaraan pelatihan dilakukan sebelum dan menjelang pelatihan dilaksanakan

2. Evaluasi Proses

- Pasien antusias terhadap materi pelatihan
- Tidak ada pasien yang meninggalkan tempat pelatihan
- pasien peserta Pelatihan mampu mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara benar

3. Evaluasi Hasil

- Pasien dapat menyebutkan dan memperagakan materi pelatihan

VII. KEGIATAN PELATIHAN

| No. | WAKTU | KEGIATAN PENYULUH | KEGIATAN PASIEN |
|-----|-------------|---|--|
| 1. | 15 menit | <p><i>Pembukaan :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam. • Menyakan isi kontrak kerja yang telah disepakati pada pertemuan sebelumnya • Menjelaskan tujuan dan manfaat dari pelatihan sessi ini • Menyebutkan kontrak waktu lama pelatihan (90 menit) • Menyebutkan materi yang akan diberikan • Menanyakan apakah tehnik relaksasi yang kemaren | <ul style="list-style-type: none"> • Menjawab salam • Menyebutkan isi kontrak • Memperhatikan • Memperhatikan • Memperhatikan • Menjawab |

| | | | |
|----|--------------------|--|---|
| | | <p>diberikan dipraktekkan oleh pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meminta pasien mempraktekkan tehnik relaksasi | <ul style="list-style-type: none"> • Memperagakan tehnik relaksasi |
| 2. | 60 mnt menit | <p><i>Pelaksanaan :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan tentang Latihan Relaksasi: Nafas Dalam dan Menghitung Dengan <i>Passive Progressive Muscle Relaxation</i> (PPMR) • Mendemonstrasikan Latihan Relaksasi: Nafas Dalam dan Menghitung Dengan <i>Passive Progressive Muscle Relaxation</i> (PPMR) • Menjelaskan perawatan TB MDR • Menjelaskan tentang Pemikiran Otomatis | <ul style="list-style-type: none"> • Memperhatikan • Memperagakan • Memperhatikan • Memperhatikan |
| 3. | Evaluasi 10 mnt | <p><i>Evaluasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Meminta pasien mempragakan kembali tentang Latihan Relaksasi: Nafas Dalam dan Menghitung Dengan <i>Passive Progressive Muscle Relaxation</i> (PPMR) • Menanyakan pasien tentang Perawatan TB MDR • Menyakan kepada pasien tentang bagaimana mempraktekkan pemikiran otomatis | <ul style="list-style-type: none"> • Memperagakan dengan baik • Menjelaskan • Menjawab |
| 4 | Penutup 5 mnt | <p><i>Penutup :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Menutup acara dan mengingatkan kontrak untuk sesi ke 4 • Memberikan Reinforcement positif kepada pasien • Menanyakan perasaan pasien setelah mengikuti terapi • Mengucapkan salam | <ul style="list-style-type: none"> • Menyimak dan memberikan persetujuan • Memberikan respon yang positif • Menjawab • Membalas salam |

VIII. MATERI

Sesi III

Nafas Dalam dan Menghitung Dengan *Passive Progressive Muscle Relaxation*/Perawatan TB MDR dan Pemikiran Otomatis

Peralatan yang diperlukan:

- Script relaksasi otot progresif sesi lalu
- Flip chart
- Buku kerja

Latihan Relaksasi: Nafas Dalam dan Menghitung Dengan *Passive Progressive Muscle Relaxation* (PPMR)

Outline:

- Diskusikan kepatuhan melakukan praktik relaksasi
- Kenalkan nafas dalam dan penghitungan
- Kenalkan PPMR
- Lakukan nafas dalam dan penghitungan dengan PPMR

Diskusikan kepatuhan melakukan praktik relaksasi

Diskusikan hambatan atau kesulitan dalam melakukan latihan relaksasi. Mintalah peserta menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut:

- "Seberapa sering Anda melakukan latihan relaksasi?"
- "Di mana Anda melakukannya?"
- "Apa yang menghalangi mengganggu latihan Anda?"

Pengenalan nafas dalam dan penghitungan

Beritahu kelompok bahwa hari ini mereka akan melakukan dua macam latihan relaksasi. Pertama, mereka akan mengulangi teknik pernapasan diafragma berlatih sesi lalu, tetapi lebih dari sekedar bernapas keluar masuk, mereka akan menghitung sampai angka empat. Katakan peserta tidak perlu khawatir jika mereka tidak bisa menahan napas sampai hitungan empat. Ini adalah cara untuk

memulai memperlambat napas dan untuk memberikan semacam fokus yang berbeda yang mungkin bekerja lebih baik bagi sebagian orang. Ingatkan peserta bahwa mereka dapat melakukan hal ini di mana pun-di dalam angkot, di supermarket, di tempat kerja-dan tidak harus menghabiskan waktu yang banyak.

Sekarang, duduk bersantai di kursi Anda dan tutup mata Anda. Letakkan tangan Anda pada perut Anda sehingga Anda dapat merasakan naik dan turun. Kita akan bernapas pada hitungan ke 4, tahan untuk hitungan ke 4, menghembuskan napas pada hitungan ke 4, dan tahan untuk hitungan ke 4. Tarik napas dalam 2...3...4... Dan tahan 2...3...4..., hembuskan nafas 2...3...4..., Tahan 2...3...4... OK, Anda dapat membuka mata Anda sekarang.

Pengenalan *Passive Progressive Muscle Relaxation*

Jelaskan kepada anggota kelompok latihan ini adalah relaksasi pasif karena kali ini mereka tidak hanya menegangkan otot mereka, tetapi juga mengingat perasaan yang terkait dengan pelepasan ketegangan dari kelompok otot tersebut. Mereka akan mulai dengan berfokus pada setiap kelompok otot pada saat tegang dan kemudian mereka akan mengingat perasaan rileks dari kelompok otot tersebut. Review lagi kelompok otot yang digunakan untuk 4 kelompok otot PMR. Untuk mengingatkan peserta pada perasaan ketegangan dan relaksasi, mintalah mereka untuk melakukannya.

- Kelompok otot lengan
- Kelompok otot kaki
- Kelompok otot perut, dada, bahu dan punggung atas
- Kelompok otot leher, rahang, mulut dan tenggorokan

Lakukan nafas dalam dan penghitungan dengan PPMR

Lakukan nafas dalam dan penghitungan

Buat diri anda merasa nyaman dan tutup mata Anda. Dengan lembut letakkan tangan Anda di perut dan mulai dengan mengambil beberapa napas dalam. Rasakan tangan Anda naik dan turun dengan setiap inhalasi dan ekshalasi. Tarik napas dalam melalui hidung, merasakan udara dingin datang. . . dan bernapas melalui mulut Anda, merasakan udara hangat mengalir keluar. Bernapas dalam. . . 2. . . 3. . . 4. . . dan terus. . . 2. . . 3. . . 4 . . dan keluarkan. . . 2. . . 3. . . 4. . . dan tahan. . . 2. . . 3. . . 4. Biarkan diri Anda menentukan irama pernapasan yang nyaman untuk Anda.

Passive 4 Kelompok otot Progressive Muscle Relaxation

Sama dengan petunjuk pada 4 kelompok otot relaksasi otot progresif, ingatkan peserta bahwa mereka berfokus bukan pada perasaan ketegangan tetapi pada ingatan sensasi yang mereka rasakan saat melepas ketegangan.

Perawatan TB MDR dan Pemikiran Otomatis

Sesi perawatan TB MDR akan diisi oleh perawat senior dari ruangan yang akan berbagi pengalaman bagaimana merawat pasien TB secara umum dan bagaimana juga perawatan pasien TB MDR.

Pemikiran Otomatis

Konsep ini menjelaskan bahwa setiap kalimat yang kita ucapkan atau keluar dari mulut kita berpengaruh terhadap pikiran dan tindakan kita. Sebagai contoh:

| Perasaan | Ucapan | Fungsi |
|-----------------|---------------|------------------|
| Kesedihan | Kasihanku | Memperiapkan dan |

| | | |
|-------|---|---|
| | Tidak ada yang bisa kulakukan | memotivasi anda untuk berduka |
| Marah | Ini salah! Ini kesalahan orang lain! | Mempersiapkan dan memotivasi anda untuk mencapai tujuan |
| Cemas | Saya dalam bahaya! Hal buruk dapat terjadi dalam diri saya | Mempersiapkan dan memotivasi anda untuk berhadapan dengan tantangan atau lari dari bahaya |

SATUAN ACARA PELATIHAN

| | |
|-------------------|---|
| Pokok Bahasan | : Pelatihan CBSM |
| Sub Pokok Bahasan | : Sessi 4 (Membayangkan Tempat Khusus/ <i>Cognitive Distortions</i>) |
| Hari/Tanggal | : Pertemuan 4 |
| Waktu Pelaksanaan | : 80 menit |
| Tempat | : Ruang Paru |
| Sasaran | : Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya |

I. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah diberikan pelatihan, diharapkan pasien mengenal tentang Distorsi Kognitif

II. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah diberikan pelatihan, diharapkan pasien dan pasien mampu :

1. Memberikan Latihan Relaksasi: Nafas Dalam dan Menghitung Dengan *Passive Progressive Muscle Relaxation* (PPMR)
2. Menjelaskan Tentang tehnik Cognitive Distortion

