

TESIS
PENGARUH *HEALTH COACHING* TERHADAP TINGKAT
DEPRESI DAN KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN
TUBERKULOSIS



Disusun dan diajukan oleh

REZI RAHAYU
R012231042

PROGRAM STUDI MEGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2025

**PENGARUH PENGARUH *HEALTH COACHING* TERHADAP TINGKAT
DEPRESI DAN KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN TUBERKULOSIS**

DENGAN PENYAKIT TUBERKULOSIS

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister Keperawatan

Program Studi Magister Ilmu Keperawatan

Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh

REZI RAHAYU
R012231042

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2025**

AYAM-AYAM

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Rezi Rahayu

NIM : R012231042

Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan

Fakultas : Keperawatan

Judul : Pengaruh *Health Coaching* Terhadap Tingkat Depresi Dan Kepatuhan
Minum Obat Pasien Tuberkulosis

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapat 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, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

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

Makassar, 16 Mei 2025

Yang Menyatakan

Rezi Rahayu

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

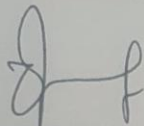
**PENGARUH *HEALTH COACHING* TERHADAP TINGKAT
DEPRESI DAN KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN
TUBERKULOSIS**

Disusun dan diajukan oleh

REZI RAHAYU
R012231042

Telah disetujui untuk diajukan pada ujian tutup

Pembimbing I



Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S. Kp., M. Si
NIP. 19680421 2001 12 2 002

Pembimbing II



Dr. Takdir Tahir, S. Kep., Ns., M. Kes
NIP. 19770421 2009 12 1 003

Mengetahui
Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan



Saldy Yusuf, S. Kep., Ns., MHS., Ph.D., ETN
NIK. 19781026 201807 3 001

HALAMAN PENGESAHAN HASIL

PENGARUH *HEALTH COACHING* TERHADAP TINGKAT DEPRESI
DAN KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN TUBERKULOSIS

Disusun dan diajukan oleh:

REZI RAHAYU
R012231042

Telah diperbaiki untuk diajukan pada seminar hasil :

Pembimbing I


Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si.
NIP. 19680421 200112 2 002

Pembimbing II


Dr. Takdir Tabir, S.Kep., Ns., M.Kes.
NIP. 19770421 200912 1 003

Mengetahui,
Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan



Saldy Yusuf, S.Kep., Ns., MHS., Ph.D., ETN.
NIP. 19781026 201807 3 001

HALAMAN PENGESAHAN PROPOSAL TESIS
PENGARUH *HEALTH COACHING* TERHADAP TINGKAT DEPRESI
DAN KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN TUBERKULOSIS

Disusun dan diajukan oleh:

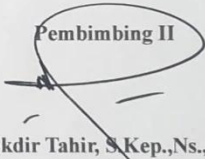
REZI RAHAYU
R012231042

Telah diperbaiki sesuai saran dan masukan dewan penguji

Pembimbing I


Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S. Kp., M. Si
NIP.19680421 2001 12 2 002

Pembimbing II


Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP. 19770421 2009 12 1 003

Mengetahui

Ketua Program Studi

Magister Ilmu Keperawatan


Saldy Yusuf, S.Kep.,Ns.,MHS.,Ph.D.,ETN
NIP. 19781026 201807 3 001

HALAMAN PENGESAHAN PROPOSAL TESIS
PENGARUH *HEALTH COACHING* TERHADAP TINGKAT
DEPRESI DAN KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN
TUBERKULOSIS

Disusun dan diajukan oleh:

REZI RAHAYU
R012231042

Telah disetujui untuk diajukan pada seminar proposal:

Pembimbing I


Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S. Kp., M. Kes
NIP.19680421 2001 12 2 002

Pembimbing II


Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP. 19770421 2009 12 1 003

Mengetahui

Ketua Program Studi

Magister Ilmu Keperawatan



Saldy Yusuf, S.Kep.,Ns.,MHS.,Ph.D.,ETN
NIP. 19781026 201807 3 001

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim Alhamdulillah rabbil'alamiin, segala puji bagi Allah, Tuhan Maha Pencipta bagi semesta alam atas segala rahmat, nikmat dan taufik-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan Tesis yang berjudul “Pengaruh *Health Coaching* Terhadap Tingkat Depresi Dan Kepatuhan Minum Obat Pasien Tuberkulosis”.

Tesis ini diajukan sebagai bagian dari tugas akhir dalam rangka menyelesaikan studi pada Program Magister Ilmu Keperawatan di Universitas Hasanuddin Makassar dalam peminatan Keperawatan Medikal Bedah. Dalam penyelesaian tesis ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, terutama kesediaan dari dosen pembimbing yang dengan tulus dan sabar meluangkan waktunya untuk membimbing dan mengarahkan penulis agar dapat menyusun tesis ini dengan baik. Untuk itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang setulusnya kepada:

1. **Ibu Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S. Kp., M.Si** selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin dan selaku dosen pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu untuk membantu penulis dalam memberikan ide, saran dan kritiknya selama proses penyusunan tesis ini.
2. **Bapak Dr. Takdir Tahir, S.Kep., Ns., M.Kes** selaku pembimbing II atas kesempatan dan waktunya untuk membantu penulis dalam memberikan ide, saran dan arahan selama proses bimbingan proposal tesis ini.
3. **Bapak SaldyYusuf, S.Kep., Ns., MHS., Ph.D., ETN** selaku ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin
4. Kedua orang tua dan keluarga yang selalu mendukung dan mendoakan dalam kelancaran penyusunan tesis ini
5. Para Dosen dan staf Fakultas Keperawatan yang telah banyak memberi ilmu pengetahuan dan bantuan selama proses perkuliahan .

6. Rekan-rekan PSMIK 2023 yang telah banyak membantu dan memberi dukungan kepada penulis.
7. **Kementerian Kesehatan Republik Indonesia** atas dukungan dan kepercayaan yang diberikan melalui **program tugas belajar pasca penugasan Nusantara Sehat**, yang telah memberikan saya kesempatan untuk melanjutkan pendidikan di jenjang Magister (S2). Bantuan ini menjadi motivasi dan dorongan besar bagi saya untuk terus berkembang dan berkontribusi dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia.
8. Semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian tesis ini yang tidak dapat penulis sebutkan namanya satu persatu

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan tesis ini dengan sebaik baiknya. Namun demikian penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan yang terdapat dalam penyusunan tesis ini. Oleh karena itu demi kesempurnaan, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak. Semoga Allah Subhanahu Wa Ta'ala senantiasa melimpahkan rahmat-Nya kepada kita semua dan apa yang kami sajikan dalam proposal tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Aamiin Ya Rabbal Aalamin.

Makassar, 23 Mei 2025

Penulis

Rezi Rahayu

ABSTRAK INDONESIA

ABSTAK INGGRIS

DAFTAR ISI

SAMPIL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian	9
D. Pernyataan Originalitas	9
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. TINJAUAN LITERATUR	15
1. Tuberkulosis	15
2. Depresi dan kesehatan mental pada pasien tuberkulosis	24
3. Alat ukur untuk mengukur Tingkat depresi	29
4. Kepatuhan minum obat	29
5. Alat ukur untuk menilai kepatuhan minum obat	31
6. Intervensi <i>Health Coaching</i>	32
B. KERANGKA TEORI	59

BAB III	KERANGKA KONSEPTUAL & HIPOTESIS PENELITIAN	
	A. KERANGKA KONSEP	60
	B. DEFENISI OPRASIONAL	60
	C. HIPOTESIS PENELITIAN	63
BAB IV	METODE PENELITIAN	
	A. DESAIN PENELITIAN	64
	B. TEMPAT DAN WAKTU PENELITIAN.....	65
	C. POPULASI DAN SAMPEL	65
	D. TEKNIK SAMPLING	66
	E. PROSEDUR INTERVENSI	67
	F. INSTRUMEN DAN PENGUMPULAN DATA	71
	G. PENGOLAHAN DATA	72
	H. ANALISA DATA	73
	I. ETIKA PENLITIAN.....	73
	J. ALUR PENELITIAN	76
BAB V	HASIL PENELITIAN	
	A. Karakteristik Demografi Responden	77
	B. Analisis Bivariat	79
BAB VI	PEMBAHASAN	
	A. Diskusi Hasil	80
	B. Implikasi Dalam Praktik Keperawatan	85
	C. Keterbatasan Penelitian	86
BAB VII	PENUTUP	

A. Kesimpulan	87
B. Saran	87

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Pernyataan Originalitas	9
Tabel 2. 1 Dosis OAT Kategori 1	22
Tabel 2. 2 Dosis OAT Kombipak Kategori 1	22
Tabel 2.3 Dosis OAT Kategori 2	23
Tabel 2.4 Dosis OAT Kombipak Kategori 2	23
Tabel 2.5 Implementasi <i>Health Coaching</i> dalam berbagi aspek penelitian	48
Tabel 3. 1 Defenisi Opraional	62
Table 4.1 Waktu pelaksanaan Penelitian	66
Tabel 5.1 Karakteristik Responden.....	76
Tabel 5.2 Analisis perbedaan tingkat depresi dan kepatuhan minum obat pasien tuberkulosis.....	78

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Model sindrom tuberkulosis-depresi	30
Gambar 2.2 Model <i>Ask-tell-ask</i>	38
Gambar 2.3 <i>GROW</i> Solusi	44
Gambar 2.4 Kerangka Konsep	62
Gambar 4.1 Alur penelitian	76
Gambar 4. 2 Diagram alir paien	77

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar kuesioner data demografi

Lampiran 2 *Questioner Patient Health Questionnaire-9(PHQ-9)*

Lampiran 3 *Questioner The Eight-Item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS 8)*

Lampiran 4 *Health Coaching Session*

Lampiran 5 *Kalender Action Planning*

Lampiran 6 *Agenda Health Coaching*

Lampiran 7 Rekomendasi persetujuan etik

Lampiran 8 surat keterangan penelitian DPMP PTSP

Lampiran 9 Surat izin penelitian

Lampiran 10 Surat selesai penelitian

Lampiran 11 dokumentasi kegiatan

Lampiran 12 pernyataan keabsaan tesis

Lampiran 13 Percakapan coaching

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Tuberkulosis merupakan tantangan kesehatan masyarakat global yang serius yang menimbulkan morbiditas dan mortalitas di seluruh dunia dan merupakan penyakit infeksi menular yang upaya pengendaliannya menjadi salah satu target dunia yaitu Sustainable Development Goals (SDGs) (Nasution & Elfira, 2023). Di seluruh dunia, terjadi pemulihan yang signifikan dalam jumlah orang yang didiagnosis dan diobati dengan tuberkulosis pada tahun 2022. Namun, tuberkulosis masih menjadi penyebab kematian terbesar kedua di dunia setelah COVID-19 dan tujuan pengobatan global telah gagal atau belum mencapai targetnya yaitu pada tahun 2018-2022 pengobatan tuberkulosis semua umur 40 juta yang tercapai 34 juta (84%), pada anak-anak 3,5 juta yang tercapai 2,5 (71%), pengobatan MDR/RR-TB target 1,5 juta yang tercapai 825.000 (55%) dan pengobatan TDR/RR-TB pada anak-anak di targetkan 115.000 yang tercapai hanya 21.600 (19%). Di seluruh dunia, jumlah orang yang baru didiagnosis menderita tuberkulosis dilaporkan sebanyak 7,5 juta orang pada tahun 2022. Angka ini lebih besar dari angka dasar sebelum COVID sebesar 7,1 juta orang pada tahun 2019, naik dari 5,8 juta orang pada tahun 2020 dan 6,4 juta orang pada tahun 2021, dan mungkin mencakup jumlah orang yang didiagnosis tuberkulosis pada tahun-tahun sebelumnya (World Health Organization (WHO), 2023).

Asia tenggara memiliki jumlah kasus tuberkulosis tertinggi, sekitar 4.814.900. Menurut estimasi, insiden tuberkulosis di Indonesia sebesar 969.000, atau 354 per 100.000 penduduk, dan angka kematian akibat tuberkulosis diperkirakan sebesar 144.000, atau 52 per 100.000 penduduk. Dari jumlah kasus yang dilaporkan, sebesar 724.309 (75% dari total kasus), 25% masih belum teridentifikasi, yaitu kasus yang belum terdeteksi, atau tidak dilaporkan. Salah satu dari delapan provinsi di Indonesia yang menjadi fokus upaya penemuan kasus adalah Sulawesi Selatan, khususnya kota Makassar, yang melakukan skrining

gejala TB di rumah dari November 2022 hingga februari 2023 (Direktorat Jenderal Pencegahan, 2023).

Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa tingkat tuberkulosis yang didiagnosis oleh tenaga kesehatan mencapai puncaknya pada kelompok umur 65-74 tahun, dengan prevalensi sebesar 1,25%. Tingkat kejadian juga lebih tinggi pada laki-laki (0,47%), orang yang tidak melanjutkan pendidikan formal (0,92%), nelayan (1,56%), dan orang yang tinggal di perkotaan (0,38%). Analisis data ini memberikan wawasan tentang fitur khusus dan faktor risiko yang terkait dengan tingkat kejadian TB paru di Sulawesi Selatan (Riskesdas Kab/kota, 2018). Menurut (Aswi et al., 2021) Pemetaan kasus tuberkulosis di provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020 yaitu kota makassar merupakan wilayah *relative risk* (rr) tertinggi (1,70) yang mengindikasikan bahwa kota makassar memiliki resiko tuberkulosis 70% lebih tinggi dari rata-rata, Kota Makassar menempati peringkat pertama dalam jumlah kasus tuberkulosis di Sulawesi Selatan. Meskipun jumlah kasus baru di tahun 2021 diperkirakan akan menurun sebesar 2.614 kasus karena fokus sistem kesehatan pada pengendalian COVID dan kebiasaan menggunakan masker, kasus TBC di kota Makassar masih cukup tinggi, sebagian besar berada di rentang usia 20 hingga 60 tahun. dengan 92,2% penderita baru dan 37,8% terkonfirmasi klinis dan 62,2% terkonfirmasi bakteriologi. Penemuan kasus terbanyak adalah di puskesmas 77,4 % (Rismayanti et al., 2023). Kasus TBC Kota Makassar pada tahun 2023 sebanyak 6640 orang, dari total 47 Puskesmas dan yang tertinggi berada di Puskesmas Kaluku Bodoa dan Puskesmas Bara-baraya di Kota Makassar (Dinas Kesehatan Kota Makassar, 2024).

