

TESIS

PENGARUH *HEALTH COACHING* BERBASIS *HEALTH BELIEF MODEL* TERHADAP PENINGKATAN *SELF EFFICACY* DAN KEPATUHAN MINUM OBAT PADA PASIEN TB PARU DI BBKPM MAKASSAR



**A. SRI ULFI NOFRIATI
C012171022**

**PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**



Optimized using
trial version
www.balesio.com

TESIS

PENGARUH *HEALTH COACHING* BERBASIS *HEALTH BELIEF* *MODEL* TERHADAP PENINGKATAN *SELF-EFFICACY* DAN KEPATUHAN MINUM OBAT PADA PASIEN TB PARU DI BBKPM MAKASSAR

Disusun dan diajukan oleh

A. SRI ULFI NOFRIATI
Nomor Pokok: C012171022

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal **08 Oktober 2020**
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,


Kusri S. Kadar, S.Kp.,MN.,Ph.D.
Ketua


Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si.
Anggota

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,


y L. Sjattar, S.Kp, M.Kes

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,


Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si.



TESIS

**PENGARUH *HEALTH COACHING* BERBASIS *HEALTH BELIEF*
MODEL TERHADAP PENINGKATAN *SELF-EFFICACY* DAN
KEPATUHAN MINUM OBAT PADA
PASIEN TB PARU DI BBKPM MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

**A. SRI ULFI NOFRIATI
C012171022**

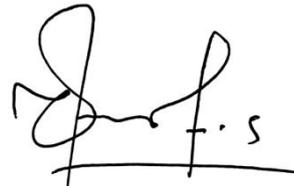
Telah diperiksa dan disetujui oleh:

Pembimbing I



Kusrini S. Kadar, S.Kep.,MN.,Ph.D

Pembimbing II



Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Kes.

Mengetahui;
Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan



Dr. Elly L. Siattar, S.Kep.,M.Kes.
NIP. 19740422 199903 2 002



PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : A. Sri Ulfi Nofriati

NIM : C012171022

Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan

Fakultas : Ilmu Keperawatan

Judul : Pengaruh *Health Coaching* Berbasis *Health Belief Model* terhadap Peningkatan *Self-efficacy* dan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien TB Paru di BBKPM Makassar

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis saya ini asli hasil pemikiran sendiri dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Unhas dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Hasanuddin.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, Oktober 2020

Yang menyatakan,

A. Sri Ulfi Nofriati



KATA PENGANTAR

Puji syukur yang tidak terhingga penulis panjatkan kehadiran Allah Subhanahu Wa Ta'ala yang telah melimpahkan rahmat, anugerah, dan karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “**Pengaruh *Health Coaching* Berbasis *Health Belief Model* terhadap Peningkatan *Self-efficacy* dan Kepatuhan Mimium Obat Pada Pasien TB Paru**”.

Penyusunan tesis ini dapat terselesaikan dengan baik berkat bantuan dari berbagai pihak. Penghargaan dan ucapan terimakasih yang tinggi penulis haturkan kepada Ibu **Kusrini S. Kadar, S.Kep., MN., Ph.D** selaku pembimbing I dan Ibu **Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Kes.** selaku pembimbing II atas segala bimbingan dan arahan yang selama ini telah diberikan kepada penulis dari awal hingga akhir penulisan tesis ini. Penulis juga mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. Rektor Universitas Hasanuddin Makassar **Prof. Dr. Dwia A. Tina Pulubuhu, MA.**
2. **Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Kes** selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. **Dr.Elly L. Sjattar, S.Kp.,M.Kes** selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan FIK Universitas Hasanuddin.
4. Segenap dosen pengajar Program Studi Magister Ilmu Keperawatan atas segala ilmu yang dicurahkan.
5. Teman-teman “**PSMIK Angkatan VIII**” Manajemen Keperawatan atas persaudaraan, kerjasama, motivasi, serta dukungannya.

Secara khusus tesis ini saya persembahkan kepada kedua orang tua saya tercinta Ayahanda **Andi Makmur, S.Pd** dan Ibunda **Andi Naummun, S.Pd.** Terima kasih yang tak terhingga atas segala doa, pengorbanan, kesabaran, dukungan dan semangat yang tak henti-hentinya diberikan hingga penulis dapat aikan studi ini.

nya, dengan menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, saran & dengan senang hati penulis terima demi penyempurnaan tesis ini dan i dimasa yang akan datang. Semoga Allah Subhanahu Wa Ta'ala



senantiasa melimpahkan rahmatNya kepada kita semua dan apa yang disajikan dalam tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Aamiin Ya Rabbal Aalamin.

Makassar, Agustus 2020

Penulis

(A. Sri Ulfi Nofriati)



Optimized using
trial version
www.balesio.com

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Pertanyaan Originalitas	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Alogaritma Pencarian	9
B. Tinjauan Literatur	10
1. Tinjauan Teori TB Paru	10
2. Perkemabangan TB di Dunia	12
3. Perkembangan TB di Indonesia	13
4. Strategi Pengendalian TB Paru	14
5. Faktor Ketidakpatuhan Pengobatan OAT	19
6. Instrumen Mengukur Kepatuhan Pengobatan	21
7. Konsep <i>Health Belief Model</i> (HBM)	23
8. Konsep Intervensi <i>Health Coaching</i>	39
C. Kerangka Teori	54



BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
A. Kerangka Konsep Penelitian	57
B. Variabel Penelitian	58
C. Definisi Operasional	58
D. Hipotesis Penelitian	59
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	60
B. Tempat dan Waktu Penelitian	60
C. Populasi dan Sampel	61
D. Teknik Sampling	61
E. Instrumen, Metode, dan Prosedur Pengumpulan Data	62
F. Pengolahan Data	67
G. Analisis Data	68
H. Etika Penelitian	69
I. Alur Penelitian	71
BAB V HASIL PENELITIAN	
A. Hasil Penelitian Analisis Data Kuantitatif	72
1. Karakteristik Demografi Responden.....	72
2. Hubungan Karakteristik Demografi Responden dengan Tingkat <i>Self-Efficacy</i> Sebelum dan Setelah <i>Health Coaching</i>	74
3. Hubungan Karakteristik Demografi Responden dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat.....	76
4. Pengaruh <i>Health Coaching</i> Berbasis <i>Health Belief Model</i> (HBM) terhadap <i>Self-Efficacy</i> pada Pasien TB Paru.....	79
5. Pengaruh <i>Health Coaching</i> Berbasis <i>Health Belief Model</i> (HBM) terhadap Kepatuhan Minum Obat pada Pasien TB Paru.....	80
6. Korelasi antara <i>Self-Efficacy</i> dan Kepatuhan Minum Obat TB Setelah Pemberian Intervensi <i>Health Coaching</i> Berbasis <i>Health Belief Model</i>	81
3. Hasil Analisis Data Kualitatif.....	82



BAB VI PEMBAHASAN

A. Hasil Diskusi....	92
.....	
1. Hubungan antara Karakteristik Demografi dengan <i>Self-efficacy</i> dan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien TB Paru.....	92
2. Pengaruh <i>Health Coaching</i> terhadap <i>Self-efficacy</i> pasien TB Paru.....	100
3. Pengaruh <i>Health Coaching</i> terhadap Kepatuhan Pengobatan pasien TB Paru.....	105
4. Hubungan antara <i>Self-Efficacy</i> dan Kepatuhan Minum Obat TB.....	109
5. Evaluasi Keberhasilan <i>Health Coaching</i>	114
6. Evaluasi <i>Health Belief Model</i> (HBM).....	129
B. Implikasi Penelitian.....	129
C. Keterbatasan Penelitian.....	130
BAB VII KESIMPULAN.....	

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



ABSTRACT

A.SRI ULFI NOFRIATI. *The Effect of Health Belief Model (HBM) based Health Coaching on Improvement of Self-Efficacy and Medication Adherence in Pulmonary Tuberculosis Patients* (supervised by Kusrini S. Kadar and Ariyanti Saleh).

The research aimed at investigating: the effect of HBM based *health coaching* on the improvement of the *self-efficacy* and medication adherence in the pulmonary tuberculosis patients, the relationship between the *self-efficacy* and medication adherence.

The research used the *quasi experimental one group pre and post design*. The research samples were 15 pulmonary tuberculosis patients. The questionnaire used to assess the *self-efficacy* was the *Medication Adherence Self-Efficacy Scale (MASES)* and to assess the medication adherence used the questionnaire of the *Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8)* The data analysis technique used to find out the effect of the *health coaching* on the *self-efficacy* and the medication adherence was *Wilcoxon* test and to find out the relationship of both variables, the *Spearman's rank* test was used.

The research result indicates that there is the difference of the *self-efficacy* before and after the *health coaching* with the *p* value of *0.001*, the medication adherence of *p* value of *0.001*. there is the relationship between the *self-efficacy* and the medication adherence with the *p* value of *0.000* and (*r*) *0.831* which means that they have the strong relationship. One of the efforts to improve the *self-efficacy* and the medication adherence is by providing the education namely HBM based the *health coaching* in the form of the partnership and try to explore the potential of the patients to find out the solutions for their health

Key words: *Health coaching, self-efficacy, obedience, Health Belief Model*



ABSTRAK

A. SRI ULFI NOFRIATI. *Pengaruh Health Coaching Berbasis Health Belief Model terhadap Peningkatan Self-efficacy dan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien TB Paru* (dibimbing oleh Kusri S. Kadar dan Ariyanti Saleh).

Penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh *health coaching* berbasis *health belief model* (HBM) terhadap peningkatan *self-efficacy* dan kepatuhan minum obat pada pasien TB paru serta hubungan antara *self-efficacy* dan kepatuhan minum obat.

Penelitian ini menggunakan metode *quasy experiment one group pre and post test design*. Sampel sebanyak lima belas pasien TB paru. Kuesioner yang digunakan untuk menilai *self-efficacy* adalah *medication adherence self-efficacy scale* (MASES) dan untuk menilai kepatuhan minum obat digunakan kuesioner *morisky medication adherence scale* (MMAS-8). Data dianalisis menggunakan uji Wilcoxon untuk mengetahui pengaruh *health coaching* terhadap *self-efficacy* dan kepatuhan minum obat, sedangkan untuk mengetahui hubungan kedua variabel tersebut digunakan uji rank Spearman.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan *self-efficacy* sebelum dan sesudah *health coaching* *p value* 0,001, kepatuhan minum obat *p value* 0,001, dan ada hubungan antara *self-efficacy* dan kepatuhan minum obat nilai *p value* 0,000 dan (*r*) 0,831 yang memiliki hubungan sangat kuat. Salah satu upaya untuk meningkatkan *self-efficacy* dan kepatuhan minum obat adalah dengan memberikan didikan kesehatan, yaitu *health coaching* berbasis HBM bersifat kemitraan dan berusaha menggali potensi yang dimiliki pasien untuk menemukan solusi kesehatannya.

Kata kunci: *health coaching*, *self-efficacy*, kepatuhan, HBM



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1	Pengelompokkan OAT 17
Tabel 2.2	Jenis, Sifat dan Dosis OAT Lini Pertama 17
Tabel 4.1	Rancangan Penelitian 59
Tabel 4.2	Uji Hipotesis 70
Tabel 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Data Sosiodemografi Pasien TB Paru di Wilayah Kerja BBKPM Makassar 73
Tabel 5.2	Hubungan Karakteristik Demografi dengan Tingkat <i>Self-efficacy</i> Sebelum <i>Health Coaching</i> 74
Tabel 5.3	Hubungan Karakteristik Demografi dengan Tingkat <i>Self-efficacy</i> Setelah <i>Health Coaching</i> 76
Tabel 5.4	Hubungan Karakteristik Demografi dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat Sebelum <i>Health Coaching</i> 77
Tabel 5.5	Hubungan Karakteristik Demografi dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat Setelah <i>Health Coachi</i> 78
Tabel 5.6	Distribusi Perbedaan Tingkat <i>Self-Efficacy</i> Pasien TB Sebelum dan Setelah <i>Health Coaching</i> Berbasis <i>Health Belief Model</i> 80
Tabel 5.7	Distribusi Perbedaan Tingkat Kepatuhan Minum Obat Pasien TB Sebelum dan Setelah <i>Health Coaching</i> Berbasis <i>Health Belief Model</i> 81
Tabel 5.8	Korelasi antara <i>Self-Efficacy</i> dan Kepatuhan Minum Obat TB Setelah Pemberian Intervensi <i>Health Coaching</i> Berbasis <i>Health Belief Model</i> 82



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 <i>Health Belief Model</i>	24
Gambar 2.2 Kerangka Teori	53
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	56
Gambar 4.1 Alur Penelitian	72



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Teknik Pencarian PICOT
- Lampiran 2 Algoritma Pencarian
- Lampiran 3 Tabel Sintesis Grid Artikel
- Lampiran 4 *Time Line* Penelitian
- Lampiran 5 *Informed Consent* Penelitian
- Lampiran 6 Kuesioner Data Demografi
- Lampiran 7 Kuesioner *MASES (Medication Adherence Self-Efficacy Scale)*
- Lampiran 8 Kuesioner *MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale-8)*
- Lampiran 9 *Health Coaching Session*
- Lampiran 10 *Leaflet* TB Paru
- Lampiran 11 Lembar *Action Planning*
- Lampiran 12 Lembar Kegiatan/Agenda *Coaching* Mingguan
- Lampiran 13 Lembar *Checklist Coach*
- Lampiran 14 Evaluasi Efektifitas *Coaching (Coachee)*
- Lampiran 15 Lembar Observasi Agenda *Coaching*
- Lampiran 16 Master Tabel
- Lampiran 17 Uji Statistik SPSS
- Lampiran 18 Surat Keterangan Selesai Penelitian
- Lampiran 19 Surat Izin Etik Penelitian



BAB I

PENDAHULUAN

Bab ini terdiri dari latar belakang, rumusan masalah, tujuan dan pentingnya penelitian serta pertanyaan originalitas.

A. LATAR BELAKANG

Tuberculosis (TB) merupakan penyakit menular melalui saluran udara yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis* dan termasuk salah satu dari sepuluh penyebab utama kematian di seluruh dunia. *Tuberculosis* masih menjadi masalah global dengan sekitar 90% dari kasus TB ditemukan di benua Asia, Afrika dan negara-negara berkembang yang berpenghasilan rendah dan menengah (WHO, 2018). Diperkirakan terdapat sekitar 10,4 juta kasus baru, 600.000 kasus yang resisten terhadap rifampisin, 490.000 kasus MDR-TB yang resisten terhadap beberapa jenis obat lainnya dan sekitar 1,7 juta orang meninggal akibat TB paru (WHO, 2017). Beberapa penelitian di dunia menunjukkan masih tingginya angka kejadian TB, bahkan Negara maju seperti Jepang masih memiliki angka kejadian TB paru yaitu sekitar 13,9% per 100.000 populasi pada tahun 2016 (Kawatsu et al., 2018).

Indonesia sendiri menempati urutan kedua tertinggi kasus TB di dunia setelah India dan di perkirakan sekitar 1 juta kasus TB pertahun atau 420.994 insiden per 100.000 populasi penduduk Indonesia (WHO, 2017). Di Indonesia kasus TB paru tertinggi berada di Wilayah Jawa Barat (19,42%), menyusul Jawa Tengah (13,10%), Jawa Timur (11,02%), DKI Jakarta (7,08), Sumatera Utara (6,30%), Banten (5,63%) dan Sulawesi Selatan yang menempati urutan ke 7 (4,58%) (Kemenkes RI, 2018). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2015 tercatat sekitar 12.625 kasus TB per kabupaten/kota (Dinkes Provinsi Sulawesi Selatan, 2015). Data laporan dari Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) Dinas Kesehatan Kota Makassar, angka penemuan kasus baru/*Case Detection Rate* (CDR) TB Paru BTA (+) di Puskesmas dan Rumah Sakit tahun 2016 yaitu 78,97%, lalu run pada tahun 2017 dengan angka 47,39%, namun meningkat kembali un 2018 yaitu sebesar 73,2%. Sedangkan proporsi kasus baru TB BTA menurut jenis kelamin, proporsi kejadian TB pada laki-laki lebih sedikit



tinggi yaitu 59% dibandingkan perempuan 41% (Dinkes Provinsi Sulawesi Selatan, 2018). Untuk angka kasus TB RO (Resisten Obat) pada tahun 2016 mencapai 71%, lalu menurun di tahun 2017 menjadi 59% dan tahun 2018 51% (Kemenkes RI, 2018).