III. MATERI

1. Latihan Relaksasi: Nafas Dalam dan Menghitung Dengan *Passive Progressive Muscle Relaxation* (PPMR)
2. Cognitive Distortion

IV. METODE

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Demonstrasi

V. MEDIA

- LCD dan Laptop

- Buku kerja

VI. KRITERIA EVALUASI

1. Evaluasi Struktur

- Jumlah pasien yang hadir dalam pelatihan minimal 8 orang
- Penyelenggaraan pelatihan dilaksanakan di PKRS Ruang Paru RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- Pengorganisasian penyelenggaraan pelatihan dilakukan sebelum dan menjelang pelatihan dilaksanakan

2. Evaluasi Proses

- Pasien antusias terhadap materi pelatihan
- Tidak ada pasien yang meninggalkan tempat pelatihan
- pasien peserta Pelatihan mampu mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara benar

3. Evaluasi Hasil

- Pasien dapat menyebutkan dan memperagakan materi pelatihan

VII. KEGIATAN PELATIHAN

| No. | WAKTU | KEGIATAN PENYULUH | KEGIATAN PASIEN |
|-----|-----------------|--|--|
| 1. | 5 menit | <p><i>Pembukaan :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam. • Menyakan isi kontrak kerja yang telah disepakati pada pertemuan sebelumnya • Menjelaskan tujuan dan manfaat dari pelatihan sessi ini • Menyebutkan kontrak waktu lama pelatihan (90 menit) • Menyebutkan materi yang akan diberikan | <ul style="list-style-type: none"> • Menjawab salam • Menyebutkan isi kontrak • Memperhatikan • Memperhatikan • Memperhatikan |
| 2. | 60 mnt menit | <p><i>Pelaksanaan :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mendemonstrasikan Latihan Relaksasi: Nafas Dalam dan Menghitung Dengan <i>Passive Progressive Muscle Relaxation</i> (PPMR) • Menjelaskan tentang tehnik <i>Cognitive Distortions</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Memperhatikan • Memperhatikan |

| | | | |
|----|--------------------|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Memperagakan tehnik Cognitive Distortions | <ul style="list-style-type: none"> • Memperagakan |
| 3. | Evaluasi 10 mnt | <p><i>Evaluasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Meminta pasien memperagakan kembali tentang Latihan Relaksasi: Nafas Dalam dan Menghitung Dengan <i>Passive Progressive Muscle Relaxation</i> (PPMR) • Menanyakan pasien tentang tehnik Cognitive Distortions | <ul style="list-style-type: none"> • Memperagakan dengan baik • Menjawab |
| 4 | Penutup 5 mnt | <p><i>Penutup :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Menutup acara dan mengingatkan kontrak untuk sesi ke 5 • Memberikan Reinforcement positif kepada pasien • Menanyakan perasaan pasien setelah mengikuti terapi • Mengucapkan salam | <ul style="list-style-type: none"> • Menyimak dan memberikan persetujuan • Memberikan respon yang positif • Menjawab • Membalas salam |

VIII. MATERI

Sesi IV

Membayangkan Tempat Khusus/*Cognitive Distortions*

Peralatan yang diperlukan:

- Script relaksasi otot progresif sesi lalu
- Flip chart
- Buku kerja

Outline:

- Diskusikan kepatuhan melakukan praktik relaksasi
- Perkenalkan membayangkan tempat khusus
- Lakukan latihan pasif PMR dengan membayangkan tempat khusus

Diskusikan kepatuhan melakukan praktik relaksasi

Diskusikan hambatan atau kesulitan dalam melakukan latihan relaksasi. Mintalah

peserta menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut:

- "Apakah Anda telah merasakan manfaat dari latihan ini?"
- "Apakah Anda mengalami hambatan dalam melakukan relaksasi ini?"
- "Apakah ada yang menemukan hambatan yang sama, namun telah mampu membuat penyesuaian dan mengatasinya? Bisakah ini dibagi dengan kelompok? "

Perkenalkan membayangkan tempat khusus

Sesi ini memperkenalkan penggunaan citra atau perumpamaan, dan khususnya gambar yang terkait dengan tempat khusus. Jelaskan bahwa membayangkan tempat khusus adalah pengalaman relaksasi pasif, di mana peserta berimajinasi berada di tempat tersebut (misalnya, hutan, hujan, gunung, danau, rumah, ruang khusus tertentu). Ketika mereka telah memilih tempat, bersiaplah memulai pengalaman relaksasi.

Latihan pasif PMR dengan membayangkan tempat khusus

untuk melakukan latihan ini, mintalah partisipan melakukan latihan seperti sesi sebelumnya dan selanjutnya langsung ke membayangkan tempat khusus.

Lakukan pernafasan biasa, hirup dan keluarkan, lakukan sampai anda merasa relaks. Lepaskan semua beban, anda merasa bebas, santai dan sangat santai.

Bayangkan diri Anda pergi ke tempat khusus Anda sekarang dalam benak Anda.

Biarkan diri Anda berada di tempat itu sekarang. Tarik napas panjang dan rasakan damai. . . . rasakan bahwa tempat tersebut mulai mengisi Anda dengan ketenangan dan kebahagiaan. Lihatlah di sekitar Anda. Lihat bentuk dan warna tempat khusus Anda. Dapatkah Anda melihatnya? Apa tekstur yang Anda lihat? Apa yang Anda dengar? Dapatkah Anda merasakannya?

Tarik napas, dan ketika Anda menarik napas, biarkan diri Anda benar-benar penuh

dengan ketenangan tempat khusus itu. Biarkan diri Anda merasakan keindahannya. Biarkan menjaga dan menenangkan Anda. Anda akan menjadi lebih dan lebih santai. Dengan setiap napas, biarkan ketenangan menyebar lebih dalam melalui tubuh Anda. . . memulihkan setiap sel, membawa energi, penyembuhan, santai sampai ke seluruh tubuh Anda.

Sekarang, saya akan menghitung dari 4 ke 1. Ketika saya mengatakan 4, Anda bisa mulai menggerakkan kaki dan jari kaki. Ketika saya mengatakan 3, Anda bisa mulai bergerak lengan dan tangan. Ketika saya menghitung sampai 2, Anda dapat mulai untuk memindahkan kepala dan leher. Dan pada 1, Anda dapat meregang dan secara bertahap membuka mata Anda, namun tetap mempertahankan ketenangan dan kedamaian pengalaman relaksasi. 4 . . . 3 . . . 2 . . . 1.

SATUAN ACARA PELATIHAN

| | |
|-------------------|---|
| Pokok Bahasan | : Pelatihan CBSM |
| Sub Pokok Bahasan | : Sessi 5 (Relaksasi Untuk Penyembuhan dan Keadaan Sejahtera / Restrukturisasi Kognisi) |
| Hari/Tanggal | : Pertemuan 5 |
| Waktu Pelaksanaan | : 75 menit |
| Tempat | : Ruang Paru |
| Sasaran | : Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya |

I. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah diberikan pelatihan, diharapkan pasien mengenal tentang Relaksasi Untuk Penyembuhan dan Keadaan Sejahtera /Restrukturisasi Kognisi

II. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah diberikan pelatihan, diharapkan pasien mampu :

1. Menjelaskan Relaksasi Untuk Penyembuhan dan Keadaan Sejahtera
2. Menjelaskan Restrukturisasi Kognitif

III. MATERI

1. Relaksasi Untuk Penyembuhan dan Keadaan Sejahtera
2. Restrukturisasi Kognitif

IV. METODE

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Demonstrasi

V. MEDIA

- LCD dan Laptop
- Buku kerja

VI. KRITERIA EVALUASI

1. Evaluasi Struktur

- Jumlah pasien yang hadir dalam pelatihan minimal 8 orang
- Penyelenggaraan pelatihan dilaksanakan di PKRS Ruang Paru RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- Pengorganisasian penyelenggaraan pelatihan dilakukan sebelum dan menjelang pelatihan dilaksanakan

2. Evaluasi Proses

- Pasien antusias terhadap materi pelatihan
- Tidak ada pasien yang meninggalkan tempat pelatihan
- pasien peserta Pelatihan mampu mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara benar

3. Evaluasi Hasil

- Pasien dapat menyebutkan dan memperagakan materi pelatihan

VII. KEGIATAN PELATIHAN

| No. | WAKTU | KEGIATAN PENYULUH | KEGIATAN PASIEN |
|-----|-----------------|---|---|
| 1. | 15 menit | <i>Pembukaan :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam. • Menyakan isi kontrak kerja yang telah disepakati pada pertemuan sebelumnya • Menjelaskan tujuan dan manfaat dari pelatihan sesi ini • Menyebutkan kontrak waktu lama pelatihan (90 menit) • Menyebutkan materi yang akan diberikan • Menanyakan apakah tehnik relaksasi yang kemaren diberikan dipraktekkan oleh pasien • Meminta pasien mempraktekkan tehnik relaksasi | <ul style="list-style-type: none"> • Menjawab salam • Menyebutkan isi kontrak • Memperhatikan • Memperhatikan • Memperhatikan • Menjawab • Memperagakan tehnik relaksasi |
| 2. | 45 mnt menit | <i>Pelaksanaan :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Perkenalkan latihan relaksasi untuk penyembuhan dan kesehatan | <ul style="list-style-type: none"> • Memperhatikan |

| | | | |
|----|--------------------|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan tentang Restrukturisasi Kognitif | <ul style="list-style-type: none"> • Memperhatikan |
| 3. | Evaluasi 10 mnt | <p><i>Evaluasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Meminta pasien mempragakan kembali tentang Latihan Relaksasi: untuk penyembuhan dan kesehatan • Menanyakan pasien tentang tehnik Restrukturisasi Kognitif | <ul style="list-style-type: none"> • Mempragakan dengan baik • Menjawab |
| 4 | Penutup 5 mnt | <p><i>Penutup :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Menutup acara dan mengingatkan kontrak untuk sesi ke 6 • Memberikan Reinforcement positif kepada pasien • Menanyakan perasaan pasien setelah mengikuti terapi • Mengucapkan salam | <ul style="list-style-type: none"> • Menyimak dan memberikan persetujuan respon • Memberikan yang positif • Menjawab • Membalas salam |