Meskipun TBC dapat disembuhkan dengan pengobatan antibiotik lini pertama selama 6 bulan, ketidak patuhan merupakan tantangan utama dalam program pengendalian dan pencegahan tuberkulosis (Nezenega et al., 2020). Proporsi ketidak patuhan terhadap pengobatan anti-TB adalah 27,24% sangat berhubungan dengan persepsi pribadi responden, merokok, status TBC saat ini, tempat berobat pertama, pendidikan, dan wilayah. Posisi pertama kali berobat TBC pada dokter swasta berhubungan signifikan dengan risiko ketidak patuhan berobat

(Lolong et al., 2023). Tingkat kepatuhan minum obat yang rendah menunjukkan bahwa Ketidak patuhan responden terkait beberapa hal yaitu 78% responden tidak patuh dalam mengkonsumsi obat tuberkulosis sesuai dengan jumlah yang ada dietiket obat sesuai anjuran dokter, 76% tidak mematuhi petunjuk petugas kesehatan dan Pengawas Minum Obat (PMO) dalam menelan obat, 73% responden tidak tahu bahwa pengobatan tuberkulosis memerlukan waktu jangka panjang (Abubakar et al., 2022). Sebanyak 27 (77%) pasien patuh dan 8 (23%) pasien tidak patuh. Penyebab ketidakpatuhan dalam penelitian ini meliputi oleh faktor pasien (kurang motivasi, lupa minum obat, belum paham penjelasan dari tenaga kesehatan, pasien bingung cara minum obat), faktor akses (tidak ada kendaraan), faktor sosial (pekerjaan) serta dukungan keluarga dan kurangnya peran PMO (D.P. Priyaputranti et al., 2023). Selain itu depresi dan stigma mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberkulosis (Endria & Yona, 2019). Selain itu Orang yang terdiagnosis TBC mempunyai risiko lebih tinggi terkena depresi dibandingkan dengan populasi umum (Shen et al, 2014).

Tingginya angka tuberkulosis searah dengan kenaikan *loss to follow-up* (putus berobat), karena makin banyak yang putus berobat maka pengobatan makin tidak tuntas. Dampaknya semakin memperluas angka penularan tuberkulosis. *A loss to follow-up* dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain 64,3% *loss to follow-up* berisiko terjadi pada laki-laki, jarak yang ditempuh pasien menuju pusat pengobatan berisiko terhadap *loss to follow-up*, selain itu efek samping yang dirasakan memperbesar risiko untuk *loss to follow-up* selain faktor dukungan keluarga, pelayanan kesehatan, pengetahuan, stigma, hingga kepercayaan (Masita & Helen Andriani, 2023). Tekanan psikologis merupakan komorbiditas utama pada pasien tuberkulosis (TB) (Tola et al., 2015). Orang yang terkena TBC memiliki risiko lebih tinggi mengalami kondisi kesehatan mental dan penggunaan narkoba. Komorbiditas ini berdampak negatif pada kemampuan seseorang untuk mematuhi Pengobatan dan praktik pengendalian infeksi. Hal ini juga dapat memperburuk angka kesakitan dan meningkatkan risiko buruknya hasil pengobatan TBC dan buruknya kualitas hidup terkait kesehatan secara keseluruhan (World Health

Organization (WHO), 2022). Banyaknya angka kejadian penyakit TB paru di dunia khususnya Indonesia, menimbulkan permasalahan seperti terapi yang lama dan kompleks, komplikasi penyakit serta banyak kekhawatiran lain yang dapat memicu munculnya depresi. TB Paru memerlukan pengobatan selama 6-8 bulan. Pengobatan tersebut memerlukan waktu yang lama maka penderita TB paru sangat mungkin mengalami depresi (Marselia, 2017).

Penelitian yang dilakukan di tujuh negara dan melibatkan 4903 peserta di perkiraan prevelensi depresi di antara pasien tuberkulosis ditemukan sebesar 45,19 %. Prevelensi lebih tinggi pada pasien TB-MDR 52,34% dibandingkan pasien non-TB-MDR 43,47 %. Prevelensi lebih tinggi dikalangan perempuan 51,54 %, dibandingkan laki-laki hanya 45,25 %. Prevelensi depresi di kalangan pasien tuberkulosis relatif tinggi. Skrining dan penata laksanaan depresi pada pasien tuberkulosis untuk mengurangi penderita. Selain itu integrasi program tuberkulosis dengan layanan psikiatri reguler dapat mengurangi beban secara signifikan (Duko, 2020). Hasil studi yang dilakukan oleh (Abdurahman et al., 2022) menyebutkan bahwa tingkat kejadian depresi pada penderita tuberkulosis mencapai 52,1%. Kelompok usia 25-34 tahun dengan jenis kelamin perempuan, terapi fase intensif untuk tuberkulosis, status HIV positif, kebiasaan merokok, dan kurangnya dukungan sosial, semuanya secara statistik terkait dengan kecenderungan mengalami depresi. Menurut (Fang et al., 2022) di Tiongkok Tuberkulosis paru adalah salah satu penyebab utama kematian dan merupakan penyakit sosial. Sebanyak 328 pasien tuberkulosis disaring untuk dianalisis menemukan bahwa keadaan depresi terjadi pada 225 pasien tuberkulosis (75%) gizi buruk dan fungsi sosial yang buruk erat kaitannya dengan gejala depresi pada pasien tuberkulosis. Selain itu penelitian yang telah dilakukan oleh (Baral et al., 2007) dalam (Marselia, 2017) bahwa seseorang yang baru memulai terapi cenderung mengalami gejala depresi lebih berat dibandingkan pasien TB yang memasuki tahap akhir pengobatan, dimana proses adaptasi pada terapi TB mempengaruhi derajat gejala depresi.

Di RSUP Dr. Kariadi yang merupakan salah satu rumah sakit rujukan nasional penanggulangan TB di Indonesia. Melaporkan angka depresi pada pasien Tuberkulosis di tahun 2016 sebesar 51,9% (Azam et al., 2020). Depresi merupakan salah satu masalah akibat penyebaran penyakit tuberkulosis di negara-negara berkembang, khususnya Indonesia. Dibandingkan dengan masyarakat umum, penderita tuberkulosis lebih besar kemungkinannya menderita depresi. Penderita tuberkulosis yang mengalami depresi sebanyak 53,3% dan ada hubungan yang signifikan antara usia, pendidikan dan pendapatan dengan kejadian depresi pada penderita tubekulosis (Nanda et al., 2023). Beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberkulosis adalah depresi akibat proses penyakit dan stigma negatif terhadap penyakit pasien tuberkulosis paru yang menjalani pengobatan OAT (Endria & Yona, 2019).

Total prevalensi ide bunuh diri dalam satu tahun terakhir adalah 8,5% .Total prevalensi upaya bunuh diri dalam satu tahun terakhir adalah 3,1%.Telah dilaporkan bahwa 0,92% pasien TBC melakukan bunuh diri setelah 2 tahun, dan 2,2% hingga 8,4% dari seluruh kematian TBC disebabkan oleh bunuh diri. Faktor-faktor yang terkait dengan bunuh diri termasuk jenis kelamin perempuan, pengobatan TBC, penyakit penyerta HIV, adanya kondisi kronis lainnya, stres psikologis, dan penyakit mental penyerta.(Patwal et al., 2023). Penyakit tuberkulosis dapat berdampak pada kesehatan fisik dan psikososial pasien. program pemerintah yang ada masih berfokus pada pengobatan dan pencegahan kontamiasi penyakit, dan tidak berfokus pada masalah psikososial pasien. Ini sangat berdampak pada kedisiplinan menjalani pengobatan pasien dan prognosis penyakit tuberkulosis (Suryani et al., 2014). Konseling psikologis, penerapan intervensi komprehensif yang berfokus pada kemiskinan, hambatan yang dihadapi pasien saat menjalani pengobatan, dan 19,5% tingkat ketidakpatuhan pasien yang menjalani pengobatan semuanya merupakan faktor penting dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan tuberkulosis (Habteyes et al., n.d.2017). Berdasarkan target Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia untuk periode 2020-2026, Program Tuberkulosis Nasional akan melakukan intervensi untuk memastikan

sebagian besar kabupaten/kota mencapai target penemuan dan pengobatan kasus Tuberkulosis (TBC) sebesar 90% pada tahun 2024 beberapa Pendekatan Intervensi Penanggulangan yang akan di lakukan yaitu, mewajibkan pelaporan di semua fasyankes, melakukan penemuan kasus aktif (*Active Case Finding*) pada kelompok beresiko (HIV-AIDS tau ODHA, DM, dan malnutrisi), memaksimalkan kegiatan investigasi kontak, memperbaiki pencatatan, memperkuat jejaring fasilitas kesehatan pemerintah, dalam penemuan, tatalaksana dan pengobatan, memperluas dan memperkuat layanan diagnostic dan pengobatan, pemantauan pengobatan untuk TBC sensitive obat dan resisten obat sesuai standar, pendampingan konsumsi OAT, dan mengoptimalkan komunikasi, informasi, dan edukasi tentang tuberkulosis kepada Masyarakat (Zamsiar & Setyawati, 2023).

Intervensi *Health coaching* merupakan program efektif yang melibatkan pasien untuk mengambil tanggung jawab dalam meningkatkan gaya hidup dan status kesehatannya. (Jaata & Astuti, 2023). *Health coaching* dapat menjadi alat yang efektif untuk menerapkan perilaku sehat pada penyakit kronis metode intervensi pasien yang menggunakan teknik berorientasi solusi untuk meningkatkan motivasi dan tindakan positif. Dalam intervensi pelatih kesehatan, pelatih dan pasien bekerja sama untuk menciptakan tujuan berdasarkan nilai, kekuatan, dan preferensi pasien (Gierisch & Hughes, 2017). Intervensi *Health coaching* direkomendasikan karena berkontribusi untuk memfasilitasi kepatuhan pengobatan dan meningkatkan keterampilan efikasi diri dengan meningkatkan kualitas hidup pasien penyakit paru obstruktif kronik (Tülüce & Kutlutürkan, 2018).

Selain itu Penelitian yang di lakukan oleh Evi dan Insani 2012 mengatakan bahwa Adanya pengaruh *health coaching* menunjukkan pengaruh yang bermakna untuk meningkatkan perilaku pencegahan tuberkulosis. Proses *health coaching* yang diberikan pada pasien tuberkulosis meliputi perilaku pencegahan secara fisik dan peningkatan daya tahan tubuh dengan menggunakan manajemen stress karena proses penerimaan pasien dalam menerima perubahan kondisi fisiknya. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa *health coaching* dapat meningkatkan perilaku

pencegahan tuberkulosis secara bermakna pada pasien tuberkulosis yang sedang mengalami pengobatan (Evi Supriatun & Insani, 2021). Dan penelitian yang dilakukan Yohana Agustina sitanggang 2107 juga mengatakan bahwa ada pengaruh *health coaching* terhadap efikasi diri dan perilaku pencegahan penularan Tuberkulosis paru (Sitanggang et al., 2017).

Menurut (Todorova, 2022) *Health coaching* mendukung inisiatif masyarakat untuk mengubah perilaku terkait kesehatan, mencegah penyakit, serta mengatasi gejala, aspek emosional, dan tantangan yang muncul akibat penyakit. Ini menjadi semakin penting sebagai tanggapan terhadap peningkatan prevalensi penyakit kronis, serta pemahaman mendalam terhadap dimensi psikologis, perilaku, dan aspek hubungan terkait penyakit. Kelebihan *health coaching* adalah kemitraan yang berorientasi pada tujuan dan berpusat pada klien yang berfokus pada kesehatan dan terjadi melalui proses pencerahan dan pemberdayaan klien (Olsen, 2014b). *Health coaching* membantu seseorang yang dibina untuk mencapai tujuannya dengan memfasilitasi proses pembelajarannya. *Health coaching* berfokus pada kesehatan dan membantu mendidik seseorang yang dibina mengenai topik tertentu yang berhubungan dengan kesehatannya dan mendukung mereka dalam mencapai tujuannya (Palmer et al., 2003). Beberapa penelitian telah menunjukkan manfaat *health coaching* dalam berbagai konteks diantaranya penelitian yang dilakukan oleh (Kivelä et al., 2014) intervensi *health coaching* memberikan efek positif terhadap kondisi fisiologis, perilaku dan psikologis pasien serta kehidupan sosialnya. Secara khusus, hasil yang signifikan secara statistik menunjukkan pengelolaan berat badan yang lebih baik, peningkatan aktivitas fisik, dan peningkatan status kesehatan fisik dan mental. Menurut (R. Benzo et al., 2022) Pemantauan jarak jauh dengan *health coaching* meningkatkan kesehatan PPOK dan perubahan perilaku, mengingat pengaruhnya terhadap semua aspek kualitas hidup, manajemen diri, aktivitas fisik sehari-hari, tidur, dan skor depresi. Ini merupakan pilihan efektif untuk rehabilitasi berbasis rumah. Hasil penelitian yang dilakukan (Menon et al., 2022) mengatakan bahwa intervensi *health coachig* menyebabkan penurunan skor HbA1c, depresi, dan kecemasan yang signifikan secara statistik dan

bermakna secara klinis di antara orang dewasa LEP Latinx dengan T2D yang tidak terkontrol.

Oleh karena itu *Health coaching* telah terbukti efektif memiliki manfaat untuk meningkatkan kualitas hidup pada berbagai penyakit kronis. Meskipun penelitian terhadap pengaruh *health coaching* telah banyak dilakukan namun pada kenyataannya masih terbatas pada penelitian pengaruh *health coaching* terhadap tingkat depresi dan kepatuhan minum obat khususnya pada pasien tuberkulosis.