Dalam upaya pengendalian TB secara global, WHO telah menerapkan program *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS) yang telah dicanangkan sejak tahun 1994 hingga saat ini (Muture et al., 2011). DOTS merupakan strategi dalam penatalaksanaan TB yang menekankan pentingnya pengawasan secara langsung oleh Pengawas Minum Obat (PMO) untuk memastikan pasien menyelesaikan pengobatan sesuai dengan ketentuan hingga dinyatakan sembuh (Muture et al., 2011). Program DOTS telah banyak diterapkan di berbagai negara berkembang dan terbukti efektif dalam pengendalian TB dengan tingkat keberhasilan 78% (Jahnavi & Sreenivasulu, 2018). Adapun standar keberhasilan pengobatan TB yang ditetapkan WHO secara global adalah sebesar 85% dan standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI tidak jauh berbeda yaitu sebesar 87% (Kemenkes RI, 2015). Menurut laporan Ditjen P2P Kemenkes RI (2018), angka keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus yaitu 85,8% pada tahun 2015, 85,0% tahun 2016 dan 85,1% tahun 2017. Sedangkan, hasil pengobatan TB di semua kasus tahun 2017 yaitu *loss to follow-up* 5,4%, gagal 0,4%, meninggal, 2,5%, pengobatan lengkap 43,1%, pindah, 4,0%, tidak dievaluasi 2,7% dan yang sembuh 42,0%. Sedangkan di kota Makassar angka keberhasilan pengobatan TB sebesar 90,5% (Kemenkes RI, 2018).

Namun, terlepas dari data tersebut masih ada beberapa kegagalan dari program DOTS yang menunjukkan ketidakpatuhan pasien dalam menjalani pengobatannya, sehingga masih perlu dilakukan modifikasi untuk lebih meningkatkan relevansi dari program tersebut (Otu, 2013). Data dari Kemenkes RI (2018), melaporkan beberapa penyebab dan alasan tingginya angka ketidakpatuhan pengobatan pasien TB baik *lost to follow-up* maupun

berobat antara lain karena efek samping obat (26%), tidak percaya pada pengobatan medis (6%), belum terlacak (24%), faktor social ekonomi (7%), dan tidak ditemukan (13%), tidak diketahui keberadaannya (21%), dan k



arena alasan lain (3%). Penelitian menunjukkan bahwa ada banyak faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan pasien dalam menjalani pengobatan TB, misalnya: kurangnya pengetahuan tentang TB secara umum, kehilangan pekerjaan, kesulitan ekonomi, kurangnya akses ke layanan kesehatan, stigma masyarakat, efek samping pengobatan, masa pengobatan yang lama, kurang nafsu makan dan komunikasi yang buruk dengan penyedia layanan kesehatan (Gebreweld et al., 2018). Selain itu, ketidakpatuhan dalam pengobatan TB juga disebabkan oleh *self-efficacy* pasien yang rendah (Tola et al., 2016). Hal ini disebabkan karena penyakit TB paru membutuhkan perawatan dan masa pengobatan yang panjang dan lama sehingga menyebabkan berkurangnya tingkat kepercayaan diri pasien (*self-efficacy*) untuk bisa menyelesaikan pengobatannya (Ambaw, Mayston, Hanlon, & Alem, 2015). Berdasarkan penelitian bahwa rata-rata *self-efficacy* yang dimiliki pasien TB di Indonesia dalam kategori rendah yaitu 66,2% (Sugiarto et al., 2018). Penelitian yang dilakukan oleh Zainal et al. (2018) di Makassar menemukan bahwa beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan TB adalah karakteristik individu, persepsi penderita, komunikasi kesehatan, peran kader dan dukungan sosial. Akan tetapi dari semua faktor tersebut hanya persepsi penderita mengenai penyakit TB yang diukur melalui indikator hambatan yang dirasakan dan *self-efficacy* yang memiliki pengaruh nyata terhadap tingkat kepatuhan pengobatan pasien TB.

Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM) Makassar merupakan Unit Pelayanan Teknis Kementerian Kesehatan RI yang spesifik memberikan pelayanan kesehatan paru, promosi dan pemberdayaan masyarakat. Menurut data di BBKPM Makassar tahun 2017-2019 jumlah rata-rata pasien TB paru yang berkunjung adalah sebesar ± 200 orang. Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat, diketahui bahwa masih ada beberapa kendala terkait pelaksanaan dari program pengobatan TB sehingga menimbulkan ketidakpatuhan pasien diantaranya terkait efek samping dari obat yang diberikan oleh pasien, jarak dari rumah pasien dengan BBKPM, pasien sudah merasa lebih baik lalu menghentikan pengobatannya dan faktor ekonomi.



Salah satu cara yang paling penting dalam menjamin keberhasilan pengobatan TB adalah dengan meningkatkan kepatuhan pasien untuk dapat mencegah infeksi penyakit, mencapai kesembuhan, mencegah resistensi obat, kekambuhan hingga kematian (Gebreweld et al., 2018). *Self-efficacy* dan kepatuhan minum obat merupakan dua dari beberapa faktor yang dapat mendukung program pengendalian *tuberculosis* (TB paru). Salah satu cara untuk meningkatkan *self-efficacy* (efikasi diri), kepatuhan pengobatan dan mengedukasi pasien adalah dengan memberikan *health coaching* (Hogden et al., 2012). *Health coaching* merupakan suatu program yang sering digunakan dalam *self-management* pada penyakit-penyakit kronis yang mampu membantu pasien mendapatkan pengetahuan, keterampilan, alat dan kepercayaan diri untuk menjadi peserta aktif dalam perawatan mereka sehingga dapat menjangkau tujuan kesehatan yang mereka identifikasi sendiri (Bennet, 2010; Hogden et al., 2012). Namun, *health coaching* berbeda dengan *health education* atau pendekatan tradisional yang cenderung hanya mengarahkan informasi pada pasien dan meminta untuk melakukan hal-hal sesuai arahan dari *health educator*, sedangkan *health coaching* bersifat kemitraan dan berusaha menggali potensi yang dimiliki pasien untuk menemukan solusi dalam kesehatannya. (*Health Education East of England*, 2014).

Beberapa penelitian telah menunjukkan efektifitas penggunaan metode *health coaching* terhadap peningkatan *self-efficacy* dan kepatuhan minum obat, salah satu diantaranya adalah penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat menunjukkan bahwa *health coaching* secara signifikan mampu meningkatkan *self-efficacy* dan kepatuhan pengobatan OAT (Obat Anti Tuberculosis) pada 6 dan 12 bulan setelah intervensi pada pasien TB laten (Hovell et al., 2003). Selain itu, penelitian Wolever & Dreusicke (2016) juga menunjukkan bahwa intervensi *health coaching* dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan, menumbuhkan *self-efficacy* dan secara objektif

mpak pada penurunan HbA1c pada pasien diabetes. Penelitian lain menunjukkan adanya perubahan dalam kepatuhan pengobatan yang ditandai dengan penurunan tekanan darah diastolik secara longitudinal pada pasien



hipertensi (Wu et al., 2018). Sedangkan studi *systematic review* menjelaskan bahwa pemberian *health coaching* selama >6 bulan dapat secara signifikan menurunkan kadar HbA1c dibanding pemberian *health coaching* dengan waktu ≤6 (Sherifali, Viscardi, Bai, & Ali, 2016). Penelitian lain juga membuktikan bahwa *health coaching* yang dilakukan oleh perawat dapat membantu pasien diabetes tipe 2 dalam meningkatkan efikasi diri dan pengelolaan manajemen diri pasien (Miyamoto, Dharmar, & Fazio, 2018).

Pada penelitian ini digunakan intervensi *health coaching* berbasis *Health Belief Model* (HBM) karena merupakan salah satu kerangka kerja konseptual yang paling dikenal luas dalam perubahan perilaku pada individu, dan menciptakan perilaku gaya hidup sehat, sedangkan kaitannya dengan *health coaching* sendiri karena kemampuannya untuk mampu mengatasi beberapa perilaku tidak sehat, memberi motivasi dan memberdayakan pasien untuk mencapai tujuannya dalam meningkatkan kesehatannya. Ini bermakna bahwa teori dibangun untuk menjelaskan perilaku individu dan oleh karena itu mampu diubah dengan menggunakan intervensi khusus (Klein, Mogles, & Wissen, 2013; Romano & Scott, 2014). Teori HBM ini mencakup enam aspek yaitu *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived barriers*, *perceived benefits*, *self-efficacy* dan *cues to action* (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008). HBM dijadikan sebagai kerangka teori dalam penelitian ini karena merupakan salah satu model pendidikan kesehatan yang paling efektif terutama berfokus pada pencegahan penyakit, perubahan perilaku dan untuk menentukan hubungan antara keyakinan dan perilaku kesehatan termasuk juga terkait dengan kepatuhan pengobatan (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008; Shabibi et al., 2017). Teori HBM ini efektif digunakan sebagai prinsip pedoman dalam menentukan faktor terkait kepatuhan pengobatan pada pasien TB (Tola et al., 2016). Keenam domain dari teori HBM diklaim secara signifikan dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan pada pasien (Shameena, Badiger, & Kumar, 2017). Sebuah penelitian di Ethiopia juga menunjukkan

bahwa penggunaan teori HBM juga mampu meningkatkan kepatuhan pengobatan pada pasien *tuberculosis* (Tola, Karimi, & Yekaninejad, 2017). hasil pencarian literatur, penelitian yang sudah dilakukan terkait *health*



coaching banyak dilakukan pada pasien diabetes, PPOK, *asthma* dan hipertensi (Margolius et al., 2012; Thom et al., 2015; Rasulnia et al., 2018; Tuluce & Kutluturkan, 2018).

Meskipun penelitian terhadap efektifitas *health coaching* telah banyak dilakukan, namun pada kenyataannya masih terbatas penelitian yang melihat pengaruh *health coaching* terhadap peningkatan *self-efficacy* dan kepatuhan minum obat khusus pada pasien TB paru yang diaplikasikan menggunakan pendekatan teori HBM. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melihat pengaruh *health coaching* berbasis *health belief model* (HPM) terhadap peningkatan *self-efficacy* dan kepatuhan minum obat pada pasien TB paru.

B. RUMUSAN MASALAH

TB paru merupakan penyakit yang dapat disembuhkan, namun dibutuhkan kepatuhan pasien dalam menjalani terapi obat anti-TB paru secara rutin. Total waktu penyembuhan TB membutuhkan waktu 6 bulan perawatan tanpa putus obat (Salifu, Eliason, & Mensah, 2018). Pengobatan yang tidak lengkap dapat menyebabkan penularan TB yang berkepanjangan, meningkatkan resiko pengembangan TB paru yang resisten terhadap obat serta mortalitas yang lebih tinggi pula (Gube et al., 2018).

Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat, masih ada beberapa kendala terkait kepatuhan minum obat pada pasien TB yang berobat di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM) Makassar. Beberapa kendala tersebut antara lain efek samping dari obat yang dirasakan oleh pasien, jarak dari rumah pasien dengan BBKPM, pasien sudah merasa lebih baik setelah beberapa bulan meminum obat sehingga memilih untuk menghentikan pengobatannya dan faktor ekonomi. Selain itu masih edukasi kesehatan yang efektif pada pasien. Selama ini, perawat hanya memberikan edukasi biasa pada pasien pada saat pasien akan memulai pengobatannya, namun tidak terjadwal/terprogram dengan baik dan tidak ada *follow-up* atau tindak lanjut sampai sejauh mana pemahaman pasien tentang masalah kesehatannya. Ini

nya berdampak pada kurangnya kepercayaan diri (efikasi diri) pasien yang tidak bisa menyelesaikan pengobatannya dan akan berpengaruh pula pada kepatuhan pengobatan. Pasien TB yang menunjukkan ketidakpatuhan



dalam pengobatan selama periode waktu tertentu memiliki resiko tinggi resisten terhadap obat yang kemudian dapat mengancam jiwa pasien itu sendiri (Seebregts, 2016).

Oleh karena itu, dibutuhkan cara untuk bisa meningkatkan *self-efficacy* pasien dan kepatuhan dalam pengobatan, salah satunya adalah melalui intervensi *health coaching* (Lawson, Jonk, Riise, Eisenberg, & Kreitzer, 2013). Penelitian ini akan menggunakan intervensi *health coaching* berbasis *health belief model*, karena berperan dalam meningkatkan pengetahuan, kesadaran, perubahan perilaku dan mendorong kepatuhan terhadap pengobatan pada pasien TB (WHO, 2015). Sehingga, hal ini menimbulkan pertanyaan apakah ada pengaruh *health coaching* berbasis *health belief model* terhadap peningkatan *self-efficacy* dan kepatuhan minum obat pasien TB paru?

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh *health coaching* berbasis *health belief model* terhadap peningkatan *self-efficacy* dan kepatuhan minum obat pada pasien TB paru

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui pengaruh *health coaching* berbasis *health belief model* terhadap peningkatan *self-efficacy*
- b. Mengetahui pengaruh *health coaching* berbasis *health belief model* terhadap kepatuhan minum obat pada pasien TB paru
- c. Mengetahui hubungan antara *self-efficacy* dan kepatuhan minum obat

D. PERNYATAAN ORIGINALITAS

Ada beberapa penelitian terkait penerapan *health coaching*, diantaranya penelitian yang dilakukan di Turki, di mana penelitian ini menunjukkan bahwa penerapan intervensi *health coaching* yang dilakukan oleh perawat dapat direkomendasikan karena memberikan kontribusi yang positif dalam

meningkatkan kepatuhan pengobatan, *self-efficacy* dan kualitas hidup pada pasien penyakit obstruksi paru kronis (Tuluca & Kutluturkan, 2018). Selain penelitian yang dilakukan oleh Thom et al. (2015) menunjukkan bahwa



health coaching yang diberikan oleh asisten medis secara signifikan dapat meningkatkan kesesuaian obat dan kepatuhan pengobatan pada pasien dengan Diabetes, Hipertensi dan atau *Hyperlipidemia*. Penelitian lain berupa studi kuantitatif untuk membandingkan antara *Health Education* (HE) dengan *Health Coaching* (HC) menunjukkan bahwa *Health Coaching* lebih efektif dalam meningkatkan manajemen diri dan mengurangi HbA1c dibanding penerapan *Health Education* pada pasien diabetes tipe 2 (Cinar & Schou, 2014).

Memang sudah ada beberapa penelitian tentang penerapan *health coaching*, namun masih terbatas publikasi penelitian yang melihat pengaruh *health coaching* secara khusus pada pasien TB paru terutama dikaitkan dengan peningkatan *self-efficacy* dan kepatuhan pengobatan. Di antara penelitian tersebut terdapat sebuah studi yang dilakukan oleh Hovell et al. (2003) di Amerika Serikat dengan hasil bahwa ada pengaruh intervensi *coaching* terhadap kepatuhan pengobatan namun pada remaja yang terinfeksi TB laten dan bukan TB positif. Sedangkan di Indonesia sendiri, terdapat 2 penelitian sejenis yang telah terpublikasi yaitu, penelitian yang dilakukan oleh Sitanggang (2017) yang menunjukkan adanya pengaruh *health coaching* terhadap peningkatan efikasi diri dan pencegahan penularan pada pasien TB paru serta penelitian yang dilakukan oleh Prasetyo et al. (2018) untuk melihat pengaruh program *coaching* yang diberikan pada PMO (Pengawas Minum Obat) untuk memantau pasien TB dalam menyelesaikan rejimen pengobatannya.

Oleh karena itu, originalitas dari penelitian ini adalah ingin melihat pengaruh *health coaching* berbasis *health belief model* terhadap *self-efficacy* dan kepatuhan minum obat pada pasien TB paru.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini, diuraikan tinjauan tentang algoritma pencarian, tinjauan literatur (tinjauan teori TB paru, perkembangan TB secara global, perkembangan TB di Indonesia, strategi dalam pengendalian TB paru, faktor ketidakpatuhan pengobatan TB paru, instrument mengukur kepatuhan pengobatan, konsep *Health Belief Model* (HBM), konsep *Health Coaching* dan kerangka teori

A. Algoritma Penelitian

Terdapat beberapa artikel ilmiah yang digunakan pada tinjauan pustaka ini. Adapun artikel ilmiah yang digunakan adalah artikel yang didapatkan melalui pencarian di *database Google Scholar*, *Wiley*, *Pubmed* dan pencarian sekunder. Pada pencarian melalui *Google Scholar* dengan memasukkan *keyword* (“*Health Coaching*”) AND (“*Self Efficacy*”) dan dilakukan filter 5 tahun terakhir, didapatkan 1.570 artikel. Namun ketika memasukkan *keyword* (“*Health Coaching*”) AND (“*Self Efficacy*”) AND (“*Tuberculosis Medication Adherence*”) didapatkan sejumlah 168 artikel. Pada teknik pencarian di *Wiley* dengan memasukkan *keyword* “*Health coaching for compliance with TB treatment*” didapatkan diperoleh 618 artikel.