VIII. MATERI

Sesi V

Relaksasi Untuk Penyembuhan dan Keadaan Sejahtera /Restrukturisasi Kognisi

Peralatan yang diperlukan:

- Flip chart
- Buku kerja

Relaksasi Untuk Penyembuhan dan Keadaan Sejahtera

Outline:

- Diskusikan kepatuhan melakukan praktik relaksasi
- Perkenalkan latihan relaksasi untuk penyembuhan dan kesehatan
- Lakukan latihan relaksasi

Diskusikan kepatuhan melakukan praktik relaksasi

Diskusikan hambatan atau kesulitan dalam melakukan latihan relaksasi. Mintalah

peserta menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut:

- "Bagaimana Anda menggunakan teknik relaksasi?"
- "Apakah dengan melakukan latihan ini pikiran anda lebih tenang?"
- "Kapan teknik ini tidak bekerja?"

Perkenalkan latihan relaksasi untuk penyembuhan dan kesehatan

Buat diri anda merasa nyaman dan tutup mata Anda. Tempatkan tangan Anda pada perut Anda dan mulai dengan mengambil napas dalam. Ketika Anda merasa tangan Anda naik dan turun dengan nafas anda, mulai santai. Luangkan waktu sejenak untuk merasakan ritme pernapasan Anda: di . . . dan keluar. . . dalam. . . dan keluar.

Ketika Anda menjadi lebih dan lebih santai, Anda menemukan diri Anda menyatu dengan lingkungan di sekitar Anda. Hanya Apa pun yang Anda dengar akan mulai terdengar jauh dan hanya akan membantu Anda untuk bersantai. Tarik napas dan ketika Anda mengembuskan napas, lepaskan tekanan apapun yang anda rasa dari bagian tubuh Anda.

Membiarkan lepas dari setiap perasaan stres yang mungkin Anda miliki. Rasakan mengalir dalam pikiran Anda dan dibawa angin keluar. Rasakan santai dan relaks yang dalam, dalam dan jauh ke dalam. Sekarang bayangkan cahaya penyembuhan beredar di seluruh tubuh Anda. Cahaya ini menyembuhkan dan membersihkan setiap organ, saraf, otot, dan sel tubuh Anda. Rasakan kehangatan cahaya lembut mengalir melalui setiap bagian tubuh Anda, membersihkan dan menyembuhkan. Sekarang bayangkan diri Anda sehat dan kuat. Anda merasa luar biasa, sehat, dan merasa kuat. Hal ini akan terus sepanjang hari dan malam. Setiap hari, Anda akan merasa lebih kuat dan lebih kuat. Lanjutkan, santai dan nikmati arti positif

kesejahteraan yang telah Anda buat.

Dalam beberapa saat, saya akan mulai menghitung 4-1 dan Anda akan kembali merasa segar dan waspada. EMPAT, mulai gerakkan kaki anda; TIGA, mulai gerakkan lengan dan tangan; DUA, mulai gerakkan kepala dan leher, dan SATU, peregangan dan membuka mata Anda.

Restrukturisasi Kognisi

Sejauh ini grup tersebut telah berfokus pada identifikasi pemikiran terdistorsi. Sekarang peserta tahu cara mengenali, mengidentifikasi, dan mengatasi pikiran-pikiran ini, mereka dapat belajar bagaimana cara mengubahnya. Pertama, menyajikan tiga kategori umum pikiran kita jatuh ke: rasional, rasionalisasi, dan rasional self-talk.

| IRRATIONAL | RATIONAL | RATIONALIZED |
|---|--|---|
| Pesimis, negative, merendahkan diri | Logis, realities, seimbang | Menolak kenyataan |
| Badanku demam, penyakit TB ini sudah tidak bisa disembuhkan lagi | Badanku demam, saya kemungkinan pencapaian, saya secepatnya harus ke dokter | Badanku demam, tidak terjadi apa-apa, biarkan aja sembuh sendiri |

Apakah Anda memiliki contoh lainnya?

Langkah-langkah untuk restrukturisasi pemikiran:

- 1. Kesadaran-identifikasi self-talk**
- 2. Kepercayaan-berikan derajat penilaian**
- 3. Tantangan-Tanyakan lagi pada diri anda sendiri**
- 4. Hapus negative self talk dan gantikan dengan positif self talk**
- 5. Evaluasi-bagaimana perasaan Anda setelah mengubahnya**

SATUAN ACARA PELATIHAN

| | |
|--------------------------|--|
| Pokok Bahasan | : Pelatihan CBSM |
| Sub Pokok Bahasan | : Sessi 6 (Training Autogenic/Koping I) |
| Hari/Tanggal | : Pertemuan 6 |
| Waktu Pelaksanaan | : 75 menit |
| Tempat | : Ruang Paru |
| Sasaran | : Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya |

I. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah diberikan pelatihan, diharapkan pasien mengenal tentang Training Autogenic/Koping I

II. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah diberikan pelatihan, diharapkan pasien mampu :

1. Menjelaskan Training Autogenic
2. Menjelaskan Koping I

III. MATERI

1. Training Autogenic
2. Koping I

IV. METODE

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Demonstrasi

V. MEDIA

- LCD dan Laptop
- Buku kerja

VI. KRITERIA EVALUASI

1. Evaluasi Struktur

- Jumlah pasien yang hadir dalam pelatihan minimal 8 orang
- Penyelenggaraan pelatihan dilaksanakan di PKRS Ruang Paru RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- Pengorganisasian penyelenggaraan pelatihan dilakukan sebelum dan menjelang pelatihan dilaksanakan

2. Evaluasi Proses

- Pasien antusias terhadap materi pelatihan
- Tidak ada pasien yang meninggalkan tempat pelatihan
- pasien peserta Pelatihan mampu mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara benar

3. Evaluasi Hasil

- Pasien dapat menyebutkan dan memperagakan materi pelatihan

VII. KEGIATAN PELATIHAN

| No. | WAKTU | KEGIATAN PENYULUH | KEGIATAN PASIEN |
|-----|-----------------|--|---|
| 1. | 15 menit | <i>Pembukaan :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam. • Menyakan isi kontrak kerja yang telah disepakati pada pertemuan sebelumnya • Menjelaskan tujuan dan manfaat dari pelatihan sessi ini • Menyebutkan kontrak waktu lama pelatihan (90 menit) • Menyebutkan materi yang akan diberikan • Menanyakan apakah tehnik relaksasi yang kemaren diberikan dipraktekkan oleh pasien • Meminta pasien mempraktekkan tehnik relaksasi | <ul style="list-style-type: none"> • Menjawab salam • Menyebutkan isi kontrak • Memperhatikan • Memperhatikan • Memperhatikan • Menjawab • Memperagakan tehnik relaksasi |
| 2. | 45 mnt menit | <i>Pelaksanaan :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan dan melatih training autogenic | <ul style="list-style-type: none"> • Memperhatikan |

| | | | |
|----|--------------------|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Mendiskusikan tentang Koping | <ul style="list-style-type: none"> • Berdiskusi dan berinteraksi dengan anggota kelompok |
| 3. | Evaluasi 10 mnt | <p><i>Evaluasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Meminta pasien mempragakan kembali tentang Latihan Relaksasi: untuk penyembuhan dan kesehatan | <ul style="list-style-type: none"> • Memperagakan dengan baik |
| 4 | Penutup 5 mnt | <p><i>Penutup :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Menutup acara dan mengingatkan kontrak untuk sesi ke 7 • Memberikan Reinforcement positif kepada pasien • Menanyakan perasaan pasien setelah mengikuti terapi • Mengucapkan salam | <ul style="list-style-type: none"> • Menyimak dan memberikan persetujuan • Memberikan respon yang positif • Menjawab • Membalas salam |

VIII. MATERI

Sesi VI Training Autogenic/Koping I

Peralatan yang diperlukan:

- Flip chart
- Buku kerja

Training Autogenic

Outline:

- Diskusikan kepatuhan melakukan praktik relaksasi
- Perkenalkan training autogenic
- Lakukan latihan autogenic

Diskusikan kepatuhan melakukan praktik relaksasi

Diskusikan hambatan atau kesulitan dalam melakukan latihan relaksasi. Mintalah peserta menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut:

- "Apa saja hambatan yang Anda hadapi ketika mencoba untuk melakukan latihan relaksasi?"
- "Apakah ada anggota lain mengalami kesulitan?"
- "Bagaimana Anda mengatasi kesulitan tersebut? Apakah Anda telah berhasil? "
- "Apakah ada sesuatu yang dapat Anda lakukan dengan cara yang berbeda (misalnya, perubahan lingkungan / lokasi, rencana ke depan, mintalah teman atau keluarga Anda untuk bergabung dalam latihan) untuk membantu Anda melakukan latihan relaksasi ini?"