B. RUMUSAN MASALAH

Tuberkulosis (TB) masih menjadi tantangan kesehatan global yang utama, membunuh jutaan orang, meskipun tersedia obat pencegahan tuberkulosis (Health et al., 2023). Kepatuhan mengonsumsi obat merupakan aspek utama penanganan tuberkulosis. Beberapa kegagalan pengobatan tuberkulosis disebabkan ketidakpatuhan (D.P. Priyaputranti et al., 2023). Kepatuhan minum obat dipengaruhi oleh usia, sikap, stres, depresi, cemas dan lama menderita (Putu Bagus Pradhana Putra et al., 2023). Selain itu pasien tuberkulosis dapat mengalami Depresi disebabkan oleh berbagai faktor internal dan eksternal, seperti, Kurangnya dukungan keluarga, hambatan aktivitas sehari-hari, dan hambatan berinteraksi dengan masyarakat. Hal ini juga dapat disebabkan oleh faktor lain seperti, Akibat perasaan pengingkaran terhadap realitas penyakit tuberkulosis paru dan stigma negatif masyarakat terhadap tuberkulosis (Marselia, 2017). Dalam enam dekade terakhir, perkembangan medis mengalami kemajuan pesat, namun hasil klinis dan kualitas hidup secara bersamaan menunjukkan penurunan. Diperlukan pendekatan kesehatan yang lebih holistik untuk memberikan pelayanan kepada pasien, mengatasi tantangan penyakit, dan meningkatkan kesejahteraan, baik di dalam maupun di luar fasilitas Kesehatan (Perlman et al., 2020)

Health coaching merupakan metode yang efektif untuk manajemen penyakit respirasi kronis misalnya PPOK, TB paru dan asma. teknik yang menunjang untuk pencapaian tujuan, karena fungsinya untuk memberi motivasi pasien dalam menjalankan action planning dan mampu mengubah perilaku

untuk mencapai tujuan kesehatannya (Irawati, 2023). Berdasarkan fenomena tersebut, pertanyaan penelitian ini adalah adakah pengaruh *health coaching* terhadap tingkat depresi dan kepatuhan minum obat pasien tuberkulosis.

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan umum

Mengetahui pengaruh *Health Coaching* terhadap tingkat depresi dan kepatuhan minum obat pada pasien Tuberkulosis, dengan tujuan meningkatkan kesejahteraan dan efektivitas pengobatan.

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui pengaruh *Health Coaching* terhadap Tingkat depresi pasien tuberkulosis
- b. Mengetahui pengaruh *health coahing* terhadap kepatuhn minum obat pasien tuberkulosis.

D. PERNYATAAN ORIGINALITAS

Tabel 1. 1 Pernyataan Originalitas

No	Author	Judul	Metode	Hasil
1.	(Hanif et al., 2020)	Pengaruh <i>health coaching</i> berbasis Health Belief Model dalam Pencegahan Penularan Tuberkulosis Paru di Puskesmas Karang Taliwang dan Ampenan Nusa Tenggara Barat	<i>Quasi eksperimen, pre, dan post test</i>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa <i>health coaching</i> meningkatkan kepatuhan pencegahan infeksi . Pembinaan kesehatan berdasarkan <i>Health Belief Model</i> berpengaruh positif dalam mencegah penularan infeksi.

No	Author	Judul	Metode	Hasil
2	(Genakama et al., 2020)	Faktor Perilaku Pencegahan Penularan Tuberkuloosis Dengan Pendekatan <i>Health Promotion Model</i>	desain deskriptif analitik dengan pendekatan <i>cross-sectional</i>	Hasil menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara perilaku sebelum sakit, pengetahuan tentang TB, persepsi tentang manfaat tindakan, dukungan keluarga dengan perilaku pencegahan penularan TB paru. persepsi tentang hambatan tindakan, self efficacy sikap yang berhubungan dengan aktifitas pencegahan penularan pengaruh lingkungan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku pencegahan Tb.
3	(Sitanggang et al., 2017)	Health <i>Coaching</i> Berbasis <i>Health Promotion Model</i> Terhadap Peningkatan Efikasi Diri Dan Perilaku Pencegahan Penularan Pada Pasien Tb Paru	<i>Quasi eksperimen, pre, dan post test</i>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh health coaching terhadap efikasi diri dan perilaku pencegahan penularan TB paru.

No	Author	Judul	Metode	Hasil
6	(Evi Supriatun & Insani, 2021)	Pengaruh <i>Health Coaching</i> terhadap Peningkatan Perilaku Pencegahan Tuberkulosis di Kabupaten Tegal	<i>Quasy Experiment pre-post test with control grup</i>	Hasil independent t test menunjukkan rerata perilaku post intervensi pencegahan tuberkulosis pada kelompok perlakuan lebih tinggi 8,88 dibandingkan dengan kelompok kontrol. Adanya pengaruh health coaching menunjukkan pengaruh yang bermakna untuk meningkatkan perilaku pencegahan tuberkulosis sesuai dari hasil <i>pair t test</i> dengan <i>p value 0,000</i> . Proses health coaching yang diberikan pada pasien tuberkulosis meliputi perilaku pencegahan secara fisik dan peningkatan daya tahan tubuh dengan menggunakan manajemen stress karena proses penerimaan pasien dalam menerima perubahan kondisi fisiknya

No	Author	Judul	Metode	Hasil
7	(Abdurahman et al., 2022) Etiopia Timur	Besaran Depresi dan Faktor Terkait Di antara Pasien yang menjalani Pengobatan Tuberkulosis di Tempat Umum Fasilitas Kesehatan di Negara Bagian Harari , Timur Ethiopia	Studi <i>Cross-Sectional</i> Multi-Pusat	Besarnya depresi (PHQ-9) pada pasien tuberkulosis adalah 52,1%. Usia pasien 25–34 tahun, jenis kelamin perempuan 95% pengobatan tuberkulosis fase intensif, status HIV positif, riwayat merokok, dan memiliki dukungan sosial yang buruk merupakan faktor yang secara statistik berhubungan dengan depresi.

Hampir satu dari dua pasien TBC lanjut usia menderita komorbiditas depresi. Sekitar 90% dari mereka akan memiliki kepatuhan pengobatan yang rendah hingga sedang, sehingga membuat mereka mangkir dari pengobatan dan meningkatkan risiko tuberkulosis yang resistan terhadap obat. Disarankan bahwa selama periode pengobatan, evaluasi depresi harus dilakukan setidaknya sekali pada semua pasien tuberkulosis lanjut usia, terutama selama fase intensif. Penting juga untuk menyediakan manajemen depresi yang tepat melalui konseling dan pengobatan bagi mereka yang membutuhkannya. Selain itu, diperlukan pemantauan terus-menerus terhadap pasien yang mengalami depresi untuk memastikan perbaikan kondisi depresi dan memastikan kepatuhan yang baik terhadap pengobatan, dengan tujuan mencegah kegagalan pengobatan (Panati et al., 2023). Tidak hanya lansia yang rentan terkena depresi penelitian

lain yang di lakukan (Nanda et al., 2023) menunjukkan bahwa kejadian depresi pada pasien tuberkulosis (TBC) paru berhubungan signifikan dengan usia, di mana kelompok usia dewasa tengah (41-60 tahun) rentan mengalami depresi kemudian usia dewasa awal (18-40 tahun) dan dewasa akhir (>60 tahun). Masalah kesehatan mental terjadi pada semua kelompok umur, generasi muda berisiko tinggi mengalami tantangan kesehatan mental dan kurang mendapat perhatian (Juliasih et al., 2023).

Tekanan psikososial dapat memiliki dampak signifikan pada tingkat depresi dan kepatuhan minum obat pada pasien Tuberkulosis. Stigmatisasi sosial yang dapat menyebabkan perasaan malu dan isolasi. Stigma ini dapat memperburuk tingkat depresi pada pasien Stigma sosial juga dapat berdampak negatif pada kepatuhan minum obat. Pasien yang mengalami kesulitan ekonomi mungkin mengalami tekanan psikososial yang signifikan, yang dapat meningkatkan tingkat depresi. Keuangan yang tidak stabil dapat memperburuk keadaan mental pasien. Kondisi kronis memberikan beban serius pada individu dan sistem layanan kesehatan. *Health coaching* telah muncul sebagai pendekatan menjanjikan yang dapat mendukung intervensi gaya hidup yang efektif (Yang et al., 2020).

Perlunya adanya intervensi dan dukungan psikosoasial bagi pasien tuberkulosis terutama pada awal-awal pengobatan. Oleh karena itu originalitas penelitian ini adalah bagaimana upaya atau strategi menurunkan tingkat depresi, memperbaiki kualitas hidup, memutus mata rantai penularan yang diakibatkan oleh tekanan psikososial dan meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien tuberkulosis melalui intervensi *health coaching*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN LITERATUR

Tuberkulosis yang disebabkan oleh bakteri kompleks *Mycobacterium tuberculosis*, merupakan salah satu penyakit tertua yang diketahui menjadi penyebab utama kematian di seluruh dunia (Natarajan et al., 2020). Selain itu penyakit tuberkulosis membebani sistem kesehatan masyarakat dengan biaya yang signifikan Dimana Perawatan terapi yang panjang pada pasien TB menyebabkan tingginya biaya pengobatan yang harus dibayarkan (Iswari et al., 2020). Selain itu Pengetahuan dan stigma sosial dapat mempengaruhi perilaku penderita TBC dalam mencari pengobatan agar dapat terbebas dari penyakit dan memperoleh kesembuhan Kesehatan (Hutagalung et al., 2022).

1. Tuberkulosis

a. Defenisi

Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium tuberculosis* (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2021). Menurut kementerian kesehatan 2022 Tuberkulosis merupakan salah satu penyebab kematian tertinggi di seluruh dunia dan penyebab utama kematian dari agen infeksius (Direktorat Jenderal Pencegahan, 2023).

b. Etiologi

Micobakterium tuberkulois menyebabkan tuberkulosis. Mikobakterium tuberkulosis adalah basil tahan alkohol dan asam. Ini adalah bagian dari sekelompok organisme yang diklasifikasikan sebagai mikobakterium tuberkulosis. Anggota lain dari kelompok ini adalah *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium bovis*, dan *Mycobacterium microti*. Sebagian besar organisme mikobakteri lainnya diklasifikasikan sebagai organisme mikobakteri non-tuberkulosis atau atipikal (Adigun & Singh, 2023).

Proses penularan Tuberkulosis terutama terjadi melalui udara, ketika seseorang yang terinfeksi Tuberkulosis paru atau Tuberkulosis laring batuk, bersin, atau berbicara. Partikel kecil yang disebut percik renik atau droplet nucleus, yang dapat mengandung 1-5 basil TB, dapat tetap berada di udara selama 4 jam. Faktor-faktor yang memengaruhi transmisi *Micobakterium tuberculosis*. Melibatkan jumlah organisme yang dikeluarkan ke udara, konsentrasi organisme dalam udara (dipengaruhi oleh volume dan ventilasi ruang), dan durasi paparan terhadap udara terkontaminasi. Risiko tertinggi terinfeksi terjadi pada dua tahun pertama setelah terinfeksi, khususnya pada anak-anak di bawah 5 tahun dan orang lanjut usia.

Individu dengan sistem imun yang melemah, seperti orang dengan HIV atau kondisi medis lain yang menekan sistem imun, memiliki risiko lebih tinggi mengembangkan penyakit TB aktif. Sebagian besar kasus TB aktif terjadi pada dua tahun pertama setelah terinfeksi, dan paparan tersebut berkembang menjadi penyakit TB aktif hanya pada 10% dari individu dengan sistem imun yang normal.

c. Patofisiologi

Penderita tuberkulosis primer atau aktif. *Micobakterium tuberculosis* menginfeksi orang sehat melalui selaput lendir, lapisan kulit yang rusak, sistem pencernaan, dan banyak lagi umumnya, saluran pernapasan. sumbernya adalah orang dengan tuberkulosis aktif pada paru-paru atau laring yang mampu melakukan aerosolisasi *Micobakterium tuberculosis*. Sumbernya menghasilkan aerosolisasi ini melalui tindakan ekspirasi yang kuat seperti batuk, bersin, berteriak, atau bernyanyi. *Micobakterium tuberculosis* kemudian mampu bertahan hidup Individu yang rentan menghirup *M. tuberculosis* yang bersifat aerosol. Beberapa tetesan yang berukuran lebih kecil dari 5 μm dan mengandung 1-3 basil dapat mencapai kantung alveolar saat terhirup. Namun, ukuran partikel infeksius bervariasi dari 0,65 hingga > 7 μm . Setelah mencapai kantung alveolar, bakteri menetap di sana (Maison et al., 2022).

d. Gejala

Gejala utama tuberkulosis adalah batuk terus menerus selama tiga minggu atau lebih. Dan gejala tambahan yang sering di jumpai yaitu Dahak bercampur darah/batuk darah, Demam selama tiga minggu atau lebih 3) Sesak nafas dan nyeri dada, Penurunan nafsu makan, Berat badan turun. Rasa kurang enak badan (malaise, lemah. Berkeringat di malam hari walaupun tidak melakukan apa-apa (Aini et al., 2017)

e. Penyebaran

Sumber penyebaran adalah individu activelyinfected (penderita tuberkulosis aktif). Pada waktu batuk atau bersin, penderita ini menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk droplet (percikan dahak). Droplet yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Seseorang dapat terinfeksi jika droplet tersebut terhirup ke dalam saluran pernafasan. Setelah kuman tuberkulosis masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernafasan, kuman tuberkulosis tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya yaitu melalui sistem peredaran darah,sistem saluran limfe, saluran nafas atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya.

f. Diagnosis tuberkulosis

Semua individu yang dicurigai menderita tuberkulosis (TB) harus menjalani pemeriksaan bakteriologis untuk memastikan keberadaan penyakit tersebut. Pemeriksaan ini melibatkan pengambilan apusan dari bahan biologis seperti dahak atau spesimen lainnya, serta melibatkan pemeriksaan biakan dan identifikasi *M. tuberkulosis* atau metode diagnostik cepat yang telah direkomendasikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Di daerah dengan laboratorium yang terpantau mutunya melalui sistem pemantauan mutu eksternal, kasus TB paru yang positif terhadap BTA (Basil Tahan Asam) ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan yang menunjukkan BTA positif, minimal dari satu spesimen. Di wilayah tanpa pemantauan mutu, definisi kasus TB BTA positif adalah jika setidaknya

terdapat dua spesimen dengan BTA positif. WHO merekomendasikan pemeriksaan biakan dan uji kepekaan minimal terhadap rifampisin dan isoniazid pada kelompok pasien tertentu, seperti pasien dengan riwayat pengobatan obat anti-TB (OAT), pasien dengan HIV yang didiagnosis TB aktif di daerah dengan prevalensi TB resisten obat tinggi, dan pasien yang terpapar dengan pasien TB resisten obat.

Dua metode utama untuk pemeriksaan biakan (kultur mikroba) dan uji kepekaan obat melibatkan metode konvensional dan metode cepat uji kepekaan obat. Metode molekuler, seperti Xpert MTB/RIF, direkomendasikan untuk mendeteksi resistensi rifampisin. Pemeriksaan dengan teknologi canggih seperti sekuensing memungkinkan deteksi mutasi pada gen resistensi OAT, tetapi biasanya tidak dapat diterapkan secara rutin karena memerlukan peralatan mahal dan keahlian khusus.