Pada pencarian melalui *database Pubmed* di kolom *Advanced Search* dengan memasukkan *keyword* (*patient* OR *patients* OR *tuberculosis patients*) AND (*Health Coaching* OR *Health Coach* OR *Coaching* OR *Health Coaches* OR *Health Belief Model*) AND (*Health education* OR *Conventional education*) AND (*Medication Adherence* OR *Treatment Adherence* OR *Treatment noncompliance*) didapatkan 20 artikel yang kemudian difilter menggunakan 5 tahun terakhir, didapatkan 11 artikel. Kemudian dilakukan lagi pencarian untuk variabel *self efficacy* dengan memasukkan *keyword* (*patient* OR *patients* OR *tuberculosis patients*) AND (*Health Coaching* OR *Health Coach* OR *Coaching* OR *Health Coaches* OR *Health Belief Model*) AND (*Health education* OR *Conventional education*) AND (*Increase in self-cy* OR *self efficacy*) didapatkan 32 artikel dan difilter 5 tahun terakhir akan 18 artikel.



B. Tinjauan Literatur

1. Tinjauan Teori TB Paru

a. Definisi

Tuberculosis (TB) merupakan penyakit menular yang saat ini masih menjadi penyebab kematian kedua setelah HIV/AIDS (WHO, 2017). *Tuberculosis* adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB yaitu *mycobacterium tuberculosis*. Kuman ini berbentuk batang dan bersifat tahan asam sehingga dikenal juga dengan Basil Tahan Asam (BTA). Sumber penularannya dari penderita TB paru BTA+ melalui saluran udara pada waktu batuk dan bersin dan menyebar dalam bentuk droplet (percikan dahak) dengan sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3.000 percikan dahak, sehingga paru-paru merupakan organ yang paling sering terkena oleh kuman ini (WHO, 2014).

Pasien TB paru dengan BTA- juga masih memiliki kemungkinan dapat menularkan kuman TB. Tingkat penularan dari TB paru BTA- adalah sekitar 65% pasien TB BTA- dengan hasil kultur positif adalah 26%, sedangkan pasien TB paru dengan hasil kultur negative dan foto thoraks positif adalah 17% (Kemenkes, 2014). Sebagian besar kuman TB menyerang paru-paru, tetapi dapat juga mengenai organ lainnya seperti kulit, tulang, persendian, selaput otak, usus serta ginjal yang biasa disebut dengan extrapulmonal TB. Penyebaran kuman TB yang menyerang ke jaringan lain tersebut melalui sistem peredaran darah dan juga limfe (Price & Wilson, 2013).

b. Diagnosis TB Paru

Diagnosis TB aktif diidentifikasi secara mikroskopis yang biasanya berdasarkan pada kultur dalam dahak yang dapat memakan waktu hingga 6 minggu dengan tes amplikasi asam nukleat (WHO, 2017). Menurut Depkes RI (2007) menyatakan bahwa diagnosis dari TB paru pada orang dewasa dapat ditegakkan dengan ditemukannya Basil Tahan Asam (BTA) pada pemeriksaan mikroskopis dahak pada pasien. Hasil dari pemeriksaan tersebut dinyatakan positif apabila



sedikitnya dua dari tiga spesimen sewaktu-pagi-sewaktu (SPS) BTA hasilnya positif. Apabila hanya satu spesimen yang positif maka harus dilakukan ulang pemeriksaan dahak SPS.

Diagnosis TB paru yang dini dan akurat harus ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan *rontgen* dada, mikroskopis dahak, biakan dalam media cair dan padat, amplikasi asam nukleat. Sedangkan tomografi komputer, pemeriksaan histopatologis sampel biopsi dan tes diagnostik molekuler baru dapat digunakan untuk diagnosis yang lebih awal dan lebih baik, terutama pada pasien dengan TB paru BTA- atau TB yang didiagnosis secara klinik dan TB yang resisten terhadap obat (Ryu, 2015). Menurut Kemenkes RI (2011), diagnosis TB paru yaitu semua suspek TB paru diperiksa 3 spesimen dahak dalam waktu 2 hari, yaitu sewaktu-pagi-sewaktu (SPS):

- 1) Sewaktu (S) : Dahak dikumpulkan pada saat suspek TB paru datang untuk melakukan kunjungan pertama kali. Pada saat pulang, suspek membawa pot dahak.
- 2) Pagi (P) : Dahak harus dikumpulkan di rumah pada pagi hari di hari kedua segera setelah bangun tidur.
- 3) Sewaktu (S) : Dahak pagi hari di hari kedua tersebut harus segera diserahkan/dikumpulkan sendiri pada petugas di pelayanan kesehatan.

Pada program tuberkulosis nasional, penemuan BTA melalui pemeriksaan dahak mikroskopis merupakan diagnosis utama. Pemeriksaan lainnya seperti *rotgen* (foto toraks), biakan dan uji kepekaan dapat digunakan sebagai penunjang diagnosis sepanjang sesuai dengan indikasinya. Tidak dibenarkan untuk mendiagnosis TB paru hanya dengan berdasarkan pada pemeriksaan foto toraks saja. Pemeriksaan foto toraks tidak selalu memberikan gambaran yang khas pada TB paru sehingga sering terjadi *overdiagnosis*. Jika hasil SPS positif, maka didiagnosis sebagai klien TB BTA+, namun jika hasil pemeriksaan SPS tetap negatif, maka dilakukan pemeriksaan foto *rontgen* dada, untuk mendukung diagnosis TB. Bila hasil *rontgen*



mendukung TB, didiagnosis sebagai pasien TB BTA- *rontgen* +. Bila hasil *rontgen* tidak mendukung maka pasien bukan TB paru. Selama masa pengobatan, pasien akan kembali dilakukan *follow-up* tes BTA di bulan kedua, bulan kelima dan bulan keenam (Kemenkes RI, 2009).

c. Faktor Penyebab

Sebagian besar penyakit TB paru dikaitkan dengan faktor kemiskinan, kondisi perumahan dan lingkungan yang buruk, kerawanan pangan, kesulitan keuangan, buta huruf, keadaan psikososial yang tidak menguntungkan dan secara bersamaan pula dapat mempengaruhi kapasitas orang yang sakit untuk mengakses layanan kesehatan (Nadjane et al., 2014). Sedangkan menurut Kemenkes (2014), beberapa faktor sosial dapat menyebabkan tingginya resiko TB paru di Indonesia misalnya: tingginya angka pengangguran, tingkat pendidikan dan pendapatan perkapita yang rendah, sanitasi lingkungan buruk serta perekonomian yang kurang memadai.

d. Tanda dan Gejala

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) tanda dan gejala TB paru yaitu demam 40-41°C, batuk/batuk darah, sesak nafas, nyeri dada, malaise, keringat malam, suara khas perkusi dada, bunyi dada, peningkatan sel darah putih dengan dominasi limfosit. Menurut WHO (2018), gejala umum dari TB paru aktif antara lain batuk berdarah disertai darah, nyeri dada, kelemahan fisik, penurunan berat badan, demam dan keringat malam. Batuk yang dialami penderita TB paru berlangsung hingga 2 minggu atau lebih namun pada pasien dengan HIV positif, batuk seringkali bukan merupakan gejala TB yang khas, sehingga gejala batuk yang dialami tidak harus 2 minggu atau lebih (Kemenkes, 2018).

2. Perkembangan TB di Dunia



TB paru merupakan salah satu penyakit menular yang terjadi di setiap bagian di dunia. Menurut data WHO beban TB paru tertinggi terjadi di negara-negara berkembang yang memiliki angka kemiskinan yang

tinggi, faktor sosial dan kesehatan yang rendah misalnya di Asia Tenggara dan Pasifik Barat dengan 62% kasus dan diikuti oleh wilayah Afrika dengan 25% kasus (WHO, 2018). Sedangkan angka terendah ditemukan terutama di negara-negara berpenghasilan tinggi termasuk sebagian besar Negara di Eropa Barat, Kanada, Amerika Serikat, Australia dan Selandia Baru dengan insiden kurang dari 10 juta kasus per 100.000 populasi. Secara gender, laki-laki memiliki peluang lebih besar terkena TB dibandingkan perempuan. Berdasarkan studi *systematic review* tahun 2016, laki-laki berpotensi 1,5 kali lebih tinggi terkena TB dibanding perempuan pada negara berpenghasilan rendah dan menengah (Horton, Macpherson, Houben, White, & Corbett, 2016).

Pada tahun 2017, sekitar 87% kasus TB baru terjadi di 30 negara dengan angka kejadian TB tertinggi. Delapan Negara penyumbang dua pertiga dari kasus TB yaitu diantaranya: India, Indonesia, Cina, Filipina, Pakistan, Nigeria, Bangladesh dan Afrika Selatan (WHO, 2018). Menurut data WHO 2017 diperkirakan sekitar 10,4 juta kasus TB atau 133 kasus per 100.000 penduduk, 600.000 kasus baru resisten terhadap rifampisin, 490.000 kasus MDR-TB yang resisten terhadap beberapa jenis obat lainnya dan sekitar 1,7 juta orang meninggal akibat TB paru. Pada tahun 2017, kejadian TB dan jumlah total kematian TB sedikit menurun di seluruh dunia. Namun, perkiraan WHO menunjukkan bahwa tingkat penurunan ini tidak cukup untuk memenuhi tonggak pencapaian bebas TB 2020. Pengurangan tahunan yang besar dalam kejadian TB dan jumlah kematian TB akan diperlukan untuk memenuhi tujuan pembangunan berkelanjutan oleh PBB dan target strategi akhir TB oleh WHO untuk tahun 2030 dan 2035 (WHO, 2018).

3. Perkembangan TB di Indonesia

Indonesia menempati urutan kedua tertinggi kasus TB di dunia setelah India dan di perkirakan sekitar 1 juta kasus TB pertahun atau 20.994 insiden per 100.000 populasi penduduk Indonesia per tahun WHO, 2017). Berdasarkan Survey Prevalensi Tuberkulosis tahun 2013 ngga 2014, jumlah kasus TB paru yang terkonfirmasi bakteriologis di



Indonesia di atas usia 15 tahun berkisar 759 per 100.000 penduduk dan kasus TB BTA+ sebesar 257 per 100.000 penduduk (Kemenkes, 2018). Berdasarkan dari laporan survey Riskesdas (2013) menjelaskan bahwa semakin bertambahnya usia maka prevalensi TB pun semakin bertambah, kemungkinan hal ini terjadi akibat reaktivasi dari kuman TB dan durasi paparan TB lebih rentan di usia tersebut (Kemenkes, 2018). Prevalensi kasus TB paru di Indonesia sendiri selama 10 tahun terakhir cenderung mengalami peningkatan yang signifikan hingga 2017 sebanyak 42,4%, begitupula kasus TB dengan HIV yang ternotifikasi meningkat 1,85% (Kemenkes, 2018). Dengan semakin meningkatnya jumlah penderita TB paru di Indonesia sehingga diperlukan perhatian khusus dari pemerintah untuk menanggulangi dan membuat rencana strategi dalam pengendalian TB paru.

4. Strategi dalam Pengendalian TB Paru

a. Program *Directly Observed Therapy Short-Course* (DOTS)

Sebagian besar keberhasilan dalam pengendalian *tuberculosis* secara global telah dikaitkan dengan strategi DOTS terutama pada negara-negara berkembang yang memiliki angka kejadian TB yang tinggi (WHO, 2017). WHO telah mencanangkan program *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS) sejak tahun 1994 hingga saat ini (Muture et al., 2011). Strategi DOTS memiliki lima komponen dasar yaitu: komitmen politik dan keuangan yang berkelanjutan, deteksi kasus melalui bakteriologi yang berkualitas, perawatan standar dengan pengawasan dan dukungan pasien, sistem manajemen dan persediaan obat yang efektif serta pemantauan dan evaluasi yang tepat (WHO, 2017). Telah banyak dilakukan penelitian terkait keefektifan dari program DOTS, diantaranya yaitu penelitian yang dilakukan di India dengan tingkat keberhasilan dari program DOTS sebesar 78%, namun masih ada celah sebanyak 22% sehingga masih perlu ditangani secara serius dalam melakukan pencegahan dan pengendalian kasus TB terutama yang resisten terhadap obat (MDR-TB) (Jahnavi & Sreenivasulu, 2018).



Di Indonesia sudah mulai mengimplementasikan program DOTS sejak tahun 1996 hingga saat ini. Program ini berfokus pada pemulihan pasien, mendeteksi kasus baru, merampingkan pengobatan dan menghindari penularan kepada orang lain termasuk infeksi subklinik (Kemenkes, 2014). Walaupun dalam program ini, pemerintah telah memberikan pengobatan secara gratis kepada pasien TB namun masih ada beberapa kendala dari program DOTS di Indonesia. Berdasarkan laporan Riset Kesehatan Dasar tahun 2010, program TB nasional menunjukkan tingkat keberhasilan yang masih rendah baik di tingkat rumah sakit maupun puskesmas dengan 17% yang sudah melakukan strategi DOTS secara optimal, 44% tingkat keberhasilan sedang dan 39% memiliki tingkat keberhasilan yang rendah (Prameswari, 2018). Menurut laporan Kemenkes (2014), ada beberapa faktor penyebab kegagalan dalam program TB Nasional misalnya: masih kurangnya komitmen dari pemberi pelayanan kesehatan, pengambil kebijakan, sistem pendanaan untuk operasional yang kurang maksimal, bahan serta sarana dan prasarana yang belum memadai serta belum memadainya tata laksana program pengendalian TB di fasyankes yang sesuai dengan Standar Pedoman Nasional dan ISTC (*International Standar for Tuberculosis Care*).

Di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM) Makassar tempat penelitian ini akan dilakukan, hingga saat ini masih menggunakan strategi DOTS dalam pengendalian TB paru. Selain itu, di BBKPM juga menggunakan strategi TOSS (Temukan Obati Sampai Sembuh) yang dicanangkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Namun, berdasarkan hasil wawancara dengan perawat masih ada beberapa kendala terkait keberhasilan program tersebut diantaranya terkait efek samping dari obat yang dirasakan oleh pasien, jarak dari rumah pasien dengan BBKPM, pasien sudah merasa lebih baik setelah beberapa bulan meminum obat sehingga memilih untuk menghentikan pengobatannya dan faktor ekonomi.



b. Penguatan Sistem Kesehatan

Menurut WHO, jika sistem kesehatan nasional berfungsi dengan baik maka mampu pula mengatasi penyebaran TB secara efektif. Pencegahan dan pengendalian TB merupakan hal yang kompleks dan memerlukan tindakan di semua bagian dari sistem kesehatan. Rencana pengendalian TB oleh WHO tahun 2016-2020 menekankan penguatan sistem kesehatan dalam enam arah strategi dan tiga pilar intervensi yaitu: perawatan dan pencegahan terpadu yang berpusat pada pasien, kebijakan yang berani dan sistem pendukung yang memadai serta penelitian yang inovatif dan intensif. Selain itu, juga harus lebih meningkatkan akses ke layanan kesehatan yang berkualitas dan program pengendalian TB harus secara aktif meningkatkan kebijakan di seluruh sistem, sumber daya manusia, sistem pembiayaan, manajemen, pemberian layanan dan sistem informasi (WHO, 2017).

c. Melakukan Pencegahan TB Paru

Menurut Kementerian Kesehatan RI, ada beberapa langkah dalam pencegahan TB, yaitu:

- 1) Untuk mencegah penularan TB paru ke orang lain, pasien harus menutup mulut saat batuk dan membuang dahak tidak disembarang tempat.
- 2) Bagi masyarakat umum, upaya pencegahan dari kuman TB paru dapat dilakukan dengan meningkatkan *antibody* yaitu dengan memberikan vaksin BCG sejak bayi.
- 3) Petugas kesehatan juga harus terlibat dalam pencegahan penularan TB paru dengan memfasilitasi masyarakat dengan memberi penyuluhan tentang TB meliputi, gejala, bahaya dan akibat yang ditimbulkan terhadap kehidupan masyarakat.
- 4) Melaksanakan desinfeksi seperti mencuci tangan, menjaga kebersihan rumah, menyediakan ventilasi udara dan sinar matahari yang cukup



d. Melakukan Pengobatan TB Paru

Pengobatan TB paru memiliki tujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap Obat Anti Tuberkulosis (OAT) (Kemenkes RI, 2011). Berdasarkan hasil uji *systematic review*, salah satu pengobatan tuberculosis adalah dengan pemberian *Isoniazid Prophylactic Therapy* (IPT) (Ayele, Mourik, Debray, & Marc, 2015). *Isoniazid Prophylactic Therapy* (IPT) telah lama digunakan untuk pengobatan dan pencegahan TB dan direkomendasikan oleh WHO terutama untuk pasien TB yang disertai dengan HIV (Briggs et al., 2019). Sebuah penelitian dilakukan untuk membandingkan antara 1 bulan *isoniazid* harian plus rifapentin dengan 9 bulan *isoniazid* harian saja dan hasil menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan antara rejimen 1 bulan dan 9 bulan baik pasien yang memiliki infeksi TB laten dan yang tidak memiliki infeksi laten. Namun, pengobatan jangka waktu pendek (1 bulan) memiliki tingkat efek samping yang lebih rendah (M. J. Saunders & Evans, 2019).