Perkenalkan training autogenic

Jelaskan kepada kelompok bahwa pelatihan otogenik (AT) adalah program sistematis untuk mengajarkan tubuh dan pikiran untuk menanggapi secara cepat dan efektif perintah verbal untuk bersantai. Ini adalah salah satu cara yang paling efektif untuk mengurangi ketegangan fisik maupun kegelisahan.

Lakukan latihan autogenic

Ambil posisi yang nyaman. Tutup mata Anda. Tarik napas dan buang napas perlahan dan mendalam. Melepaskan peristiwa hari dan biarkan pikiran Anda kosong. Jika pikiran atau perasaan muncul, hanya memperhatikan dan membiarkannya melewati seolah-olah Anda sedang menonton mereka di layar film. Mulailah dengan mengatakan kepada diri sendiri, "Saya benar-benar santai dan damai" Ulangi. Frase ini perlahan tiga kali, sementara napas dalam-dalam, melepaskan ketegangan pada setiap napas.

Fokus pada lengan kanan dan rasakan menjadi berat. Katakanlah kepada diri Anda sendiri tiga kali, "lengan kanan saya berat" Jeda antara setiap frase pengulangan dan berkonsentrasi pada perasaan berat.. Kemudian pindahkan

perhatian Anda ke lengan kiri dan katakan kepada diri Anda tiga kali, "lengan kiri saya berat" Rasakan tangan Anda menjadi lebih berat dengan setiap pengulangan kalimat.. Berkonsentrasi pada energi di kedua lengan Anda dan katakan kepada diri Anda tiga kali, "Kedua tanganku berat" Tarik napas panjang dan merasa diri Anda menjadi lebih santai dengan setiap napas..

Ulangi instruksi sebelumnya, mengganti kaki dengan lengan.

Ulangi seluruh urutan sebelumnya, ganti kata berat dengan hangat.

Setelah menyelesaikan urutan untuk kedua berat dan kehangatan, akhiri latihan dengan:

Sekarang istirahatlah selama beberapa menit ketika Anda secara bertahap menjadi lebih waspada. Katakanlah kepada diri Anda sendiri tiga kali, "Saya santai dan waspada" Tarik napas dalam-dalam dan hembuskan napas, melepaskan ketegangan yang tersisa.. Bila Anda siap, perlahan bukalah mata Anda.

Koping I

Jelaskan kepada kelompok bahwa istilah "Koping" dapat memiliki arti yang berbeda pada setiap individu. Definisi tersebut berkaitan dengan pengalaman masa lalu dan situasi yang berbeda pula. Koping yang positif adalah koping yang berfokus pada penyelesaian masalah. Teknik yang terbaik dari koping ini bisa juga dengan belajar dari orang lain. Oleh sebab itu diskusikan dengan kelompok:

- "Apa strategi koping Anda dalam mengatasi masalah?"
- "Apakah Anda lebih berfokus pada masalah atau fokus pada emosi "
- "Kapan Anda menggunakan strategi aktif?" (Aktif mencari solusi)
- "Dalam situasi apakah Anda pasif?" (Membiarkan saja atau bahkan menolaknya)

SATUAN ACARA PELATIHAN

| | |
|--------------------------|--|
| Pokok Bahasan | : Pelatihan CBSM |
| Sub Pokok Bahasan | : Sessi 7 (Autogenic Dengan Bayangan Visual Dan Positive Self-Suggestions/Koping II) |
| Hari/Tanggal | : Pertemuan 7 |
| Waktu Pelaksanaan | : 75 menit |
| Tempat | : Ruang Paru |
| Sasaran | : Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya |

I. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah diberikan pelatihan, diharapkan pasien mengenal tentang Autogenic Dengan Bayangan Visual Dan Positive Self-Suggestions/Koping II

II. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah diberikan pelatihan, diharapkan pasien mampu :

1. Menjelaskan Autogenic Dengan Bayangan Visual
2. Menjelaskan tentang Possitive Self Sugegestion
3. Menjelaskan Koping II

III. MATERI

1. Autogenic Dengan Bayangan Visual
2. Possitive Self Sugegestion
3. Koping II

IV. METODE

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Demontrasi

V. MEDIA

- LCD dan Laptop
- Buku kerja

VI. KRITERIA EVALUASI

1. Evaluasi Struktur

- Jumlah pasien yang hadir dalam pelatihan minimal 8 orang
- Penyelenggaraan pelatihan dilaksanakan di PKRS Ruang Paru RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- Pengorganisasian penyelenggaraan pelatihan dilakukan sebelum dan menjelang pelatihan dilaksanakan

2. Evaluasi Proses

- Pasien antusias terhadap materi pelatihan
- Tidak ada pasien yang meninggalkan tempat pelatihan
- pasien peserta Pelatihan mampu mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara benar

3. Evaluasi Hasil

- Pasien dapat menyebutkan dan memperagakan materi pelatihan

VII. KEGIATAN PELATIHAN

| No. | WAKTU | KEGIATAN PENYULUH | KEGIATAN PASIEN |
|-----|-------------|---|--|
| 1. | 15 menit | <p><i>Pembukaan :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam. • Menyakan isi kontrak kerja yang telah disepakati pada pertemuan sebelumnya • Menjelaskan tujuan dan manfaat dari pelatihan sessi ini • Menyebutkan kontrak waktu lama pelatihan (90 menit) • Menyebutkan materi yang | <ul style="list-style-type: none"> • Menjawab salam • Menyebutkan isi kontrak • Memperhatikan • Memperhatikan • Memperhatikan |

| | | | |
|----|--------------------|--|---|
| | | <p>akan diberikan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menanyakan apakah tehnik relaksasi yang kemaren diberikan dipraktekkan oleh pasien • Meminta pasien mempraktekkan tehnik relaksasi | <ul style="list-style-type: none"> • Menjawab • Memperagakan tehnik relaksasi |
| 2. | 45 mnt menit | <p><i>Pelaksanaan :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan dan melatih Autogenic Dengan Bayangan Visual • Mendiskusikan tentang Positive Self Suggestion dan Koping II | <ul style="list-style-type: none"> • Memperhatikan • Berdiskusi dan berinteraksi dengan anggota kelompok |
| 3. | Evaluasi 10 mnt | <p><i>Evaluasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Meminta pasien mempragakan kembali tentang Latihan Relaksasi: untuk penyembuhan dan kesehatan | <ul style="list-style-type: none"> • Memperagakan dengan baik |
| 4 | Penutup 5 mnt | <p><i>Penutup :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Menutup acara dan mengingatkan kontrak untuk sesi ke 8 • Memberikan Reinforcement positif kepada pasien • Menanyakan perasaan pasien setelah mengikuti terapi • Mengucapkan salam | <ul style="list-style-type: none"> • Menyimak dan memberikan persetujuan • Memberikan respon yang positif • Menjawab • Membalas salam |

VIII. MATERI

Sesi VII

Autogenic Dengan Bayangan Visual Dan Positive Self-Suggestions/Koping II

Autogenic Dengan Bayangan Visual Dan Positive Self-Suggestions

Outline:

- Diskusikan kepatuhan melakukan praktik relaksasi

- Perkenalkan Autogenic Dengan Bayangan Visual Dan Positive Self-Suggestions
- Lakukan latihan autogenic

Diskusikan kepatuhan melakukan praktik relaksasi

Diskusikan hambatan atau kesulitan dalam melakukan latihan relaksasi. Mintalah peserta menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut:

- "Apa saja hambatan yang Anda hadapi ketika mencoba untuk melakukan latihan relaksasi?"
- "Apakah ada anggota lain mengalami kesulitan?"
- "Bagaimana Anda mengatasi kesulitan tersebut? Apakah Anda telah berhasil? "
- "Apakah ada sesuatu yang dapat Anda lakukan dengan cara yang berbeda (misalnya, perubahan lingkungan / lokasi, rencana ke depan, mintalah teman atau keluarga Anda untuk bergabung dalam latihan) untuk membantu Anda melakukan latihan relaksasi ini?"

Autogenic Dengan Bayangan Visual Dan Positive Self-Suggestions

Latihan sesi otogenik ini menggabungkan citra visual dan positif saran diri. Menggunakan citra visual dapat meningkatkan pengalaman relaksasi dengan menciptakan rasa yang terjadi di perjalanan batin. Jelaskan bahwa latihan hari ini bertujuan untuk menempatkan peserta dalam keadaan pikiran reseptif dimana mereka bisa menunjukkan kepada diri mereka sendiri perubahan yang mereka cari. Mereka dapat menyesuaikan relaksasi ini untuk kebutuhan spesifik mereka seperti mengurangi stres, penyembuhan, meningkatkan harga diri, berhubungan dengan

fobia, atau situasi yang mereka ingin capai . Gunakan contoh berikut ini untuk mengilustrasikan positif saran diri untuk kelompok:

Misalnya, jika Anda ingin berhenti merokok, Anda bisa membuat pernyataan ulang seperti, "Aku bisa melakukannya tanpa merokok," atau "Saya menikmati menghirup udara bersih."