Jika tidak mungkin mendapatkan sputum secara ekspektorasi spontan, tindakan induksi sputum atau prosedur invasif seperti bronkoskopi atau torakoskopi dapat dilakukan. Pemeriksaan tambahan pada pasien TB yang terkonfirmasi bakteriologis atau terdiagnosis klinis melibatkan pemeriksaan HIV dan gula darah, sementara pemeriksaan lainnya dilakukan sesuai indikasi, seperti pemeriksaan fungsi hati dan ginjal. (Kemenkes, 2020)

g. Tahapan pengobatan tuberkulosis

Menurut (Kemenkes, 2020) Obat anti-tuberkulosis (OAT) merupakan komponen terpenting dalam pengobatan tuberkulosis. Tahapan pengobatan tuberkulosis ada dua tahap yaitu :

1. Tahap awal

Pengobatan yang di berikan setiap hari. Pengobatan pada tahap ini dimaksud secara efektif untuk untuk menurunkan jumlah kuman dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari Sebagian kecil kuman yang sudah resisten sejak sebelum mendapatkan pengobatan. Pengobatan tahap awal pada semua pasien baru harus diberikan selama dua bulan. Pada umumnya pengobatan secara dengan pengobatan secara

teratur tanpa adanya penyulit, daya penularan sudah sangat menurun setelah pengobatan selama dua minggu pertama.

2. Tahap lanjutan

Tahap lanjutan bertujuan membunuh sisa-sisa kuman yang masih ada dalam tubuh, khususnya kuman persisten sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah kekambuhan. Durasi tahap lanjutan selama 4 bulan. Dan pada fase lanjutan diberikan setiap hari.

a. OAT lini pertama

Panduan OAT

1. Kategori I : 2 (HRZE) 4 (HR)3
2. Kategori II : 2 (HRZE)S (HRZE)5 (HR) 3E3
3. Kategori anak :2 (HRZ)4 (HR) atau 2HRZA(S)/4-10HR
4. Obat yang digunakan pada lini kedua yaitu, kanamisin, kapreomisin, leflovaksasim, etianomide, sikloserin, maksiflosasim dan PAS dan OAT lini satu yaitu pirazinamid dan etambutol
5. OAT kategori-1 dan kategori-2 disediakan dalam bentuk paket obat kombinasi dosis tetap. OAT-KDT terdiri dari kombinasi 2 dan 4 jenis obat dalam satu tablet. Dosis nya dikemas dalam satu paket dan di sesuaikan dengan berat badan penderita.
6. Paket kombiak
Paket obat yang terdiri dari isoniazid, rimfampizin, pirazinamid dan etambutol yang dikemas dalam satu blister.
7. Pada anak disediakan dalam bentuk paket obat kombinasi tetap.

b. Paduan OAT

1. Kategori 1 : 2 (HRZE)/4(HR)3 diberikan pada pasien baru.
Diantaranya pasien tuberculosis terkonfirmasi bakteriologis, terdiagnosis klinis dan ekstra paru

Tabel : 2. 1 dosis OAT kategori 1

Berat badan	Tahapan intensif setiap hari selama 56 hari R 150 mg, H 75 mg, Z 400 mg, E 257mg	Tahap lanjutan 3 kali seminggu selama 16 minggu R 150 mg, 150 mg
30-37 kg	2 Tablet 4KDT	2 Tablet 2KDT
38 - 54 kg	2 Tablet 4KDT	2 Tablet 2KDT
55 - 70 kg	4 Tablet 4KDT	4 Tablet 2KDT
≥ 71 kg	5 Tablet 4KDT	4Tablet 2KDT

Tabel: 2. 2 Dosis OAT kombipak kategori I

Tahap pengobatan	Lama pengobatan	Dosis perhari/kali				
		Isoniazid tablet 300 mg	Rimpampizin kaplet 450 mg	Pirazinamid tablet 500 mg	Etambutol tablet 250 mg	Jumlah hari/kali menelan
Intensif	2 bulan	1	1	3	3	56
Lanjutan	4 bulan	2	1	-	-	48

Kategori 2 : 2(HRZE)S / (HRZE) / 5(HR)3E3) Paduan OAT ini diberikan kepada pasien BTA positif yang pernah diobati sebelumnya (pengobatan ulang) yaitu, pasien yang gagal pada pengobatann kategori 1 dan pasien yang di obati Kembali setelah putus berobat (*lost of follow-up*).

Table : 2. 3 dosis OAT Kategori 2

Berat badan	Tahap intensif tiap hari R150 mg, H 75mg, Z 400mg, E 275 mg + S		Tahap lanjutan 3 kali seminggu R 150mg,H 150 mg + E 400 mg
	Selama 56 hari	Selama 28 hari	Selama 20 minggu
30-37 kg	2 tab 4 KDT+ 500 mg streptomisin inj.	2 tab 4 kdt	2 tab 2 2 KDT+2 Tab etambutol
38-54 kg	3 tab 4 KDT + 750 Streptomisin inj	3 tab 4KDT	3 tab 2 KDT+ 2 tab etambutol
55-70 kg	4 tab 4KDT+ 1000 mg streptomisin injek	4 tab 4KDT	4 tab 2 KDT + 4 Tab etambutol
>71 kg	5 tab 4 KDT + 1000 mg streptomisin inj	5 tab 4 KDT	5 TAB 2KDT + 5 tab Etambutol

Tabel : 2.4 dosis OAT kombipak kategori 2 :2HRZES/HRZE/5H3R3E3

Tahap pengobatan	Lama pengobatan	Isoniasid tab 300 mg	Rimpafisin kaplet 450 mg	Pirazinamid tab 500 mg	Etambutol tablet 250 mg/400 mg		Streptomisin inj	Jumlah hari/kali menelan
Tahan awal dosis harian	2 bulan	1	1	3	3	-	0,75 gr	56
	1 bulan	1	1	3	3	-	-	28
Tahap lanjutan dosis 3 x seminggu	5 bulan	2	1	-	1	2	-	60

I. Efek samping obat

Menurut (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2021) Efek samping yang terjadi pada pasien tuberkulosis bisa bersifat ringan atau berat. Jika efek sampingnya ringan dan dapat diatasi dengan pengobatan simtomatik, OAT dapat dilanjutkan.

1. Isoniazid

Efek samping ringan termasuk tanda-tanda neuropati perifer, seperti kesemutan, rasa terbakar, dan nyeri otot pada kaki dan tangan. Efek ini dapat dikurangi dengan pemberian piridoksin dengan dosis 100 mg per hari atau dikombinasikan dengan vitamin B kompleks. Perawatan dapat dilanjutkan dalam situasi ini. Kelainan lain yang dapat terjadi adalah gejala defisiensi piridoksin (sindrom pellagra). Efek samping yang serius mungkin termasuk hepatitis akibat obat, yang terjadi pada sekitar 0,5% pasien.

2. Rifampisin

Efek samping ringan yang mungkin terjadi dan hanya memerlukan pengobatan simtomatik antara lain sindrom influenza, seperti demam, menggigil, dan nyeri tulang. Sindrom gangguan pencernaan diwujudkan dalam bentuk sakit perut, mual, kehilangan nafsu makan, muntah, dan diare. Efek samping yang serius namun jarang terjadi termasuk hepatitis dan penyakit kuning yang berhubungan dengan obat. Dalam hal ini, OAT harus dihentikan sementara. Purpura, anemia hemolitik akut, syok, gagal ginjal. Jika salah satu gejala tersebut terjadi, segera hentikan rifampisin dan jangan berikan kembali rifampisin, meskipun gejalanya hilang. Sindrom pernapasan yang ditandai dengan sesak napas. Rifampisin dapat membuat urin, keringat, air mata, dan air liur Anda berwarna merah. Warna merah berasal dari proses metabolisme obat dan tidak berbahaya.

3. Pirazinamid

Efek samping serius yang mungkin terjadi adalah hepatitis akibat obat (pengobatan sesuai pedoman TBC pada keadaan khusus). Nyeri sendi dapat terjadi, yang dapat diobati dengan obat pereda nyeri seperti aspirin. Serangan artritis gout dapat terjadi kemungkinan disebabkan oleh penurunan ekskresi dan penimbunan asam urat. Demam, mual, kemerahan, atau reaksi kulit lainnya dapat terjadi.

4. Etambutol

Esanbutol dapat menyebabkan gangguan penglihatan seperti penurunan penglihatan dan buta warna merah dan hijau. Rephrase Namun, gangguan penglihatan berbeda-beda tergantung penggunaan. Sangat jarang terjadi bila menggunakan 15 hingga 25 mg/kg berat badan per hari atau 30 mg/kg berat badan tiga kali seminggu. Gangguan penglihatan kembali normal dalam beberapa minggu setelah penghentian pengobatan. Risiko kerusakan saraf mata sulit dideteksi, jadi sebaiknya jangan berikan esanbutol terutama pada anak yang tidak kooperatif.

5. Streptomisin

Efek samping utamanya adalah kerusakan saraf ke-8, yang mempengaruhi keseimbangan dan pendengaran. Risiko efek samping ini meningkat seiring dengan peningkatan dosis dan bertambahnya usia pasien. Risiko ini meningkat pada pasien dengan gangguan fungsi ekskresi ginjal. Efek samping yang mungkin terjadi antara lain telinga berdenging (telinga berdenging), pusing, dan masalah keseimbangan. Keadaan ini dapat dibalik dengan segera menghentikan penggunaan obat atau mengurangi dosisnya. Jika pengobatan dilanjutkan, kerusakan dapat menetap dan menetap (kehilangan keseimbangan dan mati rasa). Reaksi hipersensitivitas dapat terjadi berupa demam mendadak disertai sakit kepala, muntah,

dan eritema pada kulit. Segera setelah penyuntikan, efek samping sementara dan ringan (jarang) dapat terjadi, seperti kesemutan di mulut atau telinga berdenging. Jika reaksi ini mengganggu, dosis dapat dikurangi sebanyak 0,25 gram. Streptomisin tidak boleh diberikan pada ibu hamil karena dapat melewati sawar plasenta dan dapat merusak fungsi pendengaran janin.

J. prinsip pengobatan tuberkulosis :

Obat Anti tuberkulosis merupakan komponen penting dalam pengobatan tuberkulosis. OAT merupakan pengobatan paling efektif untuk mencegah penyebaran bakteri penyebab tuberkulosis. Pengobatan yang adekuat harus menempuh prinsip :

1. Pengobatan diberikan dalam bentuk Paduan OAT yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah resistensi
2. Di berikan dengan dosis yang tepat
3. Ditelaah secara teratur dan diawasi secara langsung oleh pengawas menelan obat sampai selesai masa pengobatan
4. Pengobatan diberikan dalam jangka waktu cukup terbagi dalam tahap awal dan lanjutan mencegah kekambuhan

k. Tujuan pengobatan tuberkulosis

1. Menyembuhkan, mempertahankan kualitas hidup dan produktivitas pasien
2. Mencegah kematian akibat tuberkulosis aktif atau efek lanjutan
3. Mencegah kekambuhan
4. Mengurangi penularan tuberkulosis
5. Mencegah kekambuhan dan resistensi obat

2. Depresi dan Kesehatan Mental pada Pasien Tuberkulosis

Depresi adalah masalah kesehatan yang mengacu pada berbagai masalah kesehatan mental yang ditandai dengan tidak adanya afek positif (hilangnya minat dan kenikmatan terhadap hal-hal dan pengalaman biasa), rendah suasana hati dan serangkaian gejala emosional, kognitif, fisik dan perilaku yang terkait

(Excellence, 2022). Menurut (Rosyanti et al., 2018) Depresi merupakan suatu keadaan abnormal yang menimpa seseorang yang mengakibatkan ketidakmampuan beradaptasi dengan suatu kondisi atau peristiwa yang terjadi sehingga mempengaruhi kehidupan, baik fisik, psikis maupun social seseorang. Adapun Tanda dan gejala depresi menurut National Institute of Mental Health (Suryani & Padjadjaran, 2015) yaitu Rasa sedih yang terus menerus, Rasa putus asa dan pesimis, Rasa bersalah, tidak berharga dan tidak berdaya, Kehilangan nikmat, Energi lemah, menjadi lamban , Sulit tidur (insomnia) atau tidur berlebihan (hypersomnia), Sulit makan atau rakus makan (menjadi kurus atau kegemukan), Tidak tenang dan gampang tersinggung dan Berfikir ingin mati atau bunuh diri.

Depresi pada pasien tuberculosis sangat merugikan Kesehatan. Di afrika Prevelensi depresi pasien tuberculosis adalah 39,42%. Penyakit kronis komorbiditas, pengoatan resistensi multi-obat dan sedang menjalani fase pengobatan intensif merupakan faktor signifika yang berhubungan dengan depresi pasien tuberculosis (Mulugetaa & Getnet, 2021). Strategi Akhiri TBC Global Organisasi Kesehatan Dunia menyerukan perawatan dan pencegahan terintegrasi yang berpusat pada pasien . Depresi dapat meningkatkan risiko pengaktifan kembali TBC, berkontribusi terhadap perkembangan penyakit, dan/atau menghambat respons fisiologis terhadap pengobatan anti-tuberkulosis karena kemiskinan, kekurangan gizi, imunosupresi, dan/atau perilaku coping negatif, termasuk penyalahgunaan zat. Infeksi tuberculosis dan/ atau reaktivasi penyakit dapat memicu depresi akibat respon inflamasi dan/atau disregulasi aksis hipotalamus-hipofisis-adrenal.

Depresi klinis juga dapat dipicu oleh stigma terkait TBC, memperburuk kerentanan sosial lain yang mendasarinya, dan/atau mungkin disebabkan oleh efek samping pengobatan anti-tuberkulosis. Depresi dapat berdampak negatif terhadap perilaku kesehatan seperti pola makan, pencarian layanan kesehatan, kepatuhan pengobatan, dan/atau penyelesaian pengobatan, sehingga menimbulkan tantangan signifikan bagi pemberantasan TBC secara global.