Brasil merupakan Negara pertama di dunia yang menerapkan rejimen 6 bulan dalam sistem perawatan kesehatan masyarakat dengan semua obat diberikan secara bebas dan gratis. Ada dua jenis obat anti-tuberculosis yang digunakan pada tahun 1940-an yaitu streptomisin dan asam para-aminosalisilat (Rabahi et al., 2017). Sedangkan menurut Kemenkes RI (2011) dalam pengobatan TB paru selalu meliputi pengobatan tahap awal dan tahap lanjutan, yaitu antara lain:

1) Tahap Awal (Intensif)

Pada tahap awal, pengobatan harus diberikan setiap hari. Tujuannya agar secara efektif dapat menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari sebagian kecil dari kuman yang mungkin sudah resisten sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan anti TB. Pada umumnya, dengan pengobatan secara rutin dan teratur tanpa adanya penyulit



daya penularan sudah sangat menurun setelah dilakukan pengobatan selama 2 minggu.

2) Tahap Lanjutan

Pengobatan pada tahap lanjutan ini sangat penting untuk membunuh sisa-sisa kuman yang masih ada dalam tubuh khususnya kuman persisten sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan.

Adapun penggolongan jenis Obat Anti Tuberkulosis menurut Kemenkes RI (2011), adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Pengelompokan OAT

Golongan dan Jenis	Obat	
Golongan-1 Obat Lini pertama	Isoniazid (H) Ethambutol	Pyrazinamide (Z) Rifampisin (R) Streptomycin (S)
Golongan-2/suntik lini kedua	Kanamycin (Km)	Amikacin (Am) Capreomycin (Cm)
Golongan dan Jenis	Obat	
Golongan-3/Golongan Floroquinolone	Ofloxacin (Ofx) Levofloxacin (Lfx)	Moxifloxacin (Mfx)
Golongan-4/Obat Bakteriostatik Lini Kedua	Ethionamide (Eto) Prothionamide (Pto) Cycloserine (Cs)	Para amino salisilat (PAS) Terizidone (Trd)
Golongan-5/Obat yang belum terbukti efikasinya dan tidak direkomendasikan oleh WHO	Clofazimine (Cfz) Linezolid (Lzd) Amoxilin-Clavulan (Amx-Clv)	Thioacetazone (Thz) Clarithromycin (Clr) Imipenem (Ipm).

Tabel 2.2 Jenis, Sifat dan Dosis OAT Lini Pertama

Jenis OAT	Sifat	Efek Samping
Isoniazid (H)	Bakterisid	Neuropati prefer, psikosis, toksik, gangguan fungsi hati
Rifampicin (R)	Bakterisid	Flu syndrome. Gangguan interstinal. Urine berwarna, gangguan fungsi hati, tromsositopenia, demam, sesak napas, anemia, hemolitik
Pyrazinamide (Z)	Bakterisid	Gangguan gastrointertinal, gangguan fungsi hati, gout artritis
Streptomycin (S)	Bakterisid	Nyeri ditempat suntikan, gangguan keseimbangan dan pendengaran, renjatan anfilaktik, anemia, agranulositosis, trombotopenia
Etambutol (E)	Bakteriostatik	Gangguan penglihatan, neuro perifer



5. Faktor Ketidakepatuhan Pengobatan OAT

Kepatuhan merupakan fenomena multidimensi yang memiliki lima faktor yang saling berhubungan satu sama lain yaitu faktor pasien, terapi, sistem kesehatan, lingkungan dan sosial ekonomi (WHO, 2015). Kepatuhan adalah sejauh mana perilaku seseorang dalam mengikuti program pengobatan, diet dan atau melaksanakan perubahan pola hidup yang lebih baik sesuai dengan rekomendasi dari penyedia pelayanan kesehatan (Gebremariam, Bjune, & Frich, 2010). Dalam pengobatan TB paru pasien yang patuh adalah yang menyelesaikan pengobatan secara teratur tanpa putus obat selama minimal 6 bulan sampai dengan 8 bulan, sedangkan pasien yang tidak patuh adalah pasien yang tidak melakukan pengobatan secara rutin dan frekuensi meminum obat tidak terlaksana sesuai dengan rencana pengobatan yang telah ditentukan sebelumnya (Kemenkes RI, 2014). Kepatuhan terhadap pengobatan TB sangat penting untuk dapat mencegah infeksi penyakit, mencapai kesembuhan dan menghindari kekambuhan, resistensi obat serta kematian. Berdasarkan penelitian, ketidakepatuhan terhadap pengobatan TB paru merupakan faktor utama dalam kegagalan pengobatan dan pengendalian TB secara global (Gebreweld et al., 2018).

Terdapat beberapa faktor yang berasal dari pasien yang menyebabkan tidak berjalannya secara optimal dari program DOTS sehingga menyebabkan ketidakepatuhan pasien dalam menjalani terapi pengobatan TB paru. Diantaranya, yaitu berdasarkan penelitian yang dilakukan di Afrika beberapa hambatan dalam kepatuhan pengobatan OAT yaitu kurangnya pengetahuan, kehilangan pendapatan, stigma masyarakat, kurangnya dukungan sosial, efek samping obat serta durasi pengobatan yang lama (Gebreweld et al., 2018). Faktor lain juga memiliki peran misalnya komunikasi yang buruk antara pasien dengan penyedia layanan kesehatan, jarak dengan fasilitas layanan kesehatan serta masih tingginya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pengobatan tradisional (Boru, himels, & Bilal, 2017). Berdasarkan penelitian, kebanyakan pasien yang kurang patuh terhadap pengobatan TB disebabkan karena kurangnya



pengetahuan dari pasien itu sendiri terutama terkait proses penularan dan konsekuensi atau dampak dari penghentian pengobatan (Ruru et al., 2018). Rata-rata pasien yang tidak patuh dan menghentikan pengobatannya terjadi pada fase lanjutan karena merasa sudah lebih baik setelah beberapa minggu menjalani terapi pengobatan, selain itu pasien merasa bosan karena waktu pengobatan di tahap lanjutan terlalu lama (Tola, Tol, & Shojaeizadeh, 2015). Penelitian yang dilakukan oleh Yuni (2016) di Indonesia menunjukkan bahwa rata-rata pasien yang tidak patuh dalam pengobatan TB adalah pada tahap lanjutan yaitu sebanyak 48,6% dibanding dengan tahap intensif (awal) yang hanya 18,2%. Lebih lanjut dijelaskan dalam penelitian tersebut bahwa alasan pasien tidak patuh pada tahap lanjutan karena pasien merasa jenuh dengan jangka waktu pengobatan yang begitu lama. Penelitian lain juga menyimpulkan bahwa banyak pasien yang salah persepsi terkait dengan pengobatannya dengan berhenti meminum obat setelah merasa lebih baik, hal ini karena kurang jelasnya informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan (El-muttalut & Khidirelnimeiri, 2017). Hasil penelitian yang dilakukan di Indonesia menunjukkan bahwa masih kurangnya pengetahuan yang dimiliki oleh pasien TB, ditambah lagi buruknya pendidikan kesehatan yang diberikan oleh penyedia layanan kesehatan (Rondags, Himawan, & Metsemakers, 2014). Selain faktor tersebut, penelitian lain juga menemukan bahwa *self-efficacy* memiliki peranan besar dalam mempengaruhi ketidakpatuhan pasien menjalani pengobatan TB (Tola et al., 2016). Hal ini disebabkan karena TB paru membutuhkan perawatan yang panjang dan lama sehingga menyebabkan berkurangnya tingkat kepercayaan diri pasien (*self-efficacy*) untuk bisa menyelesaikan pengobatannya (Ambaw et al., 2015).

Dengan beberapa faktor ketidakpatuhan pasien tersebut hingga menghentikan pengobatannya, olehnya itu menjadi sangat penting peran dari penyedia layanan kesehatan untuk memberikan edukasi atau pengetahuan pada pasien TB. Untuk mewujudkan keberhasilan dari program DOTS dalam pengendalian TB paru khususnya di Indonesia, harusnya dibutuhkan peran perawat, dokter ataupun petugas kesehatan



lainnya selaku penyedia layanan kesehatan untuk memberikan edukasi pada pasien terutama dalam mengatasi masalah ketidakpatuhan pasien menjalani pengobatan TB. Efikasi diri dan kepatuhan minum obat merupakan dua dari beberapa faktor yang dapat mendukung program pengendalian TB paru. Berdasarkan penelitian, salah satu cara untuk meningkatkan *self-efficacy* (efikasi diri) dan kepatuhan pengobatan pasien adalah dengan memberikan intervensi *health coaching* (Lawson et al., 2013). Oleh karena itu pada penelitian ini, peneliti ingin memberikan intervensi *health coaching* berbasis *health belief model*.

6. Instrument Mengukur Kepatuhan Pengobatan

Ada beberapa skala atau instrument yang didapat digunakan dalam menilai tingkat kepatuhan pasien dalam melakukan pengobatan/terapi farmakologi, termasuk dalam pengobatan pada pasien TB paru. Adapun beberapa instrument yang dapat digunakan dalam mengukur kepatuhan pengobatan adalah sebagai berikut:

a. *Morisky Medication Adherence Scale-8* (MMAS-8)

Kuesioner MMAS-8 merupakan pengembangan dari MMAS-4 yang ditemukan oleh *Morisky* (1980) yang memiliki nilai sensitivitas dan spesifisitas yang lebih baik yaitu 92,8% dan 22,3% serta memiliki *cronbach alpha* = 0,697 (Moharamzad, Saadat, Shahraki, Rai, & Saadat, 2015). Kuesioner ini paling banyak digunakan dalam menilai kepatuhan pasien minum obat pada penyakit kronik, terutama untuk menilai kepatuhan pasien dalam pengobatan anti-TB. Kuesioner MMAS-8 terdiri dari 8 item pertanyaan dan kategori respon terdiri dari jawaban “ya” dan “tidak” dan 5 skala *likert* untuk pertanyaan terakhir. Jawaban “ya” memiliki skor 0 dan jawaban “tidak” memiliki skor 1.

b. *Drug Attitude Inventory* (DAI)

Kuesioner ini dikembangkan oleh Hogan et al. (1983) yang berisi 15 item pertanyaan dengan pilihan jawaban “benar” dan “salah”. Dalam perhitungan skor jawabannya, di mana setiap jawaban “positif” diberi skor plus satu dan setiap jawaban “negatif” diberi skor minus satu. Skor total untuk setiap pasien dihitung sebagai jumlah dari skor positif



dikurangi skor negatif dan skor total positif menunjukkan kepatuhan dan skor total negatif menunjukkan ketidakpatuhan pasien dalam pengobatan.

c. *Medication Adherence Rating Scale (MARS)*

Kuesioner ini dikembangkan oleh Thompson et al. (2000) yang merupakan gabungan dari kuesioner *Drug Attitude Inventory (DAI)* dan *Medication Adherence Questionnaire (MAQ)* untuk mengukur tingkat kepatuhan pasien dalam melakukan terapi pengobatan. Kuesioner ini terdiri dari 10 item pertanyaan dengan pilihan jawab “ya” dan “tidak”.

d. *Clinical Rating Scale (CRS)*

Instrument ini dikembangkan oleh Kemp et al. (1996;1998) yang menggunakan skala ordinal 1-7 dengan 7 item pernyataan untuk mengukur penilaian tingkat klinis kepatuhan pasien dalam menjalani terapi pengobatan. Angka yang lebih tinggi menunjukkan tingkat kepatuhan yang besar.

e. *Brief Adherence Rating Scale (BARS)*

Instrument ini dikembangkan oleh Byerly et al. (2008), yang digunakan untuk penilaian kepatuhan pengobatan yang diberikan langsung oleh dokter yang terdiri dari tiga bentuk pertanyaan yang berisi tentang pengetahuan pasien terkait regimen pengobatan mereka sendiri dan jumlah hari dalam melewatkan jadwal minum obat.

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale-8 (MMAS-8)*, karena kuesioner ini yang paling banyak digunakan pada penelitian-penelitian lain dalam mengukur kepatuhan minum obat pada penyakit kronis terutama pada penyakit TB paru. Salah satunya adalah penelitian yang dilakukan oleh Prasetyo et al. (2014) menggunakan kuesioner tersebut untuk mengukur kepatuhan pengobatan pasien TB paru di Indonesia.



7. Konsep *Health Belief Model* (HBM)

a. Definisi *Health Belief Model* (HBM)

Menurut teori Blum (1908) mengatakan bahwa salah satu pengaruh dalam status kesehatan seseorang adalah perilaku. Hubungan antara perilaku dan kepercayaan (*health belief*) dijelaskan dalam *Health Belief Model* (HBM) (Sosiawan et al., 2018). HBM dikembangkan oleh psikolog dari *Public Health Service* Amerika Serikat pada tahun 1950-an yaitu Irwin M. Rosenstock, Godfrey M. Hochbaum, Stephen S. Kegeles dan Howard Leventhal (Abraham & Sheeran, 2016). HBM adalah teori pertama yang dikembangkan untuk menjelaskan proses perubahan dalam kaitannya dengan perilaku kesehatan. Menurut Becker (1978, dalam Polit & Beck, 2004) bahwa *Health Belief Model* telah menjadi kerangka kerja konseptual yang populer dalam studi keperawatan yang berfokus pada kepatuhan pasien dan praktik perawatan kesehatan preventif. Teori ini menekankan pada sikap dan kepercayaan dari individu dalam perilaku kesehatan. Kepercayaan dan persepsi individu tersebut akan menumbuhkan suatu rencana tindakan dalam dirinya. Di mana, dengan adanya persepsi yang baik dan tidak baik dari individu berasal dari pengetahuan, pengalaman, informasi yang dimilikinya sehingga terjadi tindakan dalam memandang sesuatu. Teori perubahan perilaku kesehatan yang dikembangkan memberikan adanya keyakinan/persepsi individu terhadap tindakan yang terkait dengan kesehatan yang didapatkannya. Adanya pengalaman mendapatkan pengobatan di dalam dirinya ataupun pengalaman dari orang lain akan menimbulkan sebuah persepsi tentang kesehatan, sehingga individu akan mengikuti perilaku sesuai dengan kepercayaan yang diyakininya tersebut. Kepercayaan yang dibangun dalam model perilaku kesehatan dipandang dari 2 aspek penting yaitu adanya pengalaman individu dengan adanya pengobatan dan keyakinannya terhadap perilaku sehat (Bandura, 1994).