Tarik napas dalam-dalam, lepaskan ketegangan dengan setiap hembusan napas. Biarkan pikiran Anda melayang dan keluar dari pikiran Anda. Jangan halangi pikiran Anda, biarkan mereka lewat. Pikiran Anda menjadi jelas, Anda menjadi tenang dan santai. Bayangkan diri Anda berjalan semakin jauh ke dalam relaksasi. Ketika Anda mencapai relaksasi yang mendalam, Anda menemukan diri Anda dikelilingi oleh satu scene, tenang damai. Dekati dan ikuti jalan ke tempat khusus pilihan Anda itu. Pilih tempat yang nyaman dan berbaringlah, membiarkan tubuh Anda tenggelam ke dalam kehangatan. Merasakan perasaan tenang dan relaksasi. Matahari bersinar lembut di atas Anda dan menghangatkan tangan, kaki, lengan dan kaki. Ketika kehangatan menyebar di tubuh Anda, Anda merasa ketegangan mencair pergi. Anda hanyut lebih dalam keadaan tenang dan relaksasi. tangan Anda dan kaki menjadi lebih berat dan lebih berat, dan Anda tenggelam lebih jauh ke dalam dasar. Nikmati keheningan tempat khusus Anda

Ketika Anda berbaring nyaman dan santai, ulangi frase khusus Anda kepada diri sendiri sebanyak tiga kali. "Pikiran saya damai. Aku merasa tenang dan nyaman.

Pikiranku berbalik ke dalam dan aku merasa nyaman." Ambil perasaan tenang dan relaksasi dengan Anda dalam hari Anda. Ketika Anda terus latihan ini, Anda akan dapat lebih cepat rileks, lebih mendalam.

Sekarang istirahat selama beberapa menit ketika Anda secara bertahap menjadi lebih waspada. Katakanlah untuk diri tiga kali, "Saya santai dan waspada." Tarik napas dalam-dalam dan menghembuskan napas, melepaskan ketegangan yang tersisa. Bila Anda siap, perlahan-lahan buka mata Anda.

SATUAN ACARA PELATIHAN

| | |
|-------------------|---|
| Pokok Bahasan | : Pelatihan CBSM |
| Sub Pokok Bahasan | : Sessi 8 (Meditasi Mantra Dan Manajemen Marah) |
| Hari/Tanggal | : Pertemuan 8 |
| Waktu Pelaksanaan | : 75 menit |
| Tempat | : Ruang Paru |
| Sasaran | : Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya |

I. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah diberikan pelatihan, diharapkan pasien mengenal tentang Meditasi Mantra Dan Manajemen Marah

II. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah diberikan pelatihan, diharapkan pasien mampu :

1. Menjelaskan dan melatih Meditasi mantra
2. Menjelaskan dan melatih Manajemen Marah

III. MATERI

1. Meditasi mantra
2. Manajemen Marah

IV. METODE

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Demonstrasi

V. MEDIA

- LCD dan Laptop
- Buku kerja

VI. KRITERIA EVALUASI

1. Evaluasi Struktur

- Jumlah pasien yang hadir dalam pelatihan minimal 8 orang
- Penyelenggaraan pelatihan dilaksanakan di PKRS Ruang Paru RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- Pengorganisasian penyelenggaraan pelatihan dilakukan sebelum dan menjelang pelatihan dilaksanakan

2. Evaluasi Proses

- Pasien antusias terhadap materi pelatihan
- Tidak ada pasien yang meninggalkan tempat pelatihan
- pasien peserta Pelatihan mampu mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara benar

3. Evaluasi Hasil

- Pasien dapat menyebutkan dan memperagakan materi pelatihan

VII. KEGIATAN PELATIHAN

| No. | WAKTU | KEGIATAN PENYULUH | KEGIATAN PASIEN |
|-----|-----------------|--|---|
| 1. | 15 menit | <i>Pembukaan :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam. • Menyakan isi kontrak kerja yang telah disepakati pada pertemuan sebelumnya • Menjelaskan tujuan dan manfaat dari pelatihan sessi ini • Menyebutkan kontrak waktu lama pelatihan (90 menit) • Menyebutkan materi yang akan diberikan • Menanyakan apakah tehnik relaksasi yang kemaren diberikan dipraktekkan oleh pasien • Meminta pasien mempraktekkan tehnik relaksasi | <ul style="list-style-type: none"> • Menjawab salam • Menyebutkan isi kontrak • Memperhatikan • Memperhatikan • Memperhatikan • Menjawab • Memperagakan tehnik relaksasi |
| 2. | 45 mnt menit | <i>Pelaksanaan :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan dan melatih Meditasi Mantra | <ul style="list-style-type: none"> • Memperhatikan dan memperagakan |

| | | | |
|----|--------------------|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan dan melatih Manajemen Marah | <ul style="list-style-type: none"> • Memperhatikan dan memperagakan |
| 3. | Evaluasi 10 mnt | <p><i>Evaluasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Meminta pasien memperagakan kembali tentang Meditasi Mantra dan Manajemen Marah | <ul style="list-style-type: none"> • Memperagakan dengan baik |
| 4 | Penutup 5 mnt | <p><i>Penutup :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Menutup acara dan mengingatkan kontrak untuk sesi ke 9 • Memberikan Reinforcement positif kepada pasien • Menanyakan perasaan pasien setelah mengikuti terapi • Mengucapkan salam | <ul style="list-style-type: none"> • Menyimak dan memberikan persetujuan • Memberikan respon yang positif • Menjawab • Membalas salam |

VIII. MATERI

Sesi VIII Meditasi Mantra Dan Manajemen Marah

Peralatan yang diperlukan:

- Flip chart
- Buku kerja

Meditasi Mantra

Outline:

- Diskusikan kepatuhan melakukan praktik relaksasi
- Perkenalkan dan lakukan meditasi

Diskusikan kepatuhan melakukan praktik relaksasi

Diskusikan hambatan atau kesulitan dalam melakukan latihan relaksasi. Mintalah peserta menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut:

- "Seberapa sering Anda praktek relaksasi?"
- "Apa hambatan yang Anda hadapi?"

■ "Apakah ada yang bisa dilakukan untuk mengatasi hambatan ini?"

Perkenalkan dan lakukan meditasi

Praktik relaksasi yang melibatkan pengosongan pikiran dari semua hal yang menarik, membebani, maupun mencemaskan dalam hidup kita sehari-hari. Makna harfiah meditasi adalah kegiatan mengunyah-unyah atau membolak-balik dalam pikiran, memikirkan, merenungkan. Arti definisinya, meditasi adalah kegiatan mental terstruktur, dilakukan selama jangka waktu tertentu, untuk menganalisis, menarik kesimpulan, dan mengambil langkah-langkah lebih lanjut untuk menyikapi, menentukan tindakan atau penyelesaian masalah pribadi, hidup, dan perilaku. Dengan kata lain, meditasi melepaskan kita dari penderitaan pemikiran baik dan buruk yang sangat subjektif yang secara proporsional berhubungan langsung dengan kelekatan kita terhadap pikiran dan penilaian tertentu. Kita mulai paham bahwa hidup merupakan serangkaian pemikiran, penilaian, dan pelepasan subjektif yang tiada habisnya yang secara intuitif mulai kita lepaskan. Dalam keadaan pikiran yang bebas dari aktivitas berpikir, ternyata manusia tidak mati, tidak juga pingsan, dan tetap sadar. Guru terbaik untuk meditasi adalah pengalaman. Tidak ada guru, seminar, atau buku-buku meditasi yang dapat mengajarkan secara pasti bagaimana seharusnya kita melakukan hidup bermeditasi. Setiap orang dapat secara bebas memberikan nilai-nilai tersendiri tentang arti meditasi bagi kehidupannya. Oleh karena hanya dengan mempraktekkan meditasi dalam hidup, orang bisa merasakan manfaat suatu perjalanan meditasi. Langkah melakukan meditasi sebagai berikut:

- Cari tempat yang tenang.
- Kenakan pakaian yang longgar dan nyaman.

- Bagi sebagian orang duduk bersila terasa tenang. Anda boleh duduk di atas bantalan atau handuk. Anda juga bisa menggunakan kursi, tapi usahakan duduk hanya pada setengah bagian depan kursi. Ada orang-orang yang suka memakai handuk atau syal pada bahu untuk mencegah keedinginan.
- Bahu Anda harus rileks dan tangan diletakkan di pangkuan.
- Buka mata setengah tanpa benar-benar menatap apa pun.
- Jangan berusaha mengubah pernapasan Anda biarkan perhatian Anda terpusat pada aliran napas. Tujuannya adalah agar kehebohan dalam pikiran Anda perlahan menghilang.
- Lemaskan setiap otot pada tubuh Anda. Jangan tergesa-gesa, perlu waktu untuk bisa rileks sepenuhnya; lakukan sedikit demi sedikit, dimulai dengan ujung kaki dan terus ke atas sampai kepala.
- Visualisasikan tempat yang menenangkan bagi Anda. Bisa berupa tempat yang nyata atau khayalan.