Karena beberapa gejala inti TBC dan depresi saling tumpang tindih, depresi sering kali tidak disadari pada penderita TBC aktif, atau dianggap sebagai reaksi normatif terhadap stres situasional. Beberapa yang berhubungan antara tuberculosis dan depresi :

1. Peradangan dan gangguan immunosupresi

Gangguan imun ini berdampak pada depresi dan tuberculosis. Keterkaitannya juga sangat kompleks hal ini disebabkan oleh perbedaan tahapan respons imun terhadap tuberculosis yang terdiri dari imunitas bawaan, seluler, humoral dan perbedaan antara depresi akut dan kronis

2. Kemiskinan dan kekurangan gizi

Kemiskinan dan kekurangan gizi merupakan faktor risiko tuberculosis dan depresi, dan hubungan negatif antara keduanya dapat berakibat fatal. Tuberculosis yang secara tidak proporsional berdampak pada Masyarakat yang hidup dalam kemiskinan dan populasi rentan secara sosial lainnya seperti mereka yang mengalami gangguan jiwa berat, tunawisma, berada di penjara, rumah sakit, kecanduan narkoba dan mereka yang memiliki HIV. Kemiskinan juga merupakan faktor risiko independen terhadap depresi. Orang hidup dalam kemiskinan memiliki risiko lebih besar terkena faktor pemicu seperti kekerasan, pengucilan sosial, diskriminasi, pelecehan dan kurangnya akses yang memadai terhadap layanan, kesehatan, Pendidikan dan lainnya.

Malnutrisi umum dikaitkan dengan kemiskinan dan dapat meningkatkan risiko tuberculosis dan juga depresi. Depresi juga dapat mempengaruhi nafsu makan dan pola makan atau kelebihan asupan makanan dengan kandungan gizi terbatas sehingga dapat memperburuk status gizi, melemahkan sistem kekebalan tubuh dan menghambat pemulihan kondisi

3. Stigma diskriminasi dan trauma

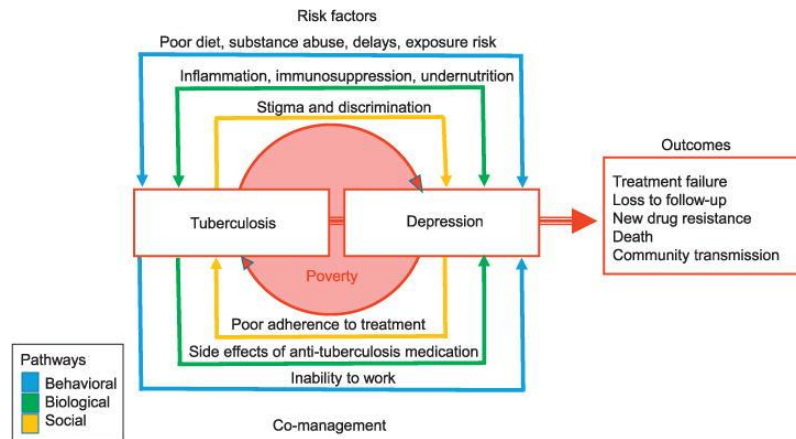
Tuberkulosis, kemiskinan dan depresi merupakan kondisi yang di stigmatisasi dan dapat menimbulkan dampak buruk terhadap Kesehatann melalui jalur biologis, sosial dan perilaku. Stress yang terkait stigma dapat menyebabkan respon otonom dan neuroendokrin yang berkelanjutan yang secara bersamaan meningkatkan resiko depresi sekaligus melemahkan system kekebalan tubuh. Stigma yang menimbulkan konsekuensi sosial,emosional dan finansial. Sikap negative terhdap tuberculosi yang dapat menimbulkan perasaan malu, jijik, dan bersalah pada individu dengan tubersulosis. Stigma tubersulosis dapat menimbulkan konsekuensi perilaku seperti keterlambatan pengobatan dan kepatuhan yang buruk.

4. Efek samping obat anti tuberkulosis

Beberapa obat anti-tuberkulosis telah di kaitkan dengan efek samping psikiatrik, seperti *cycloserine* (CS), *isoniazid* (INH), *ethionamide*, *ciprofloxacin*, *ethambutol*, *rifampicin* (RMP), dan *fluoroquino-lones*. Meskipun efek samping psikiatrik yang terkait dengan sebagian besar obat anti-tuberkulosis yang disebutkan di atas relatif jarang terjadi, banyak laporan kasus menggambarkan efek samping psikiatrik yang parah dan peningkatan risiko bunuh diri di antara individu yang menerima INH.

5. Konsekuensi perilaku dari depresi

Orang yang mengalami depresi lebih cenderung melakukan upaya penanggulangan negatif seperti penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan terlarang



Gambar 2.1 Model sindrom tuberkulosis-depresi (Sweetland et al., 2018)

Depresi yang di alami oleh pasien tuberkulois dapat mempengaruhi kualitas hidup dan pengobatannya . Oleh karena itu di perlukan pendekatan multi disiplin yang mempertimbangkan kondisi tuberkulosis dan depresi secara bersamaan, bukan sebagai masalah dan penyakit yang terpisah untuk mengakhiri tuberkulosis secara global (Sweetland et al., 2018).

Sejumlah faktor (defisiensi amina biogenik, genetik, lingkungan, imunologi, faktor endokrin dan neurogenesis) telah diidentifikasi sebagai mekanisme yang memberikan penjelasan terpadu mengenai patofisiologi depresi. Dari hanya sekedar konstruksi tunggal, kombinasi dan keterkaitan faktor-faktor ini telah terlibat dalam patogenesis depresi. Artinya, stresor lingkungan dan faktor genetik yang diwariskan bertindak melalui respons imunologis dan endokrin yang memulai perubahan struktural dan fungsional di banyak wilayah otak, yang mengakibatkan disfungsi neurogenesis dan neurotransmisi yang kemudian bermanifestasi sebagai kumpulan gejala yang muncul sebagai depresi (Jesulola et al., 2018).

Usia lanjut, jenis kelamin perempuan, pengobatan tuberkulosis fase intensif, status HIV-positif, riwayat merokok, dan dukungan sosial yang buruk diidentifikasi sebagai faktor yang berhubungan dengan depresi. Di harapkan pemangku kepentingan untuk memberikan penekanan yang sepatutnya pada

penggabungan dan integrasi program dukungan kesehatan mental sebagai praktik rutin di klinik tindak lanjut tuberkulosis, karena skrining, deteksi dini dan pengobatan, serta pelatihan bagi semua penyedia layanan kesehatan sangat penting dalam hal ini. mengatasi depresi pada pasien tuberkulosis (Abdurahman et al., 2022).

3. Alat ukur untuk mengukur Tingkat depresi

Pada penelitian ini untuk mengukur Tingkat depresi pasien tuberculosis menggunakan koestioner PHQ-9. *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) instrumen untuk membuat diagnosis berdasarkan kriteria depresi dan gangguan mental lainnya yang biasa ditemui di perawatan primer. PHQ-9 merupakan modul depresi 9 item dari PHQ lengkap. Sebagai ukuran Tingkat keparahan, skor PHQ-9 dapat berkisar dari 0 hingga 27, karena masing-masing dari 9 item tersebut dapat di beri skor dari 0 (tidak sama sekali) hingga 3 (hamper setiap hari). Untuk analysis skor PHQ-9 dibagi kedalam kategori peningkatan keparahan yaitu 0-4, 5-9, 10-14, 15-19 dan 20 atau lebih. Skor kurang dari 5 mendandakan tidak adanya gangguan depresi atau depresi dibawah ambang batas, skor 10-14 sedang, skor 15-19 cukup parah, dan 20-27 parah (Kroenke et al., 2001).

4. Kepatuhan minum obat

Kepatuhan pasien dalam minum obat merupakan faktor penting dalam keberhasilan pengobatan tuberkulosis paru (Ulfah et al., 2017). Salah satu penyebab tingginya angka kejadian tuberkulosis karena pengetahuan, dalam hal ini tingkat pengetahuan seseorang memiliki hubungan dengan kepatuhan minum obat anti tuberculosis (Jupriadi et al., 2023).Kepatuhan pasien pada pengobatan Tuberkulosis sangat penting untuk mencapai kesembuhan, mencegah penularan dan menghindari kasus resisten obat. Pada “Stop TB Strategy” mengawasi dan mendukung pasien untuk minum OAT merupakan landasan DOTS dan membantu pencapaian target keberhasilan pengobatan 85%.Pengobatan dengan pengawasan membantu pasien untuk minum OAT secara teratur dan lengkap. Directly Observed Treatment Short Course (DOTS) merupakan metode pengawasan yang

direkomendasikan oleh WHO dan merupakan paket pendukung yang dapat menjawab kebutuhan pasien. Pengawas menelan obat (PMO) harus mengamati setiap asupan obat bahwa OAT yang ditelan oleh pasien adalah tepat obat, tepat dosis dan tepat interval, disamping itu PMO sebaiknya adalah orang yang telah dilatih, dapat diterima baik dan dipilih bersama dengan pasien. (Kemenkes, 2020).

Kepatuhan pasien dalam melakukan pengobatan sangat penting hal ini guna mengendalikan angka penyakit TB. Beberapa faktor yang berpengaruh dalam kepatuhan penderita tuberkulosis paru dalam minum obat, antara lain pengetahuan, sikap, dukungan keluarga, motivasi, efek samping, peran dari petugas kesehatan, dan stigma yang di rasaka (Nabila, 2023). kepatuhan minum obat anti Tuberculosis tidak lepas dari pengetahuan pasien dan dukungan dari keluarga serta keinginan yang kuat dari penderita untuk sembuh (Adam, 2020). faktor risiko ketidakpatuhan adalah penghentian obat. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidak patuhan meliputi Tingkat pendidikan, tempat tinggal, pendapatan bulanan rumah tangga, adanya penyakit kronis lainnya, penghentian obat, dan berbagai pengobatan anti tuberkulosis (Zhu et al., 2022). Menurut (Rachmah et al., 2023) terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dan motivasi dengan kepatuhan minum obat anti tuberkulosis pada penderita TB paru. Oleh karena itu untuk mengurangi terjadinya TBC resistan obat perlu dilakukan upaya untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan pada pasien TBC, baik melalui metode pemberian motivasi secara langsung maupun melalui penyuluhan tentang penyakit TBC paru.

Dukungan keluarga, dukungan sejawat, dan dukungan dari penyedia layanan kesehatan menjadi faktor pendorong kepatuhan pasien TBC. Dukungan keluarga, khususnya, memainkan peran penting dalam memastikan kepatuhan pasien dengan menjadi sistem dukungan bagi anggota keluarga yang menderita. Keluarga selalu siap memberikan bantuan dan pertolongan bila diperlukan. Oleh karena itu, dukungan keluarga memberikan kontribusi yang signifikan terhadap kepatuhan pengobatan pasien TB paru sehingga pada akhirnya mempengaruhi kesembuhan mereka (Nazhofah & Ella Nurlaella Hadi, 2022).

Tenaga kesehatan harus mengelola nyeri pasien dan meningkatkan kepatuhan pengobatan pada pasien dengan tuberkulosis paru. Diantara 20 jenis efek samping obat anti tuberkulosis (OAT), nyeri sendi dan nyeri perut adalah yang paling banyak dirasakan. Salah satu OAT yang dapat menimbulkan rasa nyeri sendi yaitu Pirazinamid hal ini bisa terjadi dikarenakan berkurangnya ekskresi dan adanya penimbunan pada asam urat (Chandra Mohapatra et al., 2021) dalam (Nadillah et al., 2023).

Perlunya ada keterlibatan Pengawas Minum Obat (PMO) Program DOTS (Directly Observed Treatment Short Course) yang direkomendasikan WHO untuk memutus rantai penularan penyakit Tuberkulosis. faktor keberadaan PMO mampu meningkatkan peluang lebih besar dalam keberhasilan pengobatan. Hal tersebut hanya bisa terjadi apabila PMO berperan dengan baik melakukan pengawasan terhadap pasien TB agar minum Obat Anti Tuberkulosis (OAT) dengan teratur selama minimal 6 bulan/lebih sesuai dengan anjuran dokter. Selain itu, adanya PMO dapat meminimalisir kejadian putus obat yang dapat menyebabkan resistensi obat atau TB-MDR. Akan tetapi, bila pasien TB memiliki tingkat kesadaran yang tinggi untuk dapat sembuh dan melakukan pengobatan sampai tuntas tidak menutup kemungkinan bahwa pasien TB dapat sembuh meskipun tidak adanya pengawasan dan pendampingan dari PMO (Pertiwi & Kharin Herbawani, 2021).

Pengobatan Tuberkulosis minimal memerlukan waktu 6 bulan sehingga memerlukan dukungan sosial yang baik kepada penderita Tuberkulosis. . Stigma diri mempengaruhi efikasi diri seseorang, selanjutnya efikasi diri tersebut mempengaruhi kepatuhan penderita tuberkulosis dalam menjalani pengobatan. Oleh karena itu penanganan tuberkulosis yang tidak hanya berfokus pada aspek fisik, namun juga kondisi psikologis akibat stigma diri untuk meningkatkan efikasi diri pasien dalam menjalani pengobatan (Suratmini & Berliana Togatorop, 2023).

5. Alat ukur untuk menilai kepatuhan minum obat

Pada penelitian ini alat ukur untuk mengukur kepatuhan minum obat pasien tuberkulosis menggunakan MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale). Skala

Kepatuhan Pengobatan Morisky yang terdiri dari delapan item (MMAS-8) adalah ukuran laporan mandiri terstruktur tentang perilaku minum obat yang telah banyak digunakan di berbagai budaya. kuisioner Morisky Medication Adherence Scales (MMAS-8) yang terdiri dari 8 pertanyaan dengan skor <6 menunjukkan angka kepatuhan yang rendah, skor 6-7 pada MMAS-8 menunjukkan angka kepatuhan sedang, dan skor 8 pada MMAS-8 menunjukkan angka kepatuhan tinggi (De las Cuevas & Peñate, 2015).

6. Intervensi Health coaching

a. Defenisi

Health coaching dapat didefinisikan sebagai pembinaan untuk membantu pasien memperoleh pengetahuan, keterampilan, alat, dan kepercayaan diri yang mereka perlukan untuk menjadi peserta aktif dalam perawatan sehingga mereka dapat mencapai tujuan kesehatan yang mereka tentukan sendiri (Ghorob et al., 2013). *Health coaching* adalah pendekatan yang berpusat pada pasien untuk manajemen penyakit yang berfokus pada keputusan pasien dan perilaku aktual mereka (Jaata & Astuti, 2023). *Health coaching* juga merupakan model kolaboratif yang berpusat pada pasien yang didasarkan pada teori perubahan perilaku kesehatan di mana seorang pelatih berkolaborasi dengan pasien untuk mengidentifikasi tujuan dan rencana tindakan yang memaksimalkan kesejahteraan pribadi dan kesehatan secara keseluruhan. Pendekatan holistik mencakup teknik yang berfokus pada solusi seperti wawancara motivasi, penetapan tujuan, dan pemecahan masalah dan memiliki ciri utama pemberdayaan pasien (taylor. et al., 2017).