Health Belief Model merupakan teori harapan yang dalam hal ini terkait perilaku kesehatan, maka konsep tersebut berubah menjadi 1) keinginan untuk menjadi sehat dan terhindar dari penyakit dan 2) keyakinan bahwa suatu tindakan sehat dapat mencegah dan mengurangi sakit. Harapan ini selanjutnya dijelaskan berkaitan dengan perkiraan individu tentang kerentanan pribadi terhadap suatu penyakit serta kemungkinan untuk mengatasi ancaman tersebut melalui perilaku atau tindakan. Konsep utama HBM adalah perilaku sakit yang ditentukan oleh kepercayaan dan persepsi individu terhadap penyakit dan upaya yang tersedia untuk dapat terhindar dari penyakit. Model ini selanjutnya diperluas untuk dapat melihat respon masyarakat terhadap gejala penyakit yang timbul dan bagaimana perilaku mereka terhadap gejala tersebut. Oleh karena itu, model ini menjadi salah satu model yang berpengaruh dan secara luas menggunakan pendekatan psikososial untuk menjelaskan hubungan antara perilaku dan kesehatan individu (Irwan, 2017).

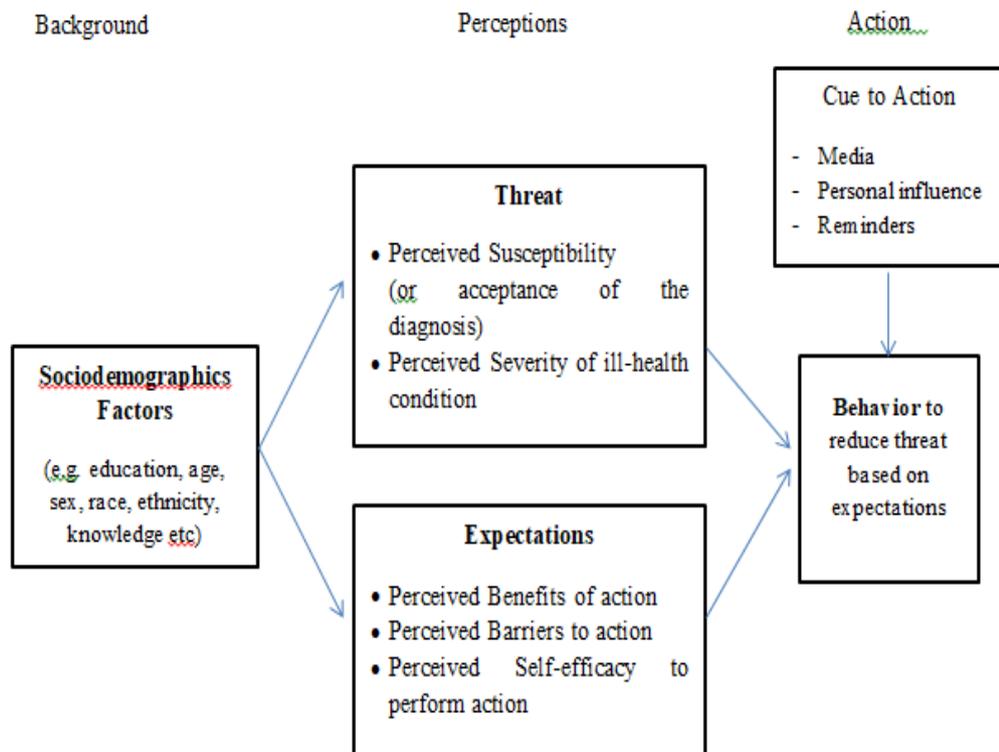
Pada penelitian ini, peneliti memilih untuk fokus kesehatan pada teori HBM karena telah menjadi model yang paling umum digunakan sebagai kerangka kerja teoritis dalam pendidikan dan promosi kesehatan dan karena konstruksinya relevan dengan masalah yang dihadapi oleh individu dengan penyakit kronis (G. H. Saunders, Frederick, Silverman, & Papesch, 2013). Teori ini mengemukakan bahwa perilaku pencarian kesehatan dipengaruhi oleh persepsi seseorang tentang ancaman yang ditimbulkan oleh masalah kesehatan dan nilainya dikaitkan dengan tindakan yang bertujuan mengurangi ancaman. Teori ini digunakan sebagai dasar untuk melakukan upaya promosi kesehatan untuk memprediksi perilaku kesehatan karena ada kemungkinan bahwa individu akan mengambil tindakan pencegahan, penanganan dan dapat dikaitkan dengan perkembangan penyakit kronis yang sangat tergantung pada hasil kepercayaan atau pilihan kesehatan (Sosiawan et al., 2018).



b. Komponen Health Belief Model (HBM)

Menurut Glanz et al. (2008), terdapat enam komponen utama dari HBM yaitu: *perceived susceptibility* (persepsi kerentanan), *perceived severity* (tingkat keparahan yang dirasakan), *perceived barriers* (hambatan yang dirasakan), *perceived benefits* (manfaat yang dirasakan), *self-efficacy* (efikasi diri), and *cues to action* (isyarat untuk bertindak).

Adapun model konseptual dari *Health Belief Model* (HBM) digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.1 *Health Belief Model-Revised*
Adapted from Rosenstock et al. (1988)

1) *Perceived Susceptibility* (kerentanan yang dirasakan)

Konsep pertama pada HBM adalah *perceived susceptibility*. Kerentanan yang dirasakan mengacu pada persepsi yang bersifat subyektif terkait resiko penularan penyakit (Glanz et al., 2008; Bayat, Shojaeezadeh, Baikpour, Heshmat, & Baikpour, 2013). Persepsi seseorang bahwa masalah kesehatan relevan secara



pribadi akan berkontribusi untuk mengambil tindakan yang diperlukan untuk mengatasi masalah kesehatan dan agar hal ini terjadi harus ada kegiatan yang meningkatkan persepsi individu tentang kerentanan seseorang terhadap kondisi kesehatan (Tarkang & Zotor, 2015).

2) *Perceived Severity* (keparahan yang dirasakan),

Keparahan yang dirasakan merujuk pada keyakinan seseorang tentang seberapa serius suatu kondisi dan konsekuensinya atau keparahan yang dirasakan dari penyakitnya (Bayat et al., 2013). Ketika seseorang mengakui kerentanan seseorang terhadap masalah atau kondisi tertentu, hal tersebut tidak serta merta memotivasinya untuk mengambil tindakan pencegahan yang diperlukan kecuali seseorang menyadari bahwa mendapatkan kondisi tersebut akan memiliki implikasi fisik dan sosial yang serius (Tarkang & Zotor, 2015).

3) *Perceived Barriers* (hambatan yang dirasakan),

Perceived barrier merupakan hambatan yang dirasakan seseorang terhadap suatu tindakan kesehatan yang dilakukannya (Bayat et al., 2013). Hambatan yang dirasakan merujuk pada keyakinan seseorang terhadap biaya dan faktor psikologis dari perilaku yang disarankan. Mungkin ada beberapa hambatan yang mempengaruhi keputusan seseorang untuk mengambil tindakan tertentu, misalnya hambatan fisik dan psikologis, faktor aksesibilitas, karakteristik pribadi, faktor biaya dan ketidaknyamanan (Tarkang & Zotor, 2015). Pada pasien TB jenis hambatan yang dirasakan misalnya terkait stigma pada diagnosis dan pengobatan, lama menunggu difasilitas kesehatan, tidak adanya dukungan nutrisi, tidak adanya program dukungan psikososial yang komprehensif dan kurangnya pengetahuan tentang TB atau TB yang resisten terhadap beberapa obat (Schacht et al., 2019).



4) *Perceived Benefits* (manfaat yang dirasakan),

Manfaat yang dirasakan merupakan kepercayaan pasien terhadap pengaruh tindakan yang disarankan untuk mengurangi faktor resiko dari penyakitnya (Bayat et al., 2013). Manfaat yang dirasakan merujuk pada keyakinan seseorang dalam kemanjuran tindakan yang dirasakan untuk mengurangi resiko atau keseriusan dampak. Seseorang perlu percaya bahwa dengan mengambil tindakan tertentu, akan membantu seseorang untuk menghindari atau mencegah masalah terjadi (Tarkang & Zotor, 2015). Misalnya : manfaat yang dirasakan pada pengobatan anti TB, sehingga dapat memberikan kesembuhan dan mencegah terjadinya MDR-TB (Tola et al., 2017).

5) *Cues to action* (isyarat untuk bertindak)

Isyarat untuk bertindak adalah suatu peristiwa atau pengalaman pribadi (misalnya gejala fisik dan kondisi kesehatan), interpersonal atau lingkungan (publisitas media) yang memotivasi seseorang untuk mengambil tindakan. Petunjuk untuk bertindak adalah ketika seorang individu merasakan keinginan untuk mengambil yang diperlukan tindakan setelah percaya bahwa seseorang memiliki kapasitas untuk melakukannya. Tindakan yang diperlukan akan menguntungkan seseorang dengan mengetahui cara menghadapi hambatan yang diharapkan (Tarkang & Zotor, 2015). Dibutuhkan motivasi dari orang tersebut untuk memiliki keinginan sendiri mematuhi tindakan yang ditentukan, memiliki keprihatinan tentang masalah kesehatan, bersedia mencari dan menerima perawatan kesehatan dan untuk terlibat dalam kegiatan kesehatan yang positif (Polit & Beck, 2004).

6) *Self-efficacy* (kemanjuran diri),

a) Pengertian *Self-efficacy*

Menurut Bandura (2002), *Self-efficacy* merupakan kemampuan individu untuk mengorganisir dan melaksanakan tindakan utama menyangkut bukan hanya skill yang dimiliki



seseorang, tetapi keputusan yang diambilnya dari keahlian dia miliki. *Self-efficacy* (efikasi diri) adalah penilaian tentang kemampuan pribadi untuk menyelesaikan tugas yang diberikan. Efikasi juga digambarkan sebagai penentu bagaimana orang merasa, berfikir, memotivasi diri dan berperilaku (Bandura, 2002). *Self-efficacy* merupakan penilaian diri seseorang terhadap kemampuan yang dimilikinya dalam mengerjakan suatu pekerjaan tertentu dan untuk mencapai tujuan tertentu (Voss, Gardner, Baier, & Butterfield, 2011). *Self-efficacy* bersifat subjektif karena menekankan pada keyakinan yang dimiliki seseorang sebagai hasil persepsi terhadap kemampuannya (Voss et al., 2011).

b) Fungsi *Self-efficacy*

Menurut Bandura (2002), *self-efficacy* (efikasi diri) yang telah terbentuk akan mempengaruhi dan memberi fungsi pada aktifitas individu. Adapun fungsi efikasi diri yaitu sebagai berikut:

- Fungsi Kognitif

Secara kognitif bahwa pengaruh dari efikasi diri seseorang bervariasi. Pertama, efikasi diri yang kuat akan mempengaruhi tujuan dari pribadinya. Semakin kuat efikasi diri yang dimiliki, maka semakin tinggi tujuan yang ditetapkan individu bagi dirinya sendiri dan yang memperkuat adalah komitmen individu untuk mencapai tujuan yang diharapkan tersebut. Kedua, individu yang memiliki efikasi diri yang kuat akan mempengaruhi individu tersebut dalam menyiapkan langkah-langkah antisipasi bila usaha yang pertama gagal untuk dicapai.

- Fungsi Motivasi

Efikasi diri memiliki peranan yang sangat penting dalam memotivasi diri individu dan sebagian besar motivasi tersebut dibangun secara kognitif. Individu akan



memotivasi dirinya sendiri dan menuntun tindakan-tindakannya dengan menggunakan pemikiran-pemikiran tentang masa depan sehingga individu tersebut membentuk kepercayaan mengenai apa yang dapat dirinya lakukan. Secara prospektif, individu juga akan mengantisipasi hasil-hasil dari tindakan-tindakan tersebut, menciptakan tujuan bagi dirinya sendiri dan merencanakan bagian dari tindakan-tindakan untuk merealisasikan masa depan yang berharga.

- Fungsi Afeksi

Dalam situasi yang sulit dan menekan, efikasi diri akan membentuk kemampuan coping individu yang baik dalam mengatasi besarnya masalah, stress dan depresi yang dialami oleh individu tersebut. Efikasi diri memegang peranan penting dalam mengontrol stres dan kecemasan yang dialami individu. Semakin kuat efikasi diri yang dimiliki individu, maka semakin berani menghadapi tindakan yang menekan dan mengancam dirinya. Individu yang yakin pada dirinya sendiri dapat menggunakan kontrol pada situasi yang mengancam, tidak akan membangkitkan pola-pola pikiran yang mengganggu.

- Fungsi Selektif

Fungsi selektif akan mempengaruhi individu dalam memilih aktivitas atau tujuan yang akan dilakukannya. Individu akan menghindari aktivitas-aktivitas dan situasi yang mereka percaya melampaui batas kemampuan coping dalam dirinya, namun individu tersebut telah siap melakukan aktifitas yang menantang dan memilih situasi yang dinilai untuk mampu untuk diatasinya. Perilaku yang individu pilih dan lakukan akan memperkuat kemampuan, minat dan jaringan sosial yang mempengaruhi



kehidupannya dan pada akhirnya akan mempengaruhi pula arah perkembangan personal.

c) Dimensi *Self-efficacy*

Menurut Bandura (2002) tiap individu memiliki *self-efficacy* yang berbeda-beda dan berdasarkan pada beberapa dimensi. Berikut adalah tiga dimensi dalam *self-efficacy*, yaitu:

- Dimensi Tingkat (*magnitude*)

Dimensi *magnitude* berfokus pada tingkat kesulitan yang dialami individu. Tingkat kesulitan tiap individu berbeda-beda, seseorang dapat mengalami tingkat kesulitan yang tinggi tergantung dengan usaha yang dilakukan untuk menyelesaikannya. Apabila individu dihadapkan pada tugas-tugas berdasarkan pada tingkat kesulitannya, maka *self-efficacy* individu mungkin akan terbatas pada tugas-tugas yang mudah, sedang bahkan meliputi tugas-tugas yang paling sulit, sesuai dengan batas kemampuan yang dimiliki individu untuk memenuhi tuntutan perilaku yang dibutuhkan berdasarkan tingkat kesulitan. Dimensi *magnitude* ini memiliki implikasi terhadap pemilihan tingkah laku yang berada di luar batas kemampuan yang dirasakannya.

- Dimensi Kekuatan (*strength*)

Dimensi ini berkaitan dengan tingkat kekuatan dari keyakinan atau pengharapan dari individu terhadap kemampuan yang dimilikinya. Harapan yang lemah bisa disebabkan karena adanya kegagalan, akan tetapi seseorang dengan harapan yang kuat yang dimilikinya akan tetap berusaha gigih meskipun mengalami kegagalan.

- Dimensi Generalisasi (*generality*)

Dimensi ini berkaitan dengan seberapa besar cakupan tingkah laku individu yang diyakini untuk mampu



dilakukannya. Berbagai pengalaman pribadi yang dimiliki individu dibanding pengalaman dari orang lain pada umumnya akan lebih mampu untuk meningkatkan efikasi diri seseorang.

d) Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Self-efficacy*

Secara umum, *self-efficacy* dipengaruhi oleh beberapa faktor. Menurut Bandura (1997) tinggi rendahnya *self-efficacy* yang dimiliki setiap individu dalam menyelesaikan tugas bervariasi, hal ini disebabkan beberapa faktor yaitu: jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, penghasilan, budaya, dukungan keluarga, stres, motivasi, edukasi, sifat tugas yang dihadapinya, *reward* dan peran individu dalam lingkungannya.

Bandura (1997) mengklaim bahwa *self-efficacy* dibentuk dari empat sumber, yaitu:

- *Mastery Experience*

Yaitu keberhasilan sebelumnya dalam mencapai sesuatu yang mirip dengan perilaku baru. Keberhasilan yang sering didapatkan akan meningkatkan *self-efficacy* yang dimiliki seseorang, sedangkan kegagalan akan menurunkan *self-efficacy* nya. Apabila keberhasilan yang didapat seseorang lebih banyak karena faktor-faktor di luar dirinya, biasanya tidak akan membawa pengaruh terhadap peningkatan *self-efficacy*. Akan tetapi, jika keberhasilan tersebut didapatkan dengan melalui hambatan yang besar dan merupakan hasil perjuangannya sendiri, maka hal itu akan membawa pengaruh pada peningkatan *self-efficacy*-nya.

- *Vicarious Experience*

Pengalaman terhadap keberhasilan orang lain dengan kemampuan yang sebanding dalam mengerjakan suatu tugas akan meningkatkan efikasi diri individu dalam



mengerjakan tugas yang sama. Begitu pula sebaliknya, pengalaman terhadap kegagalan orang lain akan menurunkan penilaian individu mengenai kemampuannya dan individu akan mengurangi usaha yang dilakukannya.