Mantra yang digunakan saat meditasi:

Luangkan waktu sejenak untuk mengenali tubuh Anda dan mengetahui adanya ketegangan. Fokus dan melepaskan ketegangan di kaki Anda. . . kaki Anda. . . perut Anda. . . dada Anda. . . tangan Anda. . . lengan Anda. . . bahu Anda. . . leher anda. . . dan kepala Anda. Melepaskan ketegangan yang tersisa di bagian manapun dari badan Anda. Sekarang Anda mengalihkan perhatian kembali ke napas Anda, ikuti ritmenya. Ulangi mantra tersebut hingga Anda merasa bahwa anda ingin mengakhiri dengan membuka mata Anda.

Manajemen Marah

Diskusikan pertanyaan dibawah ini:

- Apa yang membuat Anda marah?
- Apakah ada seseorang yang membuat anda marah?
- Situasi seperti apa yang membuat Anda marah?
- Sikap anda terhadap marah itu sendiri?

Mengubah pola maladaptive dengan mengikuti langkah berikut:

- Siapa atau apa yang membuat saya marah? (Pengenalan)
- Mengapa saya marah? Apa penyebab sebenarnya? (Sumber)
- Apa yang seharusnya saya lakukan? (Alternatif)
- Apa rencana saya untuk bertindak? (Rencana)

SATUAN ACARA PELATIHAN

| | |
|--------------------------|---|
| Pokok Bahasan | : Pelatihan CBSM |
| Sub Pokok Bahasan | : Sessi 9 (Mindfulness Meditation/ Komunikasi Asertif) |
| Hari/Tanggal | : Pertemuan 9 |
| Waktu Pelaksanaan | : 75 menit |
| Tempat | : Ruang Paru |
| Sasaran | : Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya |

I. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah diberikan pelatihan, diharapkan pasien mengenal tentang Mindfulness Meditation/ Komunikasi Asertif

II. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah diberikan pelatihan, diharapkan pasien mampu :

1. Menjelaskan dan melatih mindfulness meditation
2. Menjelaskan dan melatih Komunikasi Asertif

III. MATERI

1. Mindfulness meditation
2. Komunikasi Asertif

IV. METODE

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Demonstrasi

V. MEDIA

- LCD dan Laptop
- Buku kerja

VI. KRITERIA EVALUASI

1. Evaluasi Struktur

- Jumlah pasien yang hadir dalam pelatihan minimal 8 orang
- Penyelenggaraan pelatihan dilaksanakan di PKRS Ruang Paru RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- Pengorganisasian penyelenggaraan pelatihan dilakukan sebelum dan menjelang pelatihan dilaksanakan

2. Evaluasi Proses

- Pasien antusias terhadap materi pelatihan
- Tidak ada pasien yang meninggalkan tempat pelatihan
- pasien peserta Pelatihan mampu mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara benar

3. Evaluasi Hasil

- Pasien dapat menyebutkan dan memperagakan materi pelatihan

VII. KEGIATAN PELATIHAN

| No. | WAKTU | KEGIATAN PENYULUH | KEGIATAN PASIEN |
|-----|-----------------|---|---|
| 1. | 15 menit | <i>Pembukaan :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam. • Menyakan isi kontrak kerja yang telah disepakati pada pertemuan sebelumnya • Menjelaskan tujuan dan manfaat dari pelatihan sesi ini • Menyebutkan kontrak waktu lama pelatihan (90 menit) • Menyebutkan materi yang akan diberikan • Menanyakan apakah tehnik relaksasi yang kemaren diberikan dipraktekkan oleh pasien • Meminta pasien mempraktekkan tehnik relaksasi | <ul style="list-style-type: none"> • Menjawab salam • Menyebutkan isi kontrak • Memperhatikan • Memperhatikan • Memperhatikan • Menjawab • Memperagakan tehnik relaksasi |
| 2. | 45 mnt menit | <i>Pelaksanaan :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan dan melatih mindfulness meditation | <ul style="list-style-type: none"> • Memperhatikan dan memperagakan |

| | | | |
|----|--------------------|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> Menjelaskan dan melatih Komunikasi Asertif | <ul style="list-style-type: none"> Memperhatikan dan memperagakan |
| 3. | Evaluasi 10 mnt | <p><i>Evaluasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Meminta pasien memperagakan kembali tentang mindfulness meditation dan komunikasi asertif | <ul style="list-style-type: none"> Memperagakan dengan baik |
| 4 | Penutup 5 mnt | <p><i>Penutup :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Menutup acara dan mengingatkan kontrak untuk sesi ke 10 Memberikan Reinforcement positif kepada pasien Menanyakan perasaan pasien setelah mengikuti terapi Mengucapkan salam | <ul style="list-style-type: none"> Menyimak dan memberikan persetujuan Memberikan respon yang positif Menjawab Membalas salam |

VIII. MATERI

SESI IX

Mindfulness Meditation/ Komunikasi Assertif

Peralatan yang diperlukan:

- Flip chart
- Buku kerja

Outline:

- Diskusikan kepatuhan melakukan praktik relaksasi
- Latihan mindfulness meditation

Diskusikan kepatuhan melakukan praktik relaksasi

Diskusikan hambatan atau kesulitan dalam melakukan latihan relaksasi. Mintalah peserta menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut:

- "Seberapa sering Anda praktek relaksasi?"
- "Apa hambatan yang Anda hadapi?"
- "Apakah ada yang bisa dilakukan untuk mengatasi hambatan ini?"

Latihan mindfulness meditation

Mindfulness meditation ialah sangat sadar dan terbuka dengan setiap moment atau keadaan.

Untuk memulai meditasi, duduk dengan punggung lurus dan kepala seimbang dan nyaman. Istirahatkan tangan Anda di pangkuan dan tutup mata Anda. Ambil nafas yang mendalam. Mulai mengalihkan perhatian Anda lebih dalam. Gunakan napas untuk melepaskan ketegangan apapun. (Jeda untuk 15 detik).

Mengikuti ritme alamiah dari napas Anda akan naik dan turun. Beberapa mungkin napas panjang, yang lain pendek. Biarkan anda bernafas secara alami dan ikuti saja (Jeda untuk 15 detik).

Ketika Anda telah sinkron dengan napas Anda, memindahkan fokus anda ke sensasi yang mungkin ada dalam tubuh Anda. Perhatikan bagaimana Anda duduk, bagaimana terasa di mana tubuh Anda dan kursi bertemu. Lanjutkan dengan merasakan tubuh Anda menjadi lebih santai. Rasakan setiap perubahan di dalam tubuh (Jeda untuk 15 detik).

Sekarang fokus pada kesadaran dan pikiran Anda. Semua jenis pikiran terus timbul - kekhawatiran, ketakutan, harapan, fantasi. Ini pikiran alami. Lambat laun pikiran tersebut akan memudar. Pada titik tertentu anda mungkin memperhatikan bahwa kesadaran Anda telah menyimpang / bergeser, biarkan saja (Jeda untuk 15 detik).

Selama dua menit berikutnya, menjaga nafas Anda seperti semula, sementara membiarkan setiap sensasi dalam tubuh Anda, setiap pikiran, dan apa pun yang anda rasakan. Biarkan napas Anda sealami mungkin (Jeda untuk 15 detik). Setelah selesai anda bisa membuka mata anda.

Komunikasi Asertif

Asertif adalah cara berkomunikasi yang tidak menyerang lawan bicara. Inti kalimat terletak pada pengungkapan perasaan kita dengan terus terang, sopan, dan apa adanya. Manusia punya cenderung mempertahankan diri bila diserang. Demikian pula bila ia merasa disalahkan, direndahkan, atau tidak dihargai. Sebab itu penting sekali memperlihatkan sikap positif dalam berkomunikasi, bagaimanapun sebalnya kita pada lawan bicara kita. Ini tidak mudah, perlu berpikir sebelum berkata, dan berlatih melakukannya. Sebuah pesan akan sampai dengan baik jika disampaikan pada waktu, tempat dan cara yang tepat. Masalahnya, kita kadang-kadang ingin langsung saja. Kalau caranya kurang pas, orang yang kita ajak bicara jadi tidak senang. Akhirnya pesan kita tidak sampai dengan baik. Bahkan bisa menimbulkan salah pengertian.

Beberapa contoh

Berikut ini beberapa contoh kalimat yang menyerang:

1. Percakapan Dimas (6 tahun) dan papanya, "Dimas, kamu ini bagaimana? Makin besar makin malas bangun pagi! Lihat, sudah
2. Percakapan Kevin (8 tahun) dan mamanya, "Mengapa kamu tidak beritahu Mama kalau sepatumu sudah robek? Bikin malu aja!"

Sekarang mari perhatikan kalimat asertif dari peristiwa di atas:

1. "Dimas, rasanya tiap pagi Papa merasa tegang. Papa takut kamu ter-lambat. Bagaimana kalau nanti malam kamu tidur lebih awal
2. "Sepatumu robek? Maaf, Mama kurang memperhatikan kamu. Pulang sekolah nanti kita ke toko, ya."