Health coaching berfokus pada peningkatan kesehatan kognitif melalui penargetan domain gaya hidup seperti nutrisi, aktivitas fisik, tidur, stres, keterlibatan sosial, dan aktivitas kognitif (Campitelli et al., 2023). Intervensi health coaching menggunakan pendekatan manajemen penyakit yang berpusat pada pasien dan berfokus pada perubahan perilaku aktual (Huang et al., 2023a). efek positif *health coaching* dalam mencegah penularan infeksi yaitu, pembinaan Kesehatan, mempengaruhi motivasi, mengatasi hambatan,

mengatasi ketidakmampuan pasien, mempengaruhi pasien untuk tidak membatasi diri, menghasilkan dan bagaimana menjadi lebih terlibat, serta pengambilan Keputusan (Ijnhs, 2020).

Menurut (Conn & Curtain, 2019) *Health coaching* merupakan praktik pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan dalam konteks pembinaan untuk meningkatkan kesejahteraan individu dan untuk memfasilitasi pencapaian tujuan mereka yang berhubungan dengan Kesehatan. Pembinaan kesehatan menggabungkan intervensi dan teknik perubahan perilaku kesehatan berbasis bukti dari literatur penelitian kedokteran perilaku, psikologi positif, psikologi kesehatan dan pembinaan, serta pembinaan atletik dan kinerja. Hal ini dapat digunakan dalam promosi kesehatan, pencegahan, intervensi dini, pengobatan dan pengelolaan kondisi kronis seperti pengobatan gaya hidup.

Health coaching merupakan pendekatan yang digunakan para profesional Kesehatan untuk memberi dukungan. *Health coaching* yang merupakan metode untuk mendukung manajemen mandiri dan perawatan yang berpusat pada individu. (Davies et al., 2020). kerangka pelatihan kesehatan ke dalam layanan kesehatan primer dapat meningkatkan Kesehatan. *health coaching* dapat di jadikan peluang untuk menerapkan dan mempertahankan perubahan perilaku Kesehatan Manfaat pembinaan kesehatan tidak hanya terbatas pada outcome pasien, namun juga menghasilkan meningkatkan kepuasan kerja praktisi, meningkatkan kepuasan pasien terhadap layanan dan hasil, meningkatkan efisiensi dan efektivitas konsultasi, berkurangnya ketergantungan pada sistem medis oleh pasien yang mempelajari keterampilan manajemen mandiri. meningkatkan profesional multidisiplin dan kolaborasi (Conn & Curtain, 2019).

b. Model *health coaching*

Menurut (Bennett et al., 2010) model *health coaching* ada dua:

1. The teamlet model

Diuji coba pada tahun 2006 di Pusat Kesehatan Keluarga (FHC) Rumah Sakit Umum San Francisco, model “teamlet” (tim kecil)

memperpanjang kunjungan layanan kesehatan primer yang berdurasi 15 menit menjadi beberapa menit, tergantung pada pasiennya, termasuk pelatihan. Dalam teamlet, seorang dokter dipasangkan dengan MA atau petugas kesehatan yang telah menerima pelatihan dalam dukungan manajemen mandiri dan kondisi kronis tertentu dan berbicara dalam bahasa pasien yang ditugaskan kepadanya. Pembina kesehatan melakukan kunjungan awal untuk rekonsiliasi pengobatan, dan penetapan agenda, membantu selama kunjungan dokter dan, selama pasca kunjungan, menilai apakah pasien memahami dan menyetujui rencana perawatan yang direkomendasikan dan melibatkan pasien dalam rencana tindakan perubahan perilaku. Karena tindak lanjut yang teratur meningkatkan hasil penyakit kronis, panggilan telepon di antara kunjungan digunakan untuk memeriksa rencana tindakan dan kepatuhan pengobatan.

2. The hospital-to-home model

Pasien yang keluar dari rumah sakit sering kali merasa bingung dengan pengobatan barunya dan kondisi yang kini harus mereka atasi. Hal ini menjadikan mereka kandidat yang sangat baik untuk pelatihan kesehatan. Intervensi Transisi Perawatan adalah metode pembinaan yang banyak digunakan untuk menanamkan keterampilan, alat, dan kepercayaan diri kepada pasien dan keluarga perawat saat mereka berpindah dari rumah sakit ke rumah. Tiga belas Intervensi ini difokuskan pada “empat pilar”:

1. Memiliki strategi manajemen pengobatan yang andal
2. Mengatasi hambatan dalam janji tindak lanjut
3. Mengetahui cara mengenali dan merespons tanda dan gejala yang memburuk
4. Menggunakan catatan kesehatan pribadi untuk mencatat

Sasaran 30 hari, informasi kesehatan, dan pertanyaan kunci untuk dibagikan kepada dokter pada pertemuan layanan Kesehatan mendatang.

Pelatih Transisi Perawatan (perawat atau pekerja sosial) mengunjungi pasien sekali di rumah sakit dan sekali di rumah, dan berkomunikasi dengan pasien tiga kali melalui telepon

c. Teknik komunikasi dalam *health coaching*

Teknik ini dikembangkan dengan mengumpulkan praktik terbaik dari pengalaman lima tahun dalam melatih pasien, asisten medis, perawat, dan dokter dalam pembinaan kesehatan dan mempelajari literatur tentang pembinaan kesehatan dan dukungan manajemen mandiri. Menurut (Goldman et al., 2015) *health coaching* didasarkan pada lima prinsip inti yaitu, *Ask-tell-ask*, *Teach-back or Closing the loop*, *Teach-back or Closing the loop*, *Know your number* dan *Medication adherence counseling*. Sedangkan menurut (Ghorob et al., 2013) ada 3 yaitu *Ask-tell-ask*, *Teach-back* dan *Action Planning*

1. *Ask-tell-ask*

Menanyakan kepada pasien apa yang ingin mereka pelajari dan apa yang ingin mereka lakukan merupakan cara efektif untuk melibatkan pasien dalam perawatan mereka. hal-hal yang dapat ditanyakan oleh health coach adalah :

- 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

Menurut (Shapiro et al., 2021) Model *Ask-Tell-Ask* dalam pembinaan keterbukaan dibagi menjadi beberapa bagian sebagai berikut:

- a. membuka pertemuan pembinaan keterbukaan,
- b. menetapkan fakta mengenai kejadian
- c. mendiskusikan empati dan permintaan maaf,
- d. mengantisipasi pasien/ kebutuhan dan pertanyaan keluarga,

- e. menjajaki pencegahan kesalahan di masa depan,
- f. melatih percakapan,
- g. mengkonfirmasi logistik pertemuan pengungkapan,
- h. mendiskusikan dan mendukung kekhawatiran dan emosi penyedia layanan,



Gambar 2.2 Model Ask-tell-ask

2. *Teach-back or Closing the loop*

Sebuah metode untuk menilai pemahaman pasien melibatkan meminta pasien untuk menyatakan rekomendasi dokter dengan kata-kata mereka sendiri; ini disebut “menutup lingkaran” atau “mengajar Kembali.

3. *Know your number*

Karena mengetahui nomor Anda akan meningkatkan hasil dan karena mengetahui nomor Anda akan meningkatkan literasi kesehatan yang sering kali tidak memadai pada populasi berpendapatan rendah, fungsi pelatihan kesehatan ini meningkatkan kemurahan hati, nonmaleficence, dan keadilan.

4. *Action planning*

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.

5. *Behavior-change action planning*

Pasien secara acak ditugaskan untuk mengikuti pendidikan pasien tradisional atau menetapkan tujuan dengan perjanjian perubahan perilaku konkrit yang disebut rencana tindakan.

6. *Medication adherence counseling*

Strategi yang efektif untuk mengoptimalkan kepatuhan pengobatan didasarkan pada teknik pembinaan yang mencakup membangkitkan perasaan pasien mengenai penggunaan obat (ask-tell-ask), memastikan bahwa pasien memahami instruksi (closing loop), dan menyesuaikan rejimen sesuai dengan instruksi yang diberikan. sesuai dengan keinginan pasien (rencana tindakan tanya-jawab dan perubahan perilaku).empat belas Pembina sejawat diajarkan untuk melibatkan pasien dalam rekonsiliasi pengobatan, termasuk mencari tahu apakah pasien meminum obat sesuai resep, memunculkan hambatan dalam kepatuhan ,dan menyarankan strategi untuk mengatasi masalah tersebut.

Proses pembinaan melibatkan beberapa teknik dan model, salah satunya adalah model GROW. Model GROW dikembangkan oleh Sir John Whitmore (1937-2017) bersama rekan-rekannya pada tahun 1980an dan disebarluaskan melalui bukunya 'Coaching for Performance (Wilson, 2019). GROW menyediakan kerangka kerja untuk sesi pembinaan, percakapan, pertemuan atau proyek dan merupakan model pembinaan paling terkenal di dunia saat ini, empat

Langkah kunci model GROW ini yaitu Goal, Reality, will, dan options:

1. *Goal*

Bagian Tujuan GROW dibahas di awal setiap sesi dan dirujuk lagi dari waktu ke waktu untuk menjaga fokus tetap bergerak maju, terutama jika orang yang dibina mengalami kebuntuan. Ini meningkatkan energi dan menjernihkan pemikiran. Mengidentifikasi apa yang ingin kita capai menempatkan kita pada jalur untuk mencapainya dengan berfokus pada solusi, bukan pada masalah. Beberapa pertanyaan Tujuan adalah:

- a. Apa yang kamu inginkan?
- b. Dalam jangka waktu berapa?
- c. Di manakah Anda ingin berada pada skala 1–10?
- d. Bayangkan Anda telah mencapainya:
 1. Seperti apa bentuknya?
 2. Bagaimana perasaanmu?
 3. Apa yang orang-orang katakan kepadamu?
 4. Apa manfaatnya?
- d. Apa yang ingin Anda capai dalam lima tahun/ satu tahun/ tiga bulan?
- e. Bagaimana Anda bisa menyatakan tujuan Anda dalam beberapa kata?
- f. Bagian manakah yang menjadi fokus sebenarnya?
- g. Bagaimana Anda mengetahui kapan Anda telah mencapainya?
- h. Dalam dunia yang ideal, apa yang sebenarnya Anda inginkan?

2. *Reality*

Waktu yang dihabiskan di sini membantu orang memahami dengan jelas apa yang terjadi dan bagaimana hal itu berdampak pada diri mereka sendiri dan orang lain. Hal ini

memberikan kesempatan untuk melihat permasalahan dari sudut pandang yang berbeda. Beberapa pertanyaan berguna di sini adalah:

- a. Apa yang sedang terjadi saat ini?
- b. Seberapa penting ini untukmu?
- c. Jika situasi yang ideal adalah 10, Anda berada di nomor berapa saat ini?
- d. Apa yang telah kamu lakukan sejauh ini?
- e. Siapa lagi yang terkena dampaknya?
- f. Apa yang Anda lakukan untuk mencapai tujuan Anda?
- g. Apa yang Anda lakukan sehingga menghalangi tujuan Anda?

Ketika orang yang dibina mencapai wawasan baru, pertanyaan-pertanyaan berikut yang di gunakan:

- a. Apa yang Anda ketahui sekarang yang belum Anda ketahui sebelumnya?
- b. Apa pendapat Anda mengenai hal tersebut?
- c. Apa yang telah Anda pelajari tentang diri Anda dari hal tersebut?
- d. Di mana lagi Anda bisa menggunakan ini?

3. *Option*

Pelatih akan bergerak secara alami menuju tahap Pilihan ketika Realitas mereka menjadi lebih jelas. Seringkali mereka menunjukkan energi baru dengan duduk dan tersenyum, atau dengan nada suara yang lebih ringan. Maka ada gunanya menanyakan beberapa pertanyaan berikut:

- a. Apa saja pilihan Anda?
- b. Apa yang dapat Anda lakukan?
- c. Apa lagi?
- d. Jika ada hal lain, apakah itu?
- e. Apa yang berhasil di masa lalu?

- f. Langkah-langkah apa yang dapat Anda ambil?
- g. Siapa yang dapat membantu Anda dalam hal ini?
- h. Di mana Anda bisa mendapatkan informasinya?
- i. Apa yang mungkin dilakukan orang lain jika Anda berada di posisi Anda?
- j. Bayangkan Anda telah mencapai tujuan Anda; lihat kembali perjalanannya dan beri tahu saya bahwa Anda berhasil

Perhatikan bahwa sebagian besar pertanyaan ini hampir semuanya terbuka. Terus ajukan pertanyaan terbuka sampai pelatih berhenti memberikan pilihan yang tersedia. Setelah daftarnya tampak lengkap, ajukan pertanyaan tertutup 'apakah ada hal lain?' untuk mengetahui apakah sudah waktunya untuk menyelesaikan proses. Pertanyaan ini sering kali menghasilkan pilihan baru dan dapat ditanyakan berkali-kali selama pertanyaan tersebut terus memberikan hasil. Pertanyaan-pertanyaan berikut ini menggali informasi lebih lanjut:

- a. Coach : Aku butuh bantuan.
- b. Coacha: Siapa yang dapat membantu Anda dalam hal ini?
- c. Coacha: Saya memerlukan informasi lebih lanjut
- d. Coacha: Di mana Anda dapat menemukan informasi lebih lanjut?

4. *Will*

Berbeda dengan 'Opsi' yang menjelaskan semua kemungkinan, 'Kehendak' adalah tentang menemukan tindakan mana yang dapat dilakukan oleh orang yang dibina. Ketika ditanya, 'Apa yang akan Anda lakukan mengenai hal ini?' ada bahayanya jika orang yang dibina akan membuat daftar apa yang menurut mereka harus mereka lakukan, dibandingkan memilih jalur yang sesuai dengan bakat dan cara berperilaku mereka. Beberapa contoh pertanyaan Will adalah:

- a. Apa yang akan Anda lakukan mengenai hal itu?
- b. Bagaimana Anda akan melakukannya?
- c. Kapan?
- d. Apa yang diperlukan agar Anda berkomitmen terhadap tindakan tersebut?
- e. Apa yang dapat Anda lakukan untuk menjadi lebih berkomitmen?
- f. Bisakah Anda berbuat lebih banyak?
- g. Berapa banyak?
- h. Berapa harganya?
- i. Seberapa sering?
- j. Di mana Anda bisa menemukannya?
- k. Dengan siapa Anda akan berbicara?
- l. Apa lagi yang bisa Anda lakukan?