- *Verbal Persuasion*

Individu diarahkan berdasarkan pada saran, nasihat dan bimbingan sehingga dapat meningkatkan keyakinannya tentang kemampuan yang dimiliki sehingga dapat membantu tercapainya tujuan yang diinginkan. Individu yang diyakinkan secara verbal cenderung akan berusaha lebih keras untuk mencapai suatu keberhasilan.

- *Emotional Arousal*

Kondisi emosional (*mood*) juga mempengaruhi pengambilan keputusan seseorang terkait efikasi dirinya. Keadaan emosi yang menyertai individu ketika dirinya sedang melakukan suatu kegiatan akan mempengaruhi efikasi diri seorang pada bidang tersebut. Emosi tersebut adalah emosi yang kuat seperti takut, cemas, stress dan gembira, emosi-emosi ini dapat mempengaruhi efikasi diri dari individu.

Secara ideal, *self-efficacy* diperkuat oleh berbagai pengalaman-pengalaman yang saling berhubungan dan akan mempengaruhi perilaku individu selanjutnya. Seseorang akan memutuskan untuk berperilaku berdasarkan pada reflektif, penggunaan pengetahuan dan kemampuan untuk melakukan suatu tindakan.

e) Pengukuran *Self-efficacy*

Pengukuran *self-efficacy* dapat dilakukan dengan metode kuantitatif dengan menggunakan kuesioner dan kualitatif melalui *in deep interview* dan wawancara. Pengukuran dengan cara kuantitatif dapat dilakukan dengan menggunakan instrument/kuesioner. Adapun beberapa instrument/kuesioner



yang dapat digunakan untuk mengukur *self-efficacy* yaitu sebagai berikut:

- *General Self-efficacy (GSE)*

Kuesioner ini dikembangkan oleh Schwarzer et al. (1995) dan mengukur tiga dimensi yaitu *magnitude*, *strength* dan *generality*. Kuesioner ini telah banyak digunakan diberbagai negara untuk mengukur efikasi diri secara umum yang terdiri dari 10 item pernyataan dengan 4 opsi jawaban dengan menggunakan skala *likert* yaitu: 1= tidak setuju, 2= agak setuju, 3= hampir setuju, 5= sangat setuju.

- *Medication Adherence Self-Efficacy Scale (MASES)*

Kuesioner ini dikembangkan oleh Ogedegbe et al., (2003) digunakan untuk menilai kepercayaan diri dalam kepatuhan rejimen pengobatan. Skala ini terdiri dari 26 item pernyataan dengan skor 1= tidak pasti sama sekali hingga skor 4= sangat yakin dan skor total pada ukuran dihitung dengan rata-rata tanggapan di seluruh item. Skor yang lebih tinggi menunjukkan tingkat *self-efficacy* yang lebih besar.

- *Adherence Self-Efficacy Scale (ASES)*

Skala ini dikembangkan berdasarkan hasil wawancara kualitatif yang dilakukan oleh Zang et al. (2018) dan telah diuji dalam versi bahasa inggris dengan konsistensi unternal tinggi (*cronbach α = 0,92*). Item-item pada skala ini mencerminkan kepercayaan diri pasien untuk melakukan perilaku yang berkaitan dengan kepatuhan rejimen ART mereka, mampu mengelola efek samping dan menangani terkait masalah kesehatan terkait pengobatan. Setiap item memiliki lima opsi respons (1= sepenuhnya tidak yakin, 2= sebagian besar tidak yakin, 3= sulit untuk dikatakan, 4= sebagian besar yakin, 5=



sepenuhnya yakin). Skor komposit efikasi diri kepatuhan dihitung dengan menjumlahkan skor item. Skor berkisar antara 12 – 60 dengan skor yang lebih tinggi menunjukkan tingkat kemanjuran *self-efficacy* yang tinggi (Zhang et al., 2018).

- *Medication Understanding and Use Self-Efficacy Scale (MUSE)*

MUSE merupakan skala yang valid untuk mengukur *self efficacy* dalam pemahaman, menggunakan resep obat dan kepatuhan dalam rejimen pengobatan. Skala ini terdiri dari 8 item pernyataan, 4 item dikaitkan dengan minum obat dan 4 item lainnya dikaitkan dengan belajar tentang obat. Opsi jawaban 1= tidak pasti sama sekali hingga 4= sangat meyakinkan. Skor yang lebih tinggi menunjukkan tingkat kemandirian yang lebih besar pula.

- *Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS)*

Skala ini memiliki 21 item pernyataan dengan opsi jawaban 1= tidak percaya diri, 2= agak percaya diri dan 3= sangat percaya diri. Skor potensial berkisar 21 – 63 dengan skor yang lebih tinggi menunjukkan tingkat kemanjuran diri (*self-efficacy*) yang lebih tinggi untuk kepatuhan pengobatan.

- *Long-Term Medication Behaviour Self-Efficacy Scale (LTMBSES)*

Kuesioner ini dikembangkan oleh Geest et al. (1994) berdasarkan pada teori *self-efficacy*. Skala ini memiliki 27 item pernyataan dan 3 dimensi yaitu sikap pribadi, lingkungan dan tugas yang terkit serta faktor perilaku. Skor untuk setiap item berkisar dari 1 = sama sekali tidak percaya diri hingga skor 5 = sepenuhnya percaya diri, sehingga memperoleh kisaran skor total 27 – 135.



Skor tinggi menunjukkan persepsi peningkatan *self-efficacy*.

- *Tuberculosis Treatment-Self-Efficacy Scale*

Kuesioner ini dirancang oleh Singh & Mason (2014), yang terdiri dari 4 domain yaitu *Self-efficacy for Communication with Doctor (5 items)*, *Self-efficacy for Support Seeking (4 items)*, *Self-efficacy for Disclosure of Diagnosis (7 questions)* dan *Self-efficacy for Medication Adherence (10 items)*. Kuesioner ini terdiri dari 0-10 skala penilaian, di mana angka 0 dengan nilai terendah dan 10 dengan nilai *self efficacy* yang tinggi.

- *Self-Efficacy Scale*

Kuesioner ini dirancang oleh Tola et al. (2016) untuk menilai skor persepsi *self-efficacy* pada pasien TB. Kuesioner ini terdiri dari 10 item pernyataan dengan opsi jawaban menggunakan skala *likert* yaitu: 1= sangat tidak setuju, 2= tidak setuju, 3= netral, 4= setuju dan 5= sangat setuju.

Pada penelitian ini menggunakan kuesioner *Medication Adherence Self-Efficacy Scale (MASES)* yang telah dikembangkan oleh Prasetyo et al. (2014) dan diuji validitas dan reliabilitas dalam versi Indonesia spesifik pada pasien TB paru. Kuesioner ini berisi 13 item pernyataan dengan opsi jawaban menggunakan skala *likert*, yaitu 1= tidak yakin, 2= yakin, 3= cukup yakin dan 4= sangat yakin.

c. Hubungan HBM dan *Tuberculosis*

Health Belief Model merupakan model psikologis yang berupaya menjelaskan dan memprediksi perilaku kesehatan yang berfokus pada sikap dan kepercayaan individu. Model ini juga dikembangkan sebagai tanggapan terhadap kegagalan program skrining TB gratis di dunia. Dalam model ini membahas bagaimana pasien TB mempersepsikan ancaman masalah kesehatan yang dirasakannya dan perilaku apa yang



harus dilakukan untuk mampu mengelolah masalah tersebut (Kaur, Kaur, Singh, & Ghal, 2019). Misalnya, persepsi kerentanan tertular penyakit TB, keparahan yang dirasakan didefinisikan sebagai dampak serius dari penyakit TB termasuk konsekuensi medis (misalnya rasa sakit dan kematian), manfaat yang dirasakan dari pengobatan TB, persepsi hambatan selama pengobatan (misalnya, efek samping obat, biaya, hambatan fisik dan aksesibilitas) serta *self-efficacy* yang didefinisikan sebagai keyakinan pasien TB untuk mampu menyelesaikan pengobatannya selama 6 bulan (Saunders et al., 2013; Prasetya, Murti, & Anantanyu, 2018).

Inti dari teori HBM didasarkan pada pemahaman bahwa seseorang akan melakukan tindakan terkait dengan kesehatannya, misalnya pasien TB akan mengkonsumsi obat anti TB setelah didiagnosa dan jika dia merasa bahwa kondisi kesehatannya memburuk. Pasien memiliki harapan yang positif bahwa dengan mengambil tindakan yang direkomendasikan tersebut mampu menghindari kondisi kesehatan yang semakin memburuk, dia percaya bahwa obat itu mampu menyembuhkan penyakitnya (Kaur et al., 2019). Namun, selama mengikuti rejimen pengobatan banyak pasien TB yang menghentikan pengobatannya karena beberapa faktor, diantaranya efek samping obat, pengobatan yang terlalu lama dan sudah merasa lebih baik setelah meminum obat (Gebreweld et al., 2018). Pasien TB akan merasa kurang mampu untuk bisa menyelesaikan pengobatannya karena yang terlalu lama dan panjang sehingga berdampak pada penurunan *self-efficacy* dan menyebabkan ketidakpatuhan dalam pengobatan (Tola et al., 2016).

Konsep dari teori HBM ini mampu memprediksi keyakinan kesehatan pada pasien termasuk yang terkait dengan kepatuhan pengobatan. Persepsi pasien tentang kondisi penyakitnya yang semakin memburuk juga memainkan peran penting dalam kepatuhan pengobatan. Pasien yang merasakan tingkat keparahan penyakit (akibat efek samping obat) akan cenderung untuk tidak patuh hingga



menghentikan pengobatannya (Tola et al., 2017). Oleh karena itu, dibutuhkan intervensi *health coaching* menggunakan kerangka kerja dari HBM yang ideal sebagai penghubung jalur antara karakteristik sosiodemografi dan keyakinan kesehatan untuk mengubah perilaku pasien TB yang kurang patuh terhadap pengobatan hingga meningkatkan *self-efficacy* untuk menyelesaikan rejimen pengobatannya.

d. Hubungan HBM dan *Health Coaching*

Telah dijelaskan sebelumnya bahwa *Health Belief Model* (HBM) merupakan kerangka teori yang menjelaskan tentang konsep perubahan perilaku pada pasien dan untuk mampu mengubah perilaku tersebut dibutuhkan intervensi, salah satu intervensi yang dapat mengubah dan mengadopsi teknik perubahan perilaku serta membantu pasien mencapai tujuan dalam peningkatan kesehatannya adalah *health coaching* (Newman & Mcdowell, 2016; Kaur et al., 2019). Dengan kata lain bahwa teori dibangun untuk menjelaskan perilaku individu dan dibutuhkan intervensi untuk bisa mengubah perilaku tersebut (Klein et al., 2013). Dengan mengintegrasikan teori HBM melalui sesi *health coaching* mampu membantu *health coaches* menjelaskan dan memprediksikan perilaku kesehatan pada pasien, karena HBM adalah kombinasi dari pendidikan kesehatan yang dirancang untuk mempromosikan perubahan gaya hidup sehat (Newman & Mcdowell, 2016).

Health coaching menjadi metode pendidikan pasien yang membimbing dan mendorong pasien untuk menjadi peserta aktif dalam perubahan perilaku kesehatan, meningkatkan motivasi intrinsik, *self-efficacy* dan mengajarkan bagaimana pasien mampu terlibat secara langsung dalam keterampilan manajemen dirinya. Intervensi ini melibatkan pendekatan interaktif dengan pasien yang membantu mengidentifikasi hambatan untuk perubahan perilaku dan merupakan metode pengajaran dan perilaku pemodelan yang memberdayakan pasien untuk mencapai status kesehatan. Fokus pada *health coaching*



yaitu pada peningkatan motivasi dan *self-efficacy*, mengajarkan pada keterampilan manajemen diri, memberikan pendidikan untuk meningkatkan pengalaman kesehatan. Sedangkan, konten kurikulumnya meliputi proses pembinaan, hubungan terapeutik praktik komunikasi otentik, teori motivasi, kesadaran diri, manajemen stres dan perubahan perilaku (Lawson et al., 2013)

Dari penelitian sebelumnya juga menggunakan teori *Health Belief Model* sebagai kerangka teori dalam intervensi *Educational* untuk melihat dampak pada perubahan perilaku pada pasien TB, tetapi dari hasil menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan dalam skor rata-rata keparahan yang dirasakan, manfaat yang dirasakan, hambatan yang dirasakan dan konstruk efikasi diri antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah intervensi (Jadgal, Nakhaei-moghadam, Alizadeh-seiouki, Zareban, & Sharifi-rad, 2015). Sedangkan berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Romano et al. (2014) di mana sebuah program VHB (Village HeartBEAT) yang dikombinasikan dengan HBM melalui sesi *health coaching* mampu menunjukkan keberhasilan secara bertahap dalam peningkatan kepatuhan dengan pengurangan kebiasaan makan yang tidak sehat sehingga mampu secara signifikan mengarah pada penurunan berat badan pada pasien. Pada penelitian tersebut menjelaskan bahwa untuk mengubah perilaku pasien dibutuhkan *health coaching* sebagai intervensi dengan menggali, mengeksplor ide dan pemikiran dari pasien sendiri menemukan cara untuk meningkatkan kesehatannya dan salah satunya adalah dengan diet dan mengubah pola makan yang lebih sehat. Hal ini dapat disimpulkan bahwa *Health Coaching* berbasis HBM lebih efektif digunakan dalam melakukan perubahan perilaku pada pasien terutama terkait dengan kepatuhan pengobatannya dibanding dengan hanya memberikan edukasi biasa. Hal ini karena pada intervensi *Health Coaching* berpusat pada pasien baik dalam penentuan tujuan, pengambilan keputusan dan penetapan rencana aksi dibanding dengan edukasi biasa yang pengambilan keputusan



dilakukan oleh *provider/educator* (Bennet et al., 2010; Kivela, Elo, Kyngas, & Kaariainen, 2014; Cinar & Schou, 2014).

8. Konsep Intervensi *Health Coaching*

a. Pengertian *Coaching*

Menurut Palmer & Whybrow (2003), *coaching* adalah metode untuk menggali potensi yang dimiliki seseorang untuk memaksimalkan performa mereka sendiri. Menurut *Association for coaching* mendefinisikan *coaching* sebagai suatu proses kolaborasi yang berfokus pada solusi, berorientasi pada hasil dan sistematis, di mana seorang *coach* memfasilitasi peningkatan atas performa kerja, pengalaman hidup, pembelajaran diri dan pertumbuhan pribadi dari seorang *coachee* (Oliveira, Sherrington, Amorim, Dario, & Tiedemann, 2017). *Coaching* merupakan hubungan kolaboratif yang dilakukan antara pelatih dan kemandirian dari individu untuk membantu dalam mencapai tujuan dari individu tersebut. Dalam hal ini, bahwa seorang pelatih hanya memfasilitasi dalam percakapan yang bermakna, mendukung, mendorong dan memberikan kesempatan pada individu/klien untuk memimpin (Donner & Wheeler, 2014).

Dapat disimpulkan bahwa *coaching* merupakan suatu tindakan kolaborasi, di mana *coach*/pelatih mampu menggali potensi, kreatifitas, meningkatkan kesadaran dan motivasi klien/individu untuk mencapai tujuan yang diharapkan terkait dengan kesehatan mereka. Hubungan kolaborasi antara seorang *coach* dengan *coachee*, lebih berfokus pada pembinaan pada waktu yang pendek yang bertujuan untuk mengembangkan keterampilan. Keterampilan yang dimiliki oleh seorang *coach* tidak memberi nasehat, mengajar atau memberi perintah tetapi lebih pada membantu seseorang untuk menggali dan mendorong potensi yang dimilikinya.