SATUAN ACARA PELATIHAN

| | |
|--------------------------|--|
| Pokok Bahasan | : Pelatihan CBSM |
| Sub Pokok Bahasan | : Sessi 10 (Latihan Relaksasi Favorit Kelompok/Dukungan Sosial dan Kesimpulan Program) |
| Hari/Tanggal | : Pertemuan 10 |
| Waktu Pelaksanaan | : 75 menit |
| Tempat | : Ruang Paru |
| Sasaran | : Pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya |

I. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah diberikan pelatihan, diharapkan pasien mampu mengidentifikasi Latihan Relaksasi Favorit Kelompok/Dukungan Sosial dan Kesimpulan Program

II. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah diberikan pelatihan, diharapkan pasien mampu :

1. Mengidentifikasi Latihan Relaksasi Favorit Kelompok
2. Mengidentifikasi Dukungan Sosial
3. Menjelaskan Manfaat sebagai Kesimpulan Program

III. MATERI

1. Latihan Relaksasi Favorit Kelompok
2. Dukungan Sosial
3. Kesimpulan Program

IV. METODE

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Demontrasi

V. MEDIA

- LCD dan Laptop

- Buku kerja

VI. KRITERIA EVALUASI

1. Evaluasi Struktur

- Jumlah pasien yang hadir dalam pelatihan minimal 8 orang
- Penyelenggaraan pelatihan dilaksanakan di PKRS Ruang Paru RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- Pengorganisasian penyelenggaraan pelatihan dilakukan sebelum dan menjelang pelatihan dilaksanakan

2. Evaluasi Proses

- Pasien antusias terhadap materi pelatihan
- Tidak ada pasien yang meninggalkan tempat pelatihan
- pasien peserta Pelatihan mampu mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara benar

3. Evaluasi Hasil

- Pasien dapat menyebutkan dan mempragakan materi pelatihan

VII. KEGIATAN PELATIHAN

| No. | WAKTU | KEGIATAN PENYULUH | KEGIATAN PASIEN |
|-----|----------|---|---|
| 1. | 15 menit | <p><i>Pembukaan :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam. • Menyakan isi kontrak kerja yang telah disepakati pada pertemuan sebelumnya • Menjelaskan tujuan dan manfaat dari pelatihan sessi ini • Menyebutkan kontrak waktu lama pelatihan (90 menit) • Menyebutkan materi yang akan diberikan • Menanyakan apakah tehnik relaksasi yang kemaren diberikan dipraktekkan oleh pasien • Meminta pasien mempraktekkan tehnik relaksasi | <ul style="list-style-type: none"> • Menjawab salam • Menyebutkan isi kontrak • Memperhatikan • Memperhatikan • Memperhatikan • Menjawab • Memperagakan tehnik relaksasi |
| 2. | 45 mnt | <i>Pelaksanaan :</i> | |

| | | | |
|----|--------------------|--|--|
| | menit | <ul style="list-style-type: none"> • Membantu pasien Latihan Relaksasi Favorit Kelompok • Membantu pasien Dukungan Sosial | <ul style="list-style-type: none"> • Memperhatikan dan menjawab • Memperhatikan dan menjawab |
| 3. | Evaluasi 10 mnt | <i>Evaluasi :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Menanyakan Manfaat sebagai Kesimpulan Program | <ul style="list-style-type: none"> • Menjawab |
| 4 | Penutup 5 mnt | <i>Penutup :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Menutup acara dengan memberikan Reinforcement positif kepada pasien • Menanyakan perasaan pasien setelah mengikuti seluruh program terapi • Mengucapkan salam | <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan respon yang positif • Menjawab • Membalas salam |

VIII. MATERI

Sesi X

Latihan Relaksasi Favorit Kelompok/Dukungan Sosial dan Kesimpulan Program

Peralatan yang diperlukan:

- Flip chart
- Buku kerja

Outline:

- Diskusikan kepatuhan melakukan praktik relaksasi
- Latihan relaksasi kelompok favorit

Diskusikan kepatuhan melakukan praktik relaksasi

Diskusikan hambatan atau kesulitan dalam melakukan latihan relaksasi. Mintalah peserta menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut:

- "Seberapa sering Anda praktek relaksasi?"

- "Apa hambatan yang Anda hadapi?"
- "Apakah ada yang bisa dilakukan untuk mengatasi hambatan ini?"

Latihan relaksasi favorit kelompok

Tekankan pada pentingnya berlatih, lebih disukai setiap hari dan diskusikan tentang:

- "Apakah Anda membuat rencana untuk terus melakukan relaksasi setelah menyelesaikan latihan kelompok?"
- "Apakah Anda benar-benar memahami manfaat mental dan fisik terlibat dalam latihan ini?"
- "Bisakah Anda menarik dukungan dari anggota keluarga atau teman, dan mungkin tim, jadi Anda bisa terus melakukan latihan-latihan ini?"
- "Apakah ada yang telah menyusun jadwal?"

Dukungan Sosial

dukungan sosial dapat dianggap sebagai sesuatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya. Dari keadaan tersebut individu akan mengetahui bahwa orang lain memperhatikan, menghargai, dan mencintainya.

Dukungan sosial pada umumnya menggambarkan mengenai peranan atau pengaruh yang dapat ditimbulkan oleh orang lain yang berarti seperti anggota keluarga, teman, saudara, dan rekan kerja. Johnson and Johnson berpendapat bahwa dukungan sosial adalah pemberian bantuan seperti materi, emosi, dan informasi yang berpengaruh terhadap kesejahteraan manusia. Dukungan sosial juga dimaksudkan sebagai keberadaan dan kesediaan orang-orang yang berarti, yang dapat dipercaya untuk membantu, mendorong, menerima, dan menjaga individu.

Berdasarkan teori-teori diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa Dukungan Sosial adalah bentuk pertolongan yang dapat berupa materi, emosi, dan informasi yang diberikan oleh orang-orang yang memiliki arti seperti keluarga, sahabat, teman, saudara, rekan kerja ataupun atasan atau orang yang dicintai oleh individu yang bersangkutan. Bantuan atau pertolongan ini diberikan dengan tujuan individu yang mengalami masalah merasa diperhatikan, mendapat dukungan, dihargai dan dicintai.

Pertanyaan: Identifikasi dukungan sosial anda?

Kesimpulan Program: disimpulkan bersama-sama dengan leader

ROW DATA HASIL PENELITIAN

| no resp | jns kel | usia | pend | dom | kerja | jns krj | gaji | lama tx | Stat TB |
|---------|---------|------|------|-----|-------|---------|------|---------|---------|
| 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 2 |
| 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 3 |
| 3 | 1 | 4 | 5 | 1 | 2 | 0 | 2 | 4 | 1 |
| 4 | 1 | 4 | 4 | 1 | 2 | 0 | 1 | 9 | 2 |
| 5 | 1 | 4 | 4 | 1 | 1 | 4 | 2 | 4 | 2 |
| 6 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 0 | 1 | 5 | 3 |
| 7 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 3 |
| 8 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | 0 | 2 | 3 | 3 |
| 9 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 5 | 3 |
| 10 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | 0 | 2 | 3 | 3 |
| 11 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 9 | 3 |
| 12 | 2 | 4 | 4 | 1 | 2 | 0 | 1 | 9 | 3 |
| 13 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 2 | 3 | 3 |
| 14 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 0 | 1 | 5 | 3 |
| 15 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 2 | 4 | 3 |
| 16 | 1 | 4 | 5 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 |
| 17 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 8 | 3 |
| 18 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 3 |
| 19 | 1 | 4 | 3 | 1 | 2 | 0 | 2 | 4 | 3 |
| 20 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 4 | 3 |
| 21 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 4 | 2 | 9 | 3 |

Keterangan :

Jenis Kelamin :

Laki-laki : 1

Perempuan : 2

Domisili

Surabaya : 1

Luar Sby : 2

Usia

20 - <30 : 1

30 - <40 : 2

40 - <50 : 3

50 - <60 : 4

>60 : 5

Status TB

Baru : 1

Kambuh : 2

Gagal : 3

Pendd

Tdk sekolah : 1

Lulus SD : 2

Lulus SMP : 3

Lulus SMA : 4

Lulus PT : 5

Kerja

Ya : 1

Tidak : 2

Lama Pengobatan

< 1 bln : 1

1 - < 2 bln : 2

2 - < 3 bln : 3

3 - < 4 bln : 4

4 - < 5 bln : 5

5 - < 6 bln : 6

6 - < 7 bln : 7

7 - < 8 bln : 8

8 - 9 bln : 9

Jenis Kerja

PNS : 1

Peg tetap : 2

Peg Kontra : 3

Swasta : 4

Wiraswast: : 5

Penghasilan

< 1 juta : 1

1 - <2 juta : 2

1 - <3 juta : 3

> 3 juta : 4

| No.Res | efek samping | | | | | | hal sbb stress | | | | | |
|--------|--------------|----------|------------|------|------|--------|----------------|-------------|-----------|----------|---------|-------|
| | pusing | mual/mun | nyeri otot | kaku | Jiwa | G3 THT | G3 klt | Lama p'obat | Efek obat | Sft peny | Duk klg | Lain2 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 5 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 7 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 9 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 10 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 11 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 12 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 13 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 14 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 15 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 16 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 17 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 18 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 19 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 20 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 21 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Keterangan**efek samping obat**