Jika Coach merasakan kurangnya komitmen, pertanyaan seperti, 'Seberapa besar komitmen Anda untuk melakukan hal tersebut?' harus ditanyakan langsung. Jika ada keraguan, yang terbaik adalah kembali ke proses GROW untuk menghilangkan hambatan apa pun dan menemukan cara yang paling nyaman untuk maju. Adapun gambar ilustrasi Urutan GROW menyediakan kerangka kerja untuk sesi pembinaan, percakapan,



Gambar 2.3 GROW Solusi

e. Prinsip health coaching

(Butler, 2016) dalam (Jaata & Astuti, 2023) mengatakan bahwa Pelaksanaan health coaching dikatakan baik apabila pasien diperlakukan sebagai mitra perawatan kesehatan, bukan sebagai pelajar, pasien diizinkan mengidentifikasi kebutuhannya sendiri untuk membuat perubahan gaya hidup, menjadi “cheerleader” bagi pasien namun tetap memahami bahwa pasien kadang-kadang akan gagal dan tetap fokus pada hal yang positif, biarkan pasien membimbing pengalaman belajar berdasarkan kebutuhannya, memanfaatkan beberapa alat dan teknik pengajaran karena setiap orang belajar dengan cara yang berbeda, memberikan penghargaan terhadap adanya perubahan perilaku yang positif. prinsip health coaching menurut Wolever 2010 dalam (Jaata & Astuti, 2023) yaitu:

1. Pasien adalah sumber informasi terbaik untuk strategi perubahan perilaku pribadi.
2. Pendidikan diberikan saat pasien sudah siap.
3. Tujuan diselaraskan dengan visi pasien tentang nilai-nilai kesehatan dan personal.
4. Penekanan ditempatkan pada bagaimana mengubah perilaku, bukan mengapa perilaku saat ini ada.
5. Rencana disusun untuk bagaimana menghadapi masalah.
6. Coach memperkuat akuntabilitas dengan menggunakan nilai-nilai dan riwayat pasien sendiri.
7. Hanya pasien yang mampu memilih tujuan yang paling memotivasi.
8. Prioritas dibuat untuk menyeimbangkan visi jangka panjang dan apa yang paling penting dalam kehidupan pasien saat ini.
9. Kesabaran dan kepercayaan pada pasien sangat penting untuk membangun kepercayaan dalam pelaksanaan coaching
10. Coach membimbing pasien dalam menghubungkan perubahan perilaku dengan tujuan hidup mereka

f. Peran Health coaching

Menurut (Bennett et al., 2010), *health coach* memiliki lima point utama yaitu:

1. Memberikan dukungan manajemen mandiri

Dukungan manajemen diri sangat penting bagi pasien untuk dapat memperluas perawatan kesehatan mereka baik di luar klinik maupun di kehidupan nyata.

2. Menjembatani kesenjangan antara dokter dan pasien

Peran *health coach* adalah sebagai penghubung dan menjembatani kesenjangan dengan menindaklanjuti pasien, memastikan bahwa pasien mengerti dan setuju dengan rencana perawatan, menanyakan kebutuhan dan hambatan, menangani literasi kesehatan, masalah budaya serta hambatan kelas sosial pasien

3. Membantu pasien menavigasi sistem perawatan Kesehatan

Banyak dari pasien lansia dan disabilitas membutuhkan navigator untuk membantu menemukan, bernegosiasi dan terlibat dalam pelayanan

4. Menawarkan dukungan emosional

Seorang *coach* menawarkan dukungan emosional dan membantu pasien untuk mengatasi masalah penyakit mereka

5. Berperan sebagai figur kontinuitas

Seorang *coach* terhubung dengan pasien tidak hanya pada saat pasien melakukan kunjungan, tetapi juga di antara kunjungan dengan menciptakan keakraban, menindaklanjuti, dan membangun kepercayaan

g. Pilar health coaching

Menurut (Lawson, 2013) empat pilar praktek *health coaching*:

1. Pilar pertama Kehadiran Penuh Perhatian. Mindfulness adalah proses kesadaran yang terfokus dan tidak menghakim. Proses ini memerlukan latihan kewaspadaan yang teratur oleh praktisi untuk membawanya ke dalam pertemuan terapeutik.
2. Pilar kedua Komunikasi Otentik. Area ini mengambil dan membangun komunikasi. Empat komponen terdiri dari komunikasi ini:

- a. Mendengarkan secara mendalam, menjelaskan pendengaran yang dikomunikasikan antara kata-kata, bahasa tubuh, dan emosi.
 - b. Penyelidikan ingin tahu adalah teknik eksplorasi terbuka yang tidak dievaluasi tanpa tujuan atau harapan.
 - c. Perspektif refleksi mencerminkan apa yang didengar atau dirasakan klien, tetapi dengan coach selalu memeriksa kebenaran refleksi klien. Ini adalah kesempatan untuk menawarkan pengamatan dan pemahaman dengan empati daripada belas kasihan, simpati, atau penilaian.
 - d. Diam adalah elemen penting yang sering diabaikan dalam komunikasi manusia yang berdampak. Untuk menjadi peka dan responsif terhadap penggunaan keheningan yang efektif dengan klien, praktisi perlu merasa nyaman dengan keheningan mereka sendiri.
3. Pilar ketiga Kesadaran Diri. Ini adalah perhatian penuh dari momen ke momen yang diteran pada diri, secara fisik, mental, dan emosional.
 4. Pilar empat Ruang Aman dan nyaman. Penciptaan lingkungan yang aman, seperti yang dirasakan oleh klien, sangat penting untuk pengembangan hubungan pembinaan kesehatan yang saling percaya, terhubung, dan produktif.

h. Komponen dalam health coaching

Komponen *health coaching* (Ghorob et al., 2013),(Simmons & Wolever, 2013), (Olsen, 2014a) dan *health education england* dalam kerangka mutu mengenai health coaching yaitu:

1. Metode Intervensi

Metode intervensi didasarkan pada teknik komunikasi modern termasuk motivational interviewing, transtheoretic model of behavior change, share decision making, dan care transitions intervention

2. Durasi Intervensi

Jumlah sesi/frekuensi 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. Lama intervensi yang dibutuhkan adalah minimal 30-40 menit per sesi sudah mampu mewujudkan aspek inti dari hubungan yang suportif dan kreatif untuk mendapatkan perubahan perilaku dan mencapai goals

3. Media Pengiriman Intervensi health coaching menggunakan media telepon, tatap muka, internet (telehealth atau telemonitoring), atau kombinasi dari beberapa media.
4. Health coach Syarat menjadi health coach, terlebih dahulu harus mengikuti sesi coachan minimal 100 jam untuk mendukung kompetensi pasien dengan cara:
 - a. memunculkan motivasi internal, menghubungkan tujuan kesehatan dan tujuan hidup dan nilai-nilai pribadi,
 - b. membangun kapasitas untuk berubah dengan meningkatkan otonomi, sifat positif, self-efficacy, ketahanan, dukungan sosial dan lingkungan.
 - c. memberikan pengetahuan dan pendidikan bila diinginkan oleh pasien,
 - d. menekankan akuntabilitas pasien, kemampuan untuk belajar dan menetapkan tujuan.
 - e. memperkuat saling ketergantungan antara kesehatan mental dan fisik yang positif. Health coach dapat berasal dari perawat, apoteker, pendidik kesehatan, 35 asisten medis terlatih, atau pasien lain yang disebut pelatih sebaya.

I. Implementasi *Health Coaching* dalam berbagai aspek penelitian

Tabel 2.5 Implementasi *Health Coaching* dalam berbagai aspek penelitian

1.	Judul	Pengaruh <i>Health Coaching</i> terhadap Peningkatan Perilaku Pencegahan Tuberkulosis di Kabupaten Tegal (Evi Supriatun & Insani, 2021) Indonesia
	Sampel	68 responden yang terdiri dari kelompok perlakuan dan kontrol.
	Desain penelitian	Quasy Experiment pre-post test with control grup

	Durasi penelitian	Kelompok intervensi akan diberikan health coaching sebagai salah satu strategi promosi kesehatan dalam keperawatan yang terbagi menjadi 4 sesi
	Pelaksana intervensi	Perawat
	Model intervensi/prosedur intervensi	<u>Model IMB</u> (Information-Motivation-Behavioral Skills) (IMB) adalah kerangka teoritis yang digunakan dalam penelitian dan intervensi perilaku Kesehatan. 1. Informasi: Memberikan informasi yang akurat dan relevan tentang perilaku, konsekuensinya, dan cara terlibat di dalamnya. 2. Motivasi : Meningkatkan motivasi dengan menyikapi sikap, keyakinan, nilai, niat, dan norma sosial yang berkaitan dengan perilaku. 3. Keterampilan Perilaku: Mengembangkan atau meningkatkan keterampilan khusus yang diperlukan untuk terlibat dalam perilaku yang diinginkan. <u>Model GROW</u> (tujuan), Reality (realitas), Option (pilihan) dan Will (tindakan) <u>Prosedur Intervensi</u> Sesi I: Pemberian <i>health coaching</i>, peneliti memberikan edukasi kesehatan tentang pencegahan tuberkulosis. Sesi II dan III: Sesuai dengan kesepakatan dengan pasien dan keluarga, peneliti melanjutkan sesi kedua dengan mengajarkan keterampilan untuk mencegah tuberkulosis. Setelah diberikan edukasi secara psikomotor pada sesi kedua dan ketiga tentang keterampilan pencegahan tuberkulosis. Sesi IV: Peneliti melakukan evaluasi laporan perilaku pencegahan penularan penyakit tuberkulosis berdasarkan tindakan yang dilakukan oleh pasien tuberkulosis dan keluarga.

	Instrumen penelitian	Kuesioner pencegahan penularan
	Hasil	Adanya pengaruh health coaching menunjukkan pengaruh yang bermakna untuk meningkatkan perilaku pencegahan tuberkulosis sesuai dari hasil <i>pair t test</i> dengan <i>p</i> value 0,000. Proses <i>health coaching</i> yang di berikan pada pasien tuberkulosis meliputi perilaku pencegahan secara fisik dan peningkatan daya tahan tubuh dengan menggunakan manajemen stress karena proses penerimaan pasien dalam menerima perubahan kondisi fisiknya.
	Kesimpulan	Karakteristik responden yang diteliti pada penelitian ini mendeskripsikan bahwa sebagian besar usia responden termasuk dalam tahap perkembangan dewasa dan tingkat pendapatan yang berada pada kelompok menengah ke bawah. Berdasarkan uji bivariat diketahui bahwa terdapat perubahan perilaku responden antara sebelum dan sesudah diberikan <i>health coaching</i> tentang pencegahan tuberkulosis. Selain itu, juga didapatkan hasil bahwa adanya perbedaan rerata yang bermakna antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol pasien tuberkulosis. Perawat pemegangtu berkulosis dapat menngkatkan ketrampilan dalam mengatasi stress yang dialami oleh pasien tuberkulosis sehingga dapat menggunakan manajemen stress yang tepat pada pasien tuberkulosis sesuai dengan karakteristik masalah emosional yang dialami pasien tuberkulosis. Selain itu, keluarga juga perlu memberikan dukungan pada pasien tuberkulosis agar pasien tuberkulosis memiliki motivasi yang tinggi dalam melakukan pengobatan tuberkulosis.

2.	Judul	Program Aktivitas Fisik Berbasis Rumah Dengan <i>health coaching</i> untuk Peserta Dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronis di Swedia: Studi Percontohan Bukti Konsep (M. V. Benzo et al., 2023)
	Sampel	13 peserta yang terdaftar
	Desain penelitian	Studi percontohan
	Durasi penelitian	8 minggu
	Model intervensi/prosedur intervensi	Wawancara motivasi (MI) <u>Prosedur intervensi</u> Peserta diinstruksikan untuk menyelesaikan latihan gerakan berpemandu video (VGM) harian (tai chi dan yoga) yang berlangsung dari 6 hingga 60 menit. Peserta didorong untuk terlibat dalam VGM 6 hari per minggu, dengan total 48 hari (8 minggu). VGM mencakup gerakan terkoordinasi dengan pernapasan untuk memberi manfaat pada kekuatan dan fleksibilitas ekstremitas atas dan dada dengan berjalan penuh perhatian. VGM berupa pose berdiri dan duduk serta latihan pernapasan dengan penekanan pada pernafasan panjang, alat peraga digunakan sebagai kursi dan balok. Para peserta menerima panggilan <i>health coaching</i> mingguan terjadwal yang berlangsung 10-30 menit selama 8 minggu. Sesi pelatihan kesehatan dirancang untuk meningkatkan kesadaran akan aktivitas fisik yang telah diselesaikan dan memicu motivasi intrinsik untuk berperilaku sehat. Secara kolaboratif, tujuan latihan dan langkah ditetapkan. <i>health coaching</i> memiliki akses terhadap jumlah langkah harian dan mingguan pasien untuk membantu diskusi pelatihan dan penetapan tujuan.
	Instrumen penelitian	Kuesioner penyakit pernapasan kronis dikelola sendiri standar digunakan untuk mengukur kualitas hidup 18 mengukur 20 item dalam 4 dimensi (dispnea kelelahan, emosi, dan penguasaan).