Sedangkan *health coaching* merupakan cara untuk membantu pasien mendapatkan pengetahuan, keterampilan, alat dan kepercayaan diri untuk menjadi peserta aktif dalam perawatan mereka sehingga pasien mampu mencapai tujuan yang diharapkan yaitu mencapai



tingkat kesembuhan. Menurut Palmer et al. (2003) *health coaching* adalah praktik pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan dalam konteks pembinaan untuk meningkatkan kesejahteraan individu/pasien dan untuk memfasilitasi pencapaian tujuan terkait kesehatan mereka (Huffman, 2007). *Health coaching* adalah suatu proses yang berpusat pada pasien yang berdasarkan pada teori perubahan perilaku dan melibatkan pasien untuk menetapkan tujuan yang ditentukan sendiri. Hal ini salah satu cara untuk mendukung dalam *self-management* pasien, pembinaan kesehatan, memberikan kontribusi untuk merawat, perencanaan pasien dan aktivasi dokter serta sebagai pengembangan kepemimpinan. *Health coaching* merupakan modifikasi dari program Dietetika yang dikembangkan oleh pakar psikologi sebagai profesional diet yang memiliki keterampilan dan pendidikan melalui pelatihan serta memiliki kemampuan dalam hal penilaian obat-obatan dan kesehatan. Profesional diet tersebut kemudian mulai memberikan *health coaching* pada pasien dengan berbagai penyakit kronis dan beberapa kebutuhan pada kesehatan, termasuk diabetes, penyakit jantung koroner, COPD dan *asthma* (Lipscomb, 2006). Walau *health coaching* pertama kali dilakukan oleh psikologis sebagai profesional diet, namun seiring perkembangannya, yang dapat berperan sebagai *health coaches* bisa seorang perawat, pekerja sosial, asisten medis, petugas kesehatan masyarakat (promotor), pendidik kesehatan atau bahkan pasien lain jika terlebih dahulu mendapatkan pelatihan dan dukungan yang tepat (Bennett, Coleman, Parry, Bodenheimer, & Chen, 2010).

Health Coaching berorientasi pada tujuan, berpusat pada klien yang berfokus pada kesehatan dan terjadi melalui sebuah proses pencerahan dan pemberdayaan klien (Olsen, 2014). *Health coaching* membantu seorang perawat untuk dapat terlibat langsung dalam percakapan dan hubungan yang diarahkan untuk meningkatkan pengembangan profesional, komitmen dan juga praktek. Dalam



percakapan tersebut, seorang perawat harus memiliki kemampuan untuk mendengarkan, berdiskusi dan bertanya untuk mengklarifikasikan nilai-nilai inti, keyakinan dan tujuan, mengidentifikasi kesenjangan antara visi dan realitas dari pasien serta mampu mendorong dan menanamkan kepercayaan diri serta *self-efficacy* dari pasien (Donner & Wheeler, 2014). Telah banyak penelitian yang menunjukkan efektifitas *health coaching* pada perubahan perilaku, meningkatkan *self-efficacy* dan kepatuhan pengobatan pada pasien dengan penyakit kronis (Lindner, Menzies, Kelly, Taylor, & Shearer, 2003; Neuner-jehle, Schmid, & Grüninger, 2013; Lawson et al., 2013; Kivela, Elo, Kyngas, & Kaariainen, 2014).

b. Sesi dalam *Health Coaching*

Jumlah sesi *health coaching* pada beberapa penelitian bervariasi dan tidak ada jumlah kunjungan yang ditentukan. Menurut *Health Education East of England* bahwa sesi *health coaching* ini dilakukan minimal 2 sampai 5 sesi bahkan lebih dari 21 sesi baik setiap minggu, dua kali seminggu hingga setiap bulan. Durasi waktu yang dibutuhkan adalah minimal 30-40 menit/sesi sudah mampu mewujudkan aspek inti dari hubungan yang suportif dan kreatif untuk mendapatkan perubahan perilaku dan mencapai goals (Simmons & Wolever, 2013). Sedangkan syarat menjadi pelatih (*health coaches*) terlebih dahulu harus mengikuti sesi pelatihan minimal 100 jam untuk mendukung kompetensi pasien dengan cara: (1) memunculkan motivasi internal, menghubungkan tujuan kesehatan dan tujuan hidup dan nilai-nilai pribadi, (2) membangun kapasitas untuk berubah dengan meningkatkan otonomi, sifat positif, *self-efficacy*, ketahanan, dukungan sosial dan lingkungan, (3) memberikan pengetahuan dan pendidikan bila diinginkan oleh pasien, (4) menekankan akuntabilitas pasien, kemampuan untuk belajar dan menetapkan tujuan, (5) saling memperkuat ketergantungan antara mental dan fisik yang positif (Simmons & Wolever, 2013).



c. Tujuan *Health Coaching*

Terdapat tiga tujuan utama dalam memberikan *coaching*, yaitu meliputi:

- 1) Membantu pasien dalam mengkaji kesehatannya, memberikan rekomendasi tata cara, pendidikan kesehatan serta saran untuk mengurangi resistensi dan meningkatkan penerimaan terhadap informasi. Tujuan utamanya adalah membantu pasien mengidentifikasi, memahami dan memprioritaskan peningkatan perilaku kesehatan.
- 2) Membantu dalam meningkatkan performa pasien dalam memutuskan ketertarikannya sendiri dalam mengadopsi rekomendasi untuk melakukan perubahan gaya hidup yang lebih baik dan berkomitmen membuat keputusan sendiri untuk mencapai tujuan yang diharapkan.
- 3) Membantu pasien dalam mengembangkan keterampilan melakukan pemecahan masalah sehingga mereka akan lebih sistematis dalam membuat keputusan, merencanakan, memulai dan mempertahankan perilaku sehingga akan meningkatkan kemampuannya untuk melakukan tindakan dan mencapai tujuan yang diharapkan.

d. Peran *Health Coaching*

Menurut Bennet et al. (2010), *health coaching* memiliki lima peran utama yaitu :

- 1) Memberi dukungan dalam manajemen diri

Dalam hal ini, dukungan manajemen diri sangat penting bagi pasien untuk dapat mempe rluas perawatan kesehatan mereka baik di luar klinik maupun di kehidupan nyata. Terdapat beberapa domain dalam perawatan diri, yaitu: menyediakan informasi, mengajarkan keterampilan penyakit tertentu, mempromosikan perubahan perilaku hidup sehat, memberikan keterampilan dalam pemecahan masalah, memberikan tindak lanjut secara teratur dan mendorong pasien untuk aktif dalam melakukan perawatan diri.



2) Menjembatani kesenjangan antara dokter dan pasien

Hubungan antara dokter dan pasien dapat terputus sepanjang dalam proses perawatan, misalnya dalam hal pemberian resep obat. Oleh karena itu peran seorang *health coach*, adalah: menjembatani kesenjangan dengan menindaklanjuti pasien, berfungsi sebagai penghubung pasien, memastikan bahwa pasien mengerti dan setuju dengan rencana perawatan, bertanya tentang kebutuhan dan hambatan, mengatasi literasi kesehatan pasien yang kurang, masalah budaya serta hambatan kelas sosial.

3) Membantu pasien dalam perawatan kesehatan

Banyak dari pasien terutama lansia dan disabilitas membutuhkan navigator untuk membantu menemukan, bernegosiasi dan terlibat dalam pelayanan. Seorang *coach* dapat membantu mengoordinasikan perawatan dan berbicara untuk pasien ketika suara mereka tidak terdengar.

4) Memberikan dukungan emosional

Mengatasi penyakit menjadi tantangan secara emosional bagi pasien. Dokter yang memiliki niat baik namun tergesa-gesa mungkin gagal dalam memenuhi kebutuhan emosional pasien. Oleh karena itu, ketika kepercayaan dan keakraban terjalin dengan pasien, *health coaches* dapat memberikan dukungan emosional dan membantu pasien untuk dapat mengatasi masalah penyakit mereka. Hal yang perlu diperhatikan adalah: menunjukkan minat, bertanya terkait masalah emosional, memperlihatkan sikap empati, mengajarkan keterampilan coping.

5) Melayani secara kontinuitas (berkelanjutan)

Seorang *coach* terhubung dengan pasien tidak hanya pada pasien melakukan kunjungan saja tetapi juga di antara kunjungan. Oleh karena itu peran *coach*, antara lain: menunjukkan keakraban, menindaklanjuti dan membangun kepercayaan.



e. Model dalam *Health Coaching*

Menurut Bennet et al (2010), *health coaching* memiliki dua model yaitu sebagai berikut:

1) *The Teamlet Model*

Model ini mulai diperkenalkan pada tahun 2006 di *General Hospital Family Centre (FHC)* San Fransisco. Model “*teamlet*” (tim kecil) memperluas kunjungan perawatan primer selama 15 menit, perawatan yang tergantung pada pasien termasuk *coaching*. Dalam sebuah *teamlet*. Seorang dokter akan dipasangkan dengan dengan asisten dokter atau petugas kesehatan yang telah mendapatkan pelatihan *coaching* terlebih dahulu dalam memberikan dukungan manajemen diri dan kondisi kronis tertentu yang dialami pasien. Pada model *teamlet* FHC, *health coach* diperkenalkan kepada masing-masing pasien pada saat melakukan kunjungan. Pasien diberitahu tentang peran dari *health coach* dan ditanya apakah mereka merasa nyaman memiliki *coach* yang akan hadir selama melakukan kunjungan ke klinik. *Health coach* akan membantu pasien dalam masalah non-klinis, misalnya: tidak memahami isi resep, pertanyaan tentang janji dan otoritas khusus serta masalah tentang manajemen diri pasien (Ngo, Hammer, & Bodenheimer, 2010).

Health coach akan melakukan *pre-visit* untuk melihat obat-obat pasien dan melakukan pengaturan rencana perawatan, membantu kunjungan dokter dan selama *post-visit*, menilai apakah pasien memahami dan menyetujui perawatan yang direkomendasikan dan melibatkan pasien dalam rencana tindakan untuk perubahan perilaku. Selanjutnya, melakukan kegiatan *follow up* melalui telepon di antara kunjungan untuk memeriksa rencana tindakan dan kepatuhan pengobatan. Kegiatan *follow up* teratur dapat berfungsi dalam memperbaiki *health outcomes* pada penyakit kronis. Fungsi utama dari *coach* adalah membantu pasien mendapatkan pengetahuan, keterampilan dan kepercayaan



diri untuk mengolah sendiri kondisi mereka (Ngo et al., 2010). Secara khusus fungsi dari *health coach* adalah: membantu pasien mengatur agenda untuk kunjungan dokter, memastikan pasien memahami apa yang diinginkan oleh dokter mereka, menentukan apakah pasien setuju dengan rencana perawatan, memberikan dukungan untuk upaya pasien dalam mengadopsi perilaku sehat, membantu pasien untuk meningkatkan pemahaman dan kepatuhan pengobatan, berfungsi sebagai jembatan budaya, titik akses dan dukungan untuk pasien

2) *The Hospital-to-home Model*

Setelah menjalani pemeriksaan di rumah sakit, pasien sering kali merasa bingung tentang obat baru yang mereka terima dan perubahan keadaan yang dialaminya dan pasien harus mampu belajar untuk menangani hal tersebut. Dalam kondisi seperti inilah yang sangat baik untuk diberikan *health coaching* pada pasien. *Care Transitions Intervention* (intervensi transisi perawatan) adalah metode *coaching* yang banyak digunakan untuk mengajarkan keterampilan, kepercayaan diri kepada pasien dan keluarga saat pulang ke rumah. Yang bertindak sebagai *care transitions coach* (perawat atau pekerja sosial) akan melakukan kunjungan sekali di rumah sakit dan sekali di rumah pasien, kemudian melakukan komunikasi dengan pasien melalui telepon sebanyak tiga kali.

Terdapat empat pilar dalam *Care Transitions Intervention Model* yaitu: memiliki strategi manajemen pengobatan yang andal, mengatasi hambatan untuk melakukan tindakan *follow up*, mengetahui cara mengenali dan merespon tanda dan gejala penyakit yang memburuk, menggunakan catatan kesehatan pribadi untuk mencatat sasaran tujuan yang diharapkan selama 30 hari, informasi kesehatan dan pertanyaan untuk ditanyakan kepada dokter atau petugas kesehatan pada pertemuan berikutnya. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa *Care Transitions*



Intervention efektif dilakukan saat pasien pulang ke rumah, di mana dapat meningkatkan status kesehatan pasien, mengurangi biaya kesehatan, membantu pasien memahami bagaimana, kapan dan di mana harus mencari bantuan jika mereka membutuhkannya (Voss et al., 2011).

f. Model Percakapan *Coaching*

Teknik *coaching* diawali dengan meminta pasien untuk menyebutkan apa yang paling dia inginkan untuk dicapai terkait penyakit atau kondisinya atau berusaha untuk mengungkapkan isu-isu yang paling diperhatikan oleh pasien. Proses *coaching* memiliki beberapa teknik dan juga model dalam percakapan, salah satunya yaitu teknik FIRA yang dikembangkan oleh Amalia & Siregar (2015), yang terdiri dari empat langkah yaitu sebagai berikut:

1) Fokus pada Tujuan

Seorang *coach* fokus pada pembahasan dengan menggali agenda dan tujuan sesuai dengan yang diinginkan oleh *coachee*, misalnya keinginan untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Contoh pertanyaan, yaitu:

- a) Apa agenda yang ingin Anda bahas dalam sesi *coaching* ini?
- b) Apa fokus pembahasan yang Anda inginkan pada sesi ini?
- c) Apa yang membuat tujuan itu penting untuk Anda?
- d) Apa ukuran sukses dari sesi ini?

2) Identifikasi G.P.S

Coach menggali agar mampu untuk mengidentifikasi kesenjangan (*gap*), kemungkinan (*possibilities*) dan solusi (*solution*) yang berasal dari kesadaran dan pemahaman diri dari seorang *coachee*. Contoh pertanyaan:

Kesenjangan (*gap*)

- a) Skala 1-10, di mana angka 1 jauh dari sasaran dan 10 sudah sampai sasaran. Di mana Anda sekarang? (memeriksa kesenjangan)



b) Apa kesenjangan yang Anda sadari/ketahui/pahami saat ini, yang membuat Anda belum mencapai tujuan Anda?

Kemungkinan (*possibilities*)

a) Apa saja ide/pemikiran kemungkinan/peleuang yang ada saat ini untuk mendukung Anda mencapai tujuan tersebut?

b) Apa pro kontra/dampak/konsekuensi dari masing-masing peluang di atas?

c) Apa saja hambatan/ancaman yang mungkin terjadi dalam proses Anda mencapai tujuan?

Solusi (*solution*)

a) Dari beberapa peluang yang ada tadi, apa solusi yang paling memungkinkan pada situasi Anda saat ini yang dapat Anda pilih?

b) Apa yang membuat Anda memilih solusi tersebut?

c) Seberapa yakin Anda bahwa pilihan solusi yang diambil tersebut akan memberikan hasil sesuai dengan tujuan Anda?

3) Rencana Aksi

Coach memberikan ruang dan kesempatan kepada *coachee* menetapkan rencana aksi untuk implementasi dari solusi yang telah dipilih. Contoh pertanyaan:

a) Apa rencana aksi/langkah-langkah yang akan Anda lakukan dari solusi yang dipilih untuk mencapai tujuan Anda?

b) Bagaimana strategi Anda untuk menjalankannya?

c) Bagaimana perencanaan waktu dari rencana aksi Anda?

d) Bagaimana Anda mengantisipasi hambatan yang mungkin terjadi dari rencana aksi Anda?

4) Akuntabilitas

Komitmen dan tindak lanjut. Seorang *coach* memastikan bahwa *coachee* mampu untuk berkomitmen, mempunyai akuntabilitas dalam implementasi rencana aksi dan tindak lanjutnya. Adapun contoh pertanyaannya, yaitu :



- a) Apa kesimpulan dari sesi *coaching* ini?
- b) Bagaimana anda memonitor dan menjaga akuntabilitas rencana aksi Anda?
- c) Bagaimana komitmen Anda dalam mencapai tujuan?