ya : 1

tidak : 0

Hal sbb stress

ya : 1

tidak : 0

| No Resp | Pre test | | | Post Test | | |
|---------|----------|-----|--------|-----------|-----|--------|
| | Penget | PL | Stress | Penget | PL | Stress |
| 1 | 66.7 | 6.4 | 36 | 80.0 | 7.5 | 23 |
| 2 | 93.4 | 7.5 | 23 | 93.4 | 7.6 | 18 |
| 3 | 80.0 | 5.6 | 44 | 93.4 | 6.4 | 36 |
| 4 | 100.0 | 7.6 | 18 | 100.0 | 7.8 | 18 |
| 5 | 66.7 | 7.8 | 10 | 80.0 | 7.5 | 19 |
| 6 | 73.3 | 6.0 | 46 | 80.0 | 6.4 | 44 |
| 7 | 80.0 | 7.6 | 35 | 80.0 | 7.8 | 23 |
| 8 | 73.3 | 5.4 | 30 | 80.0 | 6.4 | 23 |
| 9 | 73.3 | 6.4 | 45 | 80.0 | 7.5 | 35 |
| 10 | 93.4 | 6.6 | 10 | 100.0 | 7.5 | 10 |
| 11 | 60.0 | 7.9 | 27 | 73.4 | 7.9 | 23 |
| 12 | 46.7 | 6.3 | 15 | 66.7 | 7.5 | 10 |
| 13 | 80.0 | 4.5 | 19 | 93.4 | 6.3 | 10 |
| 14 | 80.0 | 5.5 | 24 | 93.4 | 7.5 | 18 |
| 15 | 73.3 | 6.5 | 44 | 80.0 | 6.4 | 23 |
| 16 | 73.3 | 5.5 | 46 | 66.7 | 5.5 | 46 |
| 17 | 66.7 | 7.6 | 23 | 73.3 | 6.4 | 18 |
| 18 | 53.3 | 6.0 | 42 | 46.7 | 6.4 | 38 |
| 19 | 66.7 | 5.0 | 52 | 66.7 | 5 | 49 |
| 20 | 53.3 | 5.5 | 44 | 46.7 | 5.5 | 42 |
| 21 | 80.0 | 7.5 | 24 | 93.4 | 7.5 | 10 |

Keterangan :

| TK Stress | Tingkat Pengetahuan | Perilaku |
|----------------|---------------------|-------------------|
| Normal 0 - 14 | B (76 - 100) : 3 | terpenuhi 6 - 8 |
| Ringan 15 - 18 | C (55 - < 76) : 2 | tdk terpenuhi < 6 |
| Sedang 19 - 25 | K (< 55) : 1 | |
| Berat 26 - 36 | | |
| Sgt Berat > 37 | | |

ROW DATA MC NEMAR

| No Resp | Peng Pre | PL Pre | Stres Pre | PengPost | PL Post | StresPost |
|---------|----------|--------|-----------|----------|---------|-----------|
| 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 5 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 6 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 8 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 9 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| 10 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 11 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 12 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 13 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 14 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 15 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 17 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 21 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |

Keterangan :**Pengetahuan**

1 : Baik
0 : Kurang

Perilaku

1 : Terpenuhi
0 : Tdk Terpenuhi

Stress

1 : Stres
0 : tdk Stres

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|--------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| PENGPRE * PENGPOST | 21 | 100.0% | 0 | .0% | 21 | 100.0% |

PENGPRE * PENGPOST Crosstabulation

Count

| | | PENGPOST | | Total |
|---------|---|----------|----|-------|
| | | 0 | 1 | |
| PENGPRE | 0 | 7 | 6 | 13 |
| | 1 | | 8 | 8 |
| Total | | 7 | 14 | 21 |

Chi-Square Tests

| | Value | Exact Sig. (2-sided) |
|------------------|-------|----------------------|
| McNemar Test | | .031 ^a |
| N of Valid Cases | 21 | |

a. Binomial distribution used.

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|----------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| PLPRE * PLPOST | 21 | 100.0% | 0 | .0% | 21 | 100.0% |

PLPRE * PLPOST Crosstabulation

Count

| | | PLPOST | | Total |
|-------|---|--------|----|-------|
| | | 0 | 1 | |
| PLPRE | 0 | 8 | 4 | 12 |
| | 1 | 2 | 7 | 9 |
| Total | | 10 | 11 | 21 |

Chi-Square Tests

| | Value | Exact Sig. (2-sided) |
|------------------|-------|----------------------|
| McNemar Test | | .687 ^a |
| N of Valid Cases | 21 | |

a. Binomial distribution used.

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|---------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| STRESPRE * STRESPOS | 21 | 100.0% | 0 | .0% | 21 | 100.0% |

STRESPRE * STRESPOS Crosstabulation

Count

| | STRESPOS | | Total |
|------------|----------|----|-------|
| | 0 | 1 | |
| STRESPRE 0 | 3 | 1 | 4 |
| 1 | 5 | 12 | 17 |
| Total | 8 | 13 | 21 |

Chi-Square Tests

| | Value | Exact Sig. (2-sided) |
|------------------|-------|----------------------|
| McNemar Test | | .219 ^a |
| N of Valid Cases | 21 | |

a. Binomial distribution used.



Surabaya, 15 Juli 2010

Nomor : 122 /H3.1.12/PPd/2010
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKP Unair**

Kepada Yth.
Direktur RSUD Dr. Soetomo
di –
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Dhian Satya Rachmawati, S.Kep.Ns
NIM : 090810585 M
Judul Penelitian : Pengaruh Cognitive Behavioural Stress Management (CBSM) terhadap perubahan kognitif , perilaku dan stress Pada pasien tuberculosis MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya
Tempat : RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.



s/n. Dekan

Wakil Dekan I

Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes

NIP. 197806062001122001

Tembusan:

1. Kepala Litbang RSUD Dr. Soetomo Surabaya

PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DOKTER SOETOMO
STAF MEDIK FUNGSIONAL PARU
JL. MAYJEN PROF.DR. MOESTOPO 6-8 TILP.5501656
SURABAYA

NOTA DINAS

Kepada Yth. : Kepala Bidang Litbang
Dari : Ketua SMF Paru.
Tanggal : 6 Agustus 2010
Nomor : 26/301.10/VIII/2010
Sifat : Penting.
Lampiran : -
Perihal : Ijin penelitian & Pembimbing klinis.

Menunjuk surat Saudara nomor : 070/697/301.4.2/Litb/VII/2010 tanggal 27 Juli 2010 perihal tersebut pada pokok surat, maka kami tidak keberatan Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Unair atas nama :

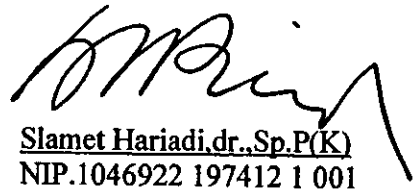
Dhian Satya Rachmawati,S.Kep.,NS

Melakukan penelitian di unit kerja SMF Paru serta mendapatkan (membuka) catatan medik penderita dalam rangka persyaratan tugas akhir kuliah yang bersangkutan dan sebagai pembimbing klinisnya kami menugaskan Staf kami yang bernama Sударsono,dr.Sp.P(K).

Untuk itu harap mahasiswa yang bersangkutan segera menghubungi pembimbing tersebut..

Demikian atas perhatian serta kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

Ketua SMF Paru


Slamet Hariadi,dr.,Sp.P(K)
NIP.1046922 197412 1 001

Tembusan Yth.

1. Sudarsono,dr.Sp.P(K).
2. Pertinggal.

PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8, Telp. 5501164
SURABAYA 60286

179

Surabaya,

Nomor : 110/113/Komitlitkes/IX/2010 Kepada Yth :
Sifat : Dhan Satya Rachmawati, S.Kep, Ns
Lampiran : 1 (Satu) Lampiran Magister Keperawatan
Perihal : Undangan Presentasi & Universitas Airlangga
Tatap muka Surabaya


Menunjuk surat dari Wakil Dekan I Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Nomor : 122/H3.1.12/PPd/2010 Tanggal 15 Juli 2010 perihal permohonan ijin penelitian a.n Dhan Satya Rachmawati, S.Kep, Ns dengan judul :

“ Pengaruh Cognitive Behavioural Stress Management (CBSM) Terhadap Perubahan Kognitif, Perilaku dan Stress Pada Pasien Tuberkulosis MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya ”

Dengan ini kami mengharapkan kehadiran saudara untuk mempresentasikan proposal penelitian saudara yang akan dilaksanakan pada :

Hari/Tanggal : Kamis, 16 September 2010
Pukul : 11.00 - Selesai
Tempat : Ruang Sidang PPRM
Pimpinan Rapat : Prof. Dr. David Perdanakusuma, dr., Sp.BP (K)
Sekretaris Rapat : Dr. Anang Endaryanto, dr., Sp.A (K)

Atas perhatian dan kehadiran saudara kami sampaikan terima kasih.

a.n Ketua Komite Etik Penelitian Kesehatan
Sekretaris II Komite Etik,

Dr. Cita Rosita, dr., Sp.KK (K)
NIP. 140-335 263



**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA**

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
(" ETHICAL CLEARANCE ")**

124 / Panke. KKE / IX / 2010

No.....

KOMITE KELAIKAN ETIK RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA TELAH MEMPELAJARI
SECARA SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, MAKA
DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN JUDUL :

**"Pengaruh Cognitive Behavioural Stress Management (CBSM) Terhadap
Perubahan Kognitif, Perilaku dan Stres Pada Pasien Tuberkulosis MDR
di RSUD Dr. Soetomo"**

PENELITI UTAMA : Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns

UNIT / LEMBAGA / TEMPAT PENELITIAN : RSUD Dr. Soetomo

DINYATAKAN LAIK ETIK



SURABAYA, 22 September 2010

KETUA

(Prof. Haji Sukanto, dr., Sp.KK (K))

NIP. 19471115 1973 03 1 001