		Hasil yang diukur adalah kepatuhan terhadap latihan yang dipandu video selama 8 minggu (berapa kali video ditonton), kepatuhan terhadap panggilan pelatihan kesehatan (minimal 8), jumlah langkah bulanan dan harian, dan kualitas hidup (kualitas hidup) dengan menggunakan metode kronik. kuesioner pernapasan
	Hasil penelitian	Tiga belas peserta terdaftar, dan 12 peserta mematuhi panggilan pelatihan kesehatan dan pemantauan langkah. Kami memiliki 643 penayangan video latihan, yang melebihi standar minimum (576 penayangan). Perbedaan rata-rata membandingkan total langkah bulanan dari awal dan titik waktu 8 minggu adalah 47.039 langkah (95% CI, e113.625 hingga 1623,5; P¼.06). Perbaikan klinis minimal 500 langkah harian ditemukan pada 8 pasien. Tidak ada perbaikan signifikan yang ditemukan pada pengukuran kualitas hidup dan kesehatan mental. Kami menemukan program aktivitas fisik di rumah merupakan intervensi yang layak. Pasien melaporkan kepatuhan yang tinggi terhadap pelacakan jumlah langkah, panggilan <i>health coaching</i>, dan latihan yang dipandu video. Tidak ada peningkatan dalam kualitas hidup atau jumlah langkah bulanan yang muncul; namun, kami menemukan kepatuhan yang tinggi dan tren positif dalam jumlah jumlah langkah bulanan, dan peningkatan jumlah langkah setidaknya 500 langkah setiap hari meningkat pada sebagian besar pasien dengan ukuran sampel yang kecil
	Kesimpulan	Program Program aktivitas fisik berbasis rumah ini dianggap sebagai intervensi yang layak. Pasien melaporkan kepatuhan yang tinggi terhadap panggilan pelatihan, latihan yang dipandu video, dan pelacakan jumlah langkah. Namun, sejak desain percontohan, tidak ada perbaikan dalam kualitas hidup dan jumlah langkah bulanan. Namun, kami menemukan tren positif dalam jumlah

		langkah bulanan. Penelitian ini mungkin dapat memberikan informasi berharga, seperti yang telah kami jelaskan dalam keterbatasan penelitian lebih lanjut dan penerapan program berbasis rumah.
3	Judul	Efektivitas Pelatihan Diet Non-Kontak pada Orang Dewasa dengan Diabetes atau Pradiabetes Menggunakan Alat Pemantau Glukosa Berkelanjutan: Uji Coba Terkendali Secara Acak (Ahn et al., 2023)
	Sampel	45 pasien diabetes
	Desain penelitian	A randomized controlled study with pre-and post-testing was conducted
	Durasi penelitian	4 minggu
	Pelaksana intervensi	Perawat
	Model intervensi/prosedur intervensi	<u>IMB</u> (Information Motivation behavioral skill) <u>Model GROW</u> Perawat memberikan coaching individu, termasuk tujuan diet harian, prestasi, dan kemauan. <u>Prosedur Intervensi</u> Edukasi: Setiap senin, edukasi terkait diet dalam presentasi power point Yang berlangsung selama 15-20 menit Pelatihan kelompok: setiap hari kamis peserta mengikuti sesi pelatihan kelompok. Peserta berbagi pengalaman pribadi dan mendapatkan dukungan dari sesama peserta. Pelatihan individu: dilakukan setiap hari, umpan balik berdasarkan rekaman fotografi makanan harian peserta untuk memberikan informasi. Apakah diet harian berhasil atau tidak. Pelatihan individu dilakukan untuk membantu peserta dalam mencapai tujuan dietnya.

	Instrumen penelitian	1. Depresi diukur menggunakan Kuesioner Kesehatan Pasien -2 versi Korea, yang mengukur frekuensi suasana hati depresi dan anhedonia. 2. kuesioner <i>self-efficassi</i>
	Hasil penelitian	Setelah intervensi, lingkar paha pada pria berbeda secara signifikan antara kedua kelompok ($z = -2.02$, $p = 0,044$). Bagi perempuan, peserta dalam kelompok eksperimen menunjukkan peningkatan yang lebih besar dalam hal makan efikasi diri dibandingkan dengan kelompok kontrol ($z = -2.66$, $p = 0.008$). Insomnia berdampak negatif berhubungan dengan perubahan efikasi diri makan ($r = -0.35$, $p = 0.018$) dan peningkatan lingkar paha ($r = -0,35$, $p = 0,017$).
	Kesimpulan	Sekalipun digunakan dalam periode intervensi singkat, pelatihan diet non-kontak Program dapat membantu meningkatkan keterampilan perilaku, seperti efikasi diri dalam makan dan hasil kesehatan, seperti lingkar paha. Selain itu, perubahan variabel secara tidak langsung dapat meningkatkan hasil kesehatan lainnya pada pasien diabetes atau pradiabetes.
4.	Judul	Efektivitas <i>Health coaching</i> dalam Berhenti Merokok dan Mempromosikan Penggunaan Obat Berhenti Merokok Oral pada Pasien Diabetes Tipe 2: Uji Coba Terkontrol Secara Acak (Huang et al., 2023b)
	Sampel	68 Peserta
	Desain penelitian	Penelitian ini dilakukan melalui uji coba dua kelompok, tersamar ganda, dan terkontrol secara acak.
	Durasi penelitian	Health coaching 6 bulan
	Pelaksana intervensi	Master Kesehatan Masyarakat

	Model intervensi/prosedur intervensi	Wawancara Motivasi (MI) <u>Prosedur Intervensi</u> -Kelompok intervensi menerima secara langsung pada awal dan tindaklanjut dengan panggilan telepon bulanan selama 6 bulan. -pembina menggunakan prinsi yang berpusat pada pasien, teori penentu nasib sendiri, dan model transteoritis untuk membina pasien berfikir melalui teknik seperti mendengarkan secara aktif dan terbuka, sehingga memperkuat dukungan psikologis dan motivasi yang dirasakan pasien (untuk beberapa pasien yang memiliki keyakinan irasional tentang perilaku merokok, seperti keyakinan bahwa merokok adalah sarana yang diperlukan untuk menjalani kemitraan kerja atau melaksanakan karya kreatif mereka, pelatih mencoba menggunakan keterampilan pembinaan perilaku kognitif emotional (RECBC) untuk pembinaan). sesi pertama, pelatih meminta setiap peserta untuk menetapkan tujuan berhenti merokok secara bertahap. Peserta perlu merancang tujuan yang “SMART” (yaitu,spesifik, terukur, dapat dicapai, realistis dan tepat waktu) untuk rencana aksi mereka dan mereka dapat merancang rencana pengurangan merokok setiap minggu atau bulanan, atau langsung berhenti merokok. Selain itu, pelatih juga menanyakan kepada peserta apakah mereka merasa perlu menggunakan obat berhenti merokok, dan beberapa memutuskan untuk berpartisipasi dalam rencana farmakoterapi selama atau setelah sesi pelatihan awal. Kebanyakan panggilan pembinaan dilakukan saat peserta berada di rumah atau saat istirahat makan siang. Selama sesi pelatihan lanjutan melalui telepon, pelatih terus meningkatkan motivasi setiap pasien untuk berhenti merokok, meninjau tujuan dan rencana tindakan dengan pasien, dan mendiskusikan kemungkinan hambatan untuk berhenti merokok dan solusinya bersama. Melalui pembinaan, setiap pasien dapat
--	---	---

	memikirkan kembali perlunya merokok dan dampaknya terhadap Kesehatan Secara umum, sesi pelatihan pertama memerlukan waktu lebih lama, sekitar 30–45 menit, dibandingkan sesi pelatihan lanjutan melalui telepon. Pasien kelompok intervensi dan kontrol menerima pendidikan dan pelacakan berhenti merokok seperti biasa. Saat ini, pendidikan kesehatan berhenti merokok yang diadopsi di Taiwan mencakup strategi lima A (bertanya, menasihati, menilai minat, membantu, dan mengatur) dan lima R (relevansi, risiko, penghargaan, hambatan, dan pengulangan) dalam berhenti merokok yang dipromosikan oleh WHO. untuk memperkuat efektivitas berhenti merokok Pendidik kesehatan juga memberikan pendidikan kesehatan yang berkaitan dengan berhenti merokok seperti kerugian merokok, sindrom penarikan diri, dan informasi pengobatan sesuai dengan pelatihan konsultasi berhenti merokok standar yang dirancang oleh Administrasi Promosi Kesehatan, Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan Taiwan. Pasien dalam kelompok kontrol tidak menerima intervensi tambahan apa pun dan hanya mendapat panggilan tindak lanjut dari manajer kasus pada minggu ke-4, ke-8, ke-12, dan ke-24, di mana mereka ditanya apakah mereka sudah berhenti merokok dan/atau memerlukan pendidikan kesehatan. atau kebutuhan pengobatan. Oleh karena itu, pasien pada kelompok kontrol memiliki waktu tindak lanjut yang lebih sedikit dibandingkan pasien pada kelompok intervensi.
Instrumen penelitian	Pantang merokok dinilai dengan Uji Fagerström untuk Ketergantungan Nikotin (FTND). Alat penilaian mandiri ini memiliki enam item dengan skor keseluruhan berkisar 0–10. Pengurangan merokok dinilai berdasarkan jumlah rokok yang

		dihisap per hari yang dilaporkan sendiri oleh para partisipan, dan pengurangan yang signifikan didefinisikan ketika mereka mengurangi kebiasaan merokok harian mereka setidaknya 50% dari awal Variabel independen meliputi intervensi pembinaan, jumlah rokok harian dasar, lama merokok (tahun), skor FTND, partisipasi rencana farmakoterapi, pengalaman berhenti merokok, dan karakteristik sosiodemografi. Karakteristik sosiodemografi meliputi jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, dan posisi pekerjaan.
	Hasil penelitian	Kelompok intervensi memiliki lebih banyak peserta yang mengurangi tingkat merokok setidaknya 50% secara signifikan dibandingkan kelompok kontrol. Selain itu, pasien yang berpartisipasi dalam rencana farmakoterapi pada kelompok intervensi pembinaan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap berhenti merokok, namun tidak signifikan pada kelompok kontrol.
	Kesimpulan	Studi ini menemukan bahwa pelatihan kesehatan dapat meningkatkan efektivitas proyek pengendalian tembakau di Taiwan dengan mengurangi jumlah rokok yang dihisap dan meningkatkan tingkat penghentian pasien diabetes tipe 2 yang berpartisipasi dalam rencana farmakoterapi. Diperlukan studi pelatihan kesehatan yang lebih prospektif terkait dengan berhenti merokok sebelum menerapkan layanan pelatihan kesehatan ke dalam rencana berhenti merokok di Taiwan.
5	Judul	<i>Group Health Coaching: Strengths, Challenges, and Next Steps</i> (Armstrong et al., 2013)
	Manfaat	1. Hemat biaya ke lebih banyak pasien dan memberikan kemungkinan manfaat tambahan dari dukungan kelompok 2. Meningkatkan akses dan potensi dampak pembinaan terhadap populasi.

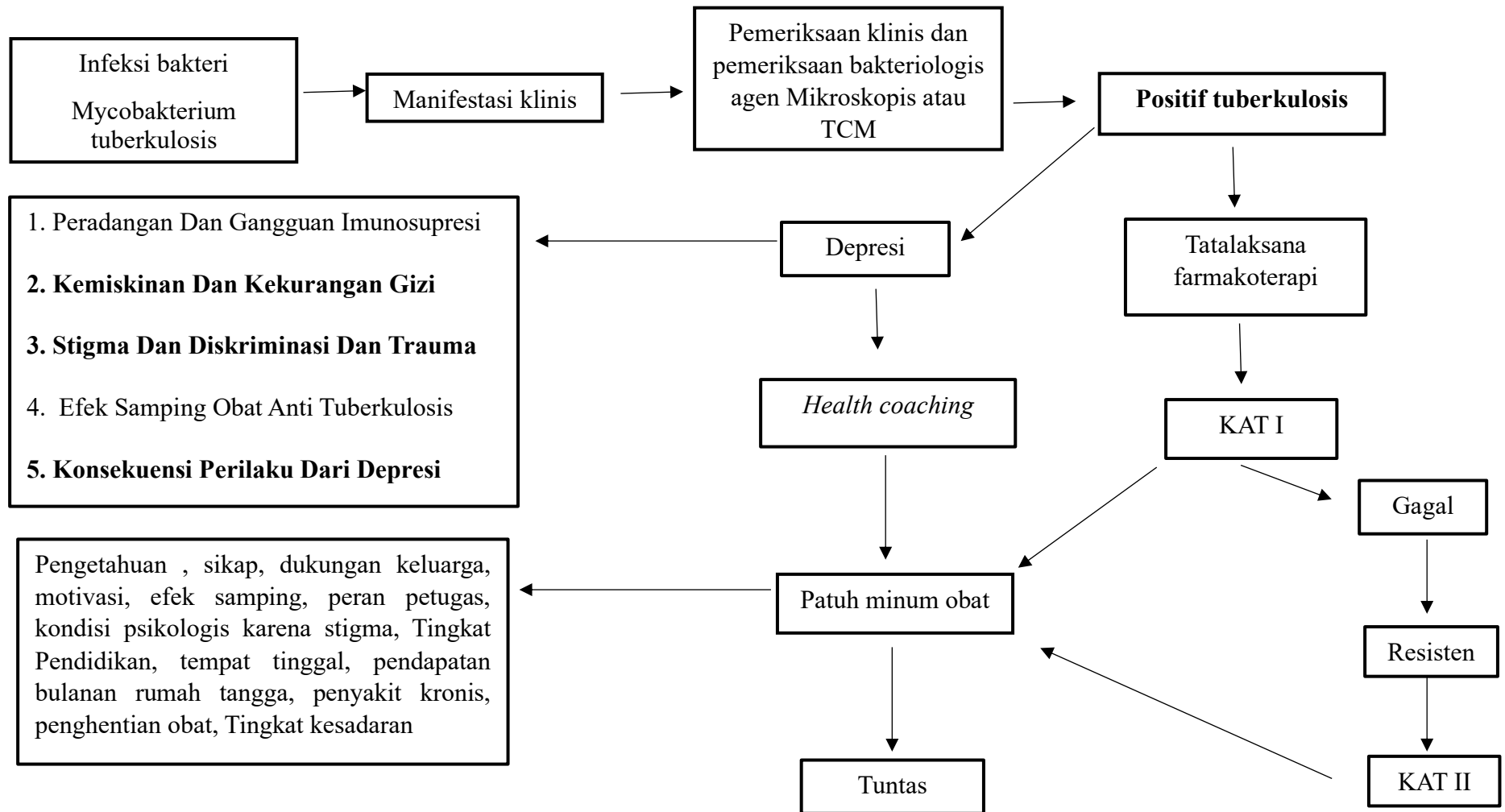
		3. Terapi kelompok pengobatan hemat biaya dan jangkauan lebih luas,mememberikan pilahan yang lebih realistis dan tersedia untuk pembinaan bagi seluruh masyarakat, sehingga meningkatkan jangkauan pembinaan dengan cara berkelanjutan di banding individu. 4. Rasa kebersamaan ” yang dihasilkan oleh pembinaan kelompok diidentifikasi sebagai kekuatan utama pendekatan ini” 5. Ketika individu membuat komitmen terhadap tujuan mereka di depan kelompok, mereka merasakan tanggung jawab yang lebih besar untuk menindak lanjutinya. 6. Mereka juga tidak