Dalam melakukan *coaching* terdapat juga istilah teknik OARS yang dapat memfasilitasi pasien untuk berdiskusi dan memiliki beberapa strategi, yaitu:

- 1) *Open-enden question* (pertanyaan terbuka) memungkinkan pasien untuk fokus pada masalahnya saat itu,
- 2) *Affirmation of the person's strenghs* (menegaskan kekuatan pasien), di mana memvaliditasi sumber daya internal dan eksternal yang dimiliki pasien. Hal ini membantu pasien merasakan keyakinan bahwa tujuan memang dapat dipenuhi.
- 3) *Reflective listening* (mendengarkan secara reflektif), menunjukkan bahwa perawat tertarik pada permasalahan pasien, bukan justru perawat sebagai pusat perhatian, perawat lebih berusaha mempelajari atau memahami posisi pasien.
- 4) *Summary* (ringkasan), memungkinkan perawat untuk mengulangi poin utama bersama pasien dan untuk mengungkapkan minat pasien.

g. Teknik *Health Coaching*

Ada tiga teknik utama yang digunakan dalam *health coaching* menurut *American Medical Association* (AMA), yaitu sebagai berikut:

- 1) *Ask-tell-ask*

Ask-tell-ask merupakan teknik dasar dalam *health coaching* untuk menciptakan hubungan kolaboratif antar pasien dan *health coach* sehingga mampu mendorong partisipasi pasien. Dialog *Ask-tell-ask* dimulai dengan *health coach* menanyakan pasien pertanyaan terbuka untuk menilai apa yang mereka pahami dan tidak dipahami terkait penyakitnya dan rencana perawatan sebelum memberikan informasi kepada pasien. *Ask-tell-ask*



merupakan perubahan paradigma dari paradigma direktif (memberitahukan apa yang harus dilakukan pasien) ke paradigma kolaboratif (menanyakan pasien apa yang mereka mau lakukan dan bekerja secara kolaboratif dengan pasien) sehingga hubungan kolaboratif dan partisipatif antara pasien dan *health coach* menjadi faktor paling penting dalam perilaku promosi kesehatan (UCSF Center for Excellence in Primary Care, 2014).

Secara garis besar, adapun hal-hal yang dapat ditanyakan oleh *health coach* antara lain:

- a) Tanyakan apa yang mereka ketahui dan apa yang mereka ingin ketahui
- b) Beri tahu mereka apa yang ingin mereka ketahui
- c) Tanyakan apakah mereka mengerti dan apa lagi yang ingin mereka ketahui

Adapun tahapan percakapan dalam teknik *ask-tell-ask* menurut *American Medical Association* (AMA), yaitu sebagai berikut:

- a) *Ask*
 - Selalu minta izin untuk memulai percakapan
 - Minta pada pasien untuk menggambarkan pemahaman mereka tentang kunjungan sebelumnya dengan dokter/petugas kesehatan. Ini akan membantu menyesuaikan pembicaraan dengan tingkat pemahaman dan keadaan emosi pasien
 - Tanyakan apa pendapat pasien tentang kesehatan mereka, misalnya:
 - ✓ Saat ini, seberapa penting untuk meningkatkan kesehatan anda?
 - ✓ Apa yang anda lakukan untuk meningkatkan kesehatan anda?
 - ✓ Apa yang membuat anda sulit untuk menjaga kesehatan?



- Ajukan pertanyaan untuk mencari tahu apa sudah diketahui pasien, misalnya pada pasien diabetes:
 - ✓ Apa yang anda ketahui tentang diabetes?
 - ✓ Apakah anda tahu cara menurunkan A1c anda?

b) *Tell*

- Berikan informasi dan edukasi sederhana yang ingin diketahui pasien terkait dengan penyakitnya
- Gunakan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami oleh pasien (hindari menggunakan istilah medis)

c) *Ask again*

- Mengkonfirmasi pemahaman pasien dengan meminta pasien untuk mengulangi kembali apa yang baru saja dijelaskan dengan menggunakan kalimat/bahasa sendiri.
- Tanyakan apakah pasien memiliki pertanyaan atau ingin mengetahui hal lain terkait dengan penyakit atau kondisinya

2) *Teach-back*

Menurut *American Medical Association* (AMA) metode *teach-back* adalah teknik dimana pasien mengulang kembali informasi yang baru saja diberikan dengan menggunakan kata-kata mereka sendiri. *Teach-back* bukan tentang menguji pengetahuan pasien, tetapi merupakan cara untuk mengkonfirmasi bahwa pendidik telah menjelaskan apa yang penting dan dengan cara yang dipahami oleh pasien (Farris, 2015).

3) *Action Planning*

Menurut USCF (2014), rencana tindakan adalah kesepakatan antara pasien, penyedia layanan kesehatan dan *health coach* untuk membantu pasien memenuhi tujuan dalam mencapai kesehatan yang lebih baik. Rencana tindakan adalah alat yang digunakan untuk melibatkan pasien dalam diskusi perubahan perilaku yang dapat membantu pasien untuk mencapai tujuan bersama dengan dokter dan *health coach*. Rencana kegiatan harus berdasarkan



pada pasien, lebih spesifik dan realistis (pasien memiliki tingkat kepercayaan yang tinggi terhadap keberhasilan rencana tindakan).

Tanyakan kepada pasien apa yang harus dia lakukan untuk meningkatkan kesehatannya (misalnya, melakukan aktifitas fisik, meningkatkan pilihan makanan, minum obat, mengurangi stress, mengurangi kebiasaan merokok atau pilihan mereka). Tanyakan lebih lanjut tentang perincian spesifik dan catat perincian tersebut pada formulir rencana aksi (apa, berapa banyak, kapan, seberapa sering, di mana dan dengan siapa). Setelah pasien mengidentifikasi rencana tindakan tersebut, minta pasien untuk menilai tingkat kepercayaan dirinya dalam mencapai tindakan (menggunakan skala 0-10). Jika tingkat kepercayaan kurang dari skala 8, tanyakan bagaimana tujuan dapat diubah untuk meningkatkan ke skala 8 atau lebih.

Menurut *American Medical Association* (AMA), ada enam langkah untuk membuat rencana tindakan kolaboratif, yaitu:

- a) Izinkan pasien untuk memilih satu domain umum dari perubahan perilaku (misalnya, makan, berolahraga atau minum obat)
- b) Diskusikan rencana tindakan yang sangat spesifik yang pasien ingin ambil (misalnya, berjalan selama 20 menit atau tiga hari perminggu)
- c) Periksa kepercayaan diri pasien bahwa mereka akan berhasil dengan rencana tindakan yang mereka pilih (dengan menggunakan skala 0-10)
- d) Tanyakan kapan pasien ingin memulai rencana (misalnya, akhir pekan ini atau bulan pertama)
- e) Lakukan *follow-up* melalui telepon untuk memeriksa kemajuan tindakan pasien dan mendukung mereka dalam mengatasi setiap tantangan dengan tetap berpegang pada rencana tindakan.



h. *Motivational Interviewing*

Awal dikembangkannya *Motivational Interviewing* (MI) ditujukan pada individu dengan gangguan penggunaan alkohol, namun seiring perkembangannya kini digunakan untuk mendukung perubahan perilaku pada sejumlah penyakit kronis, misalnya penggunaan zat adiktif, diabetes, penyakit kardiovaskuler, obesitas, nyeri kronis, COPD, asma dan beberapa penyakit kronis lainnya (Simmons & Wolever, 2013). Keberhasilan dalam metode *health coaching* tidak lepas dari penggunaan teknik *motivational interviewing* (MI) yang mampu mempromosikan perubahan perilaku sejak pasien dipandu untuk membuat keputusan sendiri tentang bagaimana mereka membuat perubahan dalam gaya hidupnya (Miller & Rollnick, 2013). *Health coaching* berbasis MI dapat disampaikan secara langsung (Leahey & Wing, 2013), melalui telepon (Thomas et al., 2012), *online* (Green et al., 2014) ataupun kombinasi antara ketiganya (Linden et al., 2010; Olsen & Nesbitt, 2010). Penggunaan teknik MI dalam intervensi *health coaching* yang mencakup informasi individual, terpusat pada pasien dalam pengambilan keputusan dan dukungan manajemen diri serta koordinasi perawatan telah terbukti meningkatkan hasil pada pasien dengan penyakit kronis dengan motivasi yang diberikan oleh *health coaches* (Kivela, Elo, Kyngas, & Kaariainen, 2014; Dennis et al., 2013). *Health coaches* yang telah terlatih dalam memberikan wawancara motivasi baik secara langsung atau melalui telepon, mampu mewujudkan semangat pasien termasuk kesediaan pelatih untuk mendengarkan dan memahami pasien dan pemberdayaan untuk mengadopsi perilaku yang mereka anggap perlu untuk menjalani perawatan bahkan secara langsung terkait dengan penyakit mereka (Rehman, Karpman, Vickers, Lp, & Benzo, 2017).

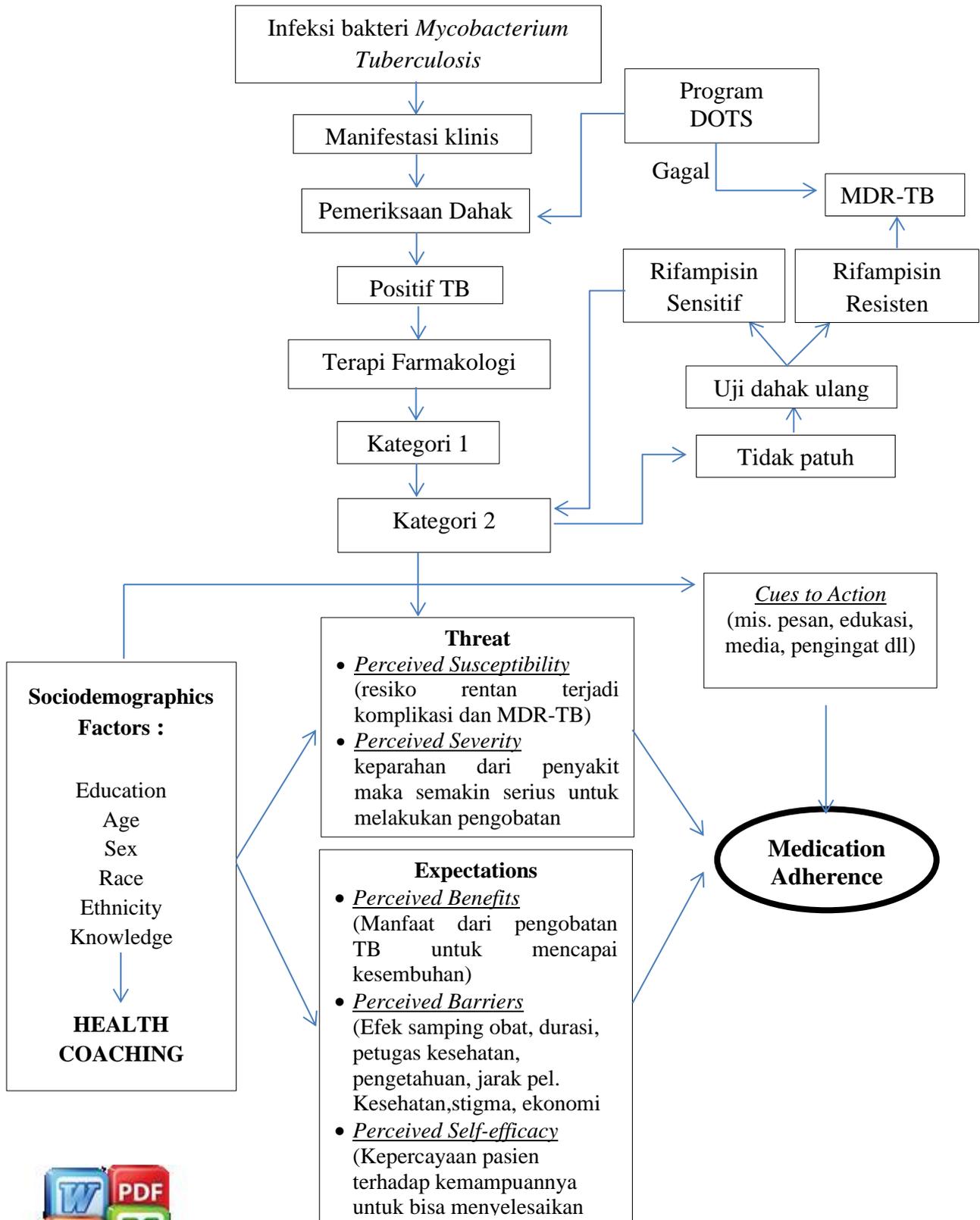
Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Linden et al. (2010) menunjukkan bahwa *health coaching* berbasis MI adalah intervensi yang efektif untuk meningkatkan kemandirian, aktivasi dan persepsi status kesehatan global, *self-efficacy* dan meningkatkan kesiapan



dalam perubahan gaya hidup yang lebih baik pada pasien dengan penyakit kronis termasuk COPD dan *asthma*. Dalam penelitian ini, pasien yang menentukan sendiri jumlah sesi pelatihan yang akan mereka jalani, rata-rata hanya tiga sesi selama periode studi. Lebih lanjut dijelaskan bahwa, peneliti menyimpulkan keberhasilan dari intervensi lebih disebabkan oleh teknik MI yang digunakan daripada hanya dengan menggunakan intervensi *health coaching* saja. *Health coaching* dengan pendekatan MI sangat berbeda dengan pendidikan tradisional dalam hal manajemen penyakit. Dalam model pendidikan tradisional, perawat mengandalkan taktik sebagai inti interaksi dengan pasien dengan memberi rencana perawatan, dikembangkan tanpa adanya masukan dan perawat yang menentukan apa yang harus dilakukan dan perubahan perilaku apa yang dilakukan. Sebaliknya, interaksi berdasarkan MI dibentuk oleh pemahaman dari apa yang memicu perubahan dan rencana perawatan adalah proses kolaboratif, di mana *health coach* dan pasien mengidentifikasi tujuan kesehatan bersama dan menyepakati rencana konkret dan realitas untuk mencapai tujuan (Miller & Rollnick, 2013; Linden et al., 2010). Tujuan yang ditentukan secara kolaboratif tersebut dicapai dengan memotivasi pasien dan memanfaatkan kesediaan mereka untuk mengubah gaya hidup serta mendukung perawatan mandiri di rumah (Kivela et al., 2014).



C. KERANGKA TEORI



2.3 Kerangka Teori Pengaruh *Health Coaching* Berbasis *Health Belief Model* dan Peningkatan *Self-efficacy* dan Kepatuhan Minum Obat Pasien TB Paru

Keterangan :

Health Belief Model (HBM) merupakan konsep perubahan perilaku yang terjadi pada individu. Dalam teori HBM ini pasien TB dapat mempersepsikan ancaman masalah kesehatan yang dirasakan setelah didiagnosa TB positif dan perilaku untuk mampu mengelola masalah tersebut dengan melakukan pemeriksaan dan pengobatan farmakologi berdasarkan program DOTS yang telah dicanangkan oleh pemerintah yang terbagi menjadi dua kategori/tahap. Namun, kebanyakan pasien TB mangkir dan kurang patuh dalam menjalani rejimen pengobatan pada tahap 2 dikarenakan masa pengobatan yang terlalu lama dan panjang serta beberapa efek samping yang dirasakan. Teori HBM dibangun untuk menjelaskan perilaku individu dan sebagai penghubung jalur antara faktor sosiodemografi dan keyakinan kesehatan yang dapat mempengaruhi kepatuhan pengobatan TB, sehingga dibutuhkan intervensi untuk bisa meningkatkan persepsi kesehatan serta mengubah perilaku tersebut. Dari beberapa faktor sosiodemografi dalam konsep HBM, hanya faktor pengetahuan yang dapat diubah melalui intervensi *health coaching* untuk mencapai tujuan dalam hal kesehatan. Oleh karena itu pasien diberikan sesi *health coaching* dengan berdasarkan pada konstruk/kerangka kerja teori dari HBM untuk mampu mengidentifikasi, mengatasi hambatan dan mampu mengubah perilaku pasien menjadi patuh dalam pengobatannya. Teori HBM ini didasarkan pada beberapa persepsi yang dirasakan pasien terhadap masalah kesehatannya. Pasien akan diberi *health coaching* untuk mendapatkan pengetahuan dan meningkatkan persepsi resiko kerentanan terhadap penularan penyakit lain dikarenakan karena penyakitnya yang membuat daya tahan tubuh yang menurun, selain itu persepsi terhadap keseriusan atau keparahan dari penyakitnya jika mereka mangkir atau tidak patuh terhadap pengobatannya (misalnya resiko akan terjadinya MDR-TB dan infeksi TB ke organ tubuh lainnya). Begitupula dengan persepsi akan hambatan yang dirasakan, sehingga pasien akan mengeksplor melalui sesi *health coaching* dalam menemukan solusi yang tepat cara mengatasi hambatan tersebut dan meningkatkan persepsi terhadap

yang dirasakan ketika mematuhi pengobatan selama jangka waktu yang ditentukan. Selain itu, melalui sesi *health coaching* juga menjadi pengingat,



memberikan pengetahuan, memotivasi dan meningkatkan keyakinan/kepercayaan diri pasien untuk patuh dalam menyelesaikan sisa pengobatannya.



Optimized using
trial version
www.balesio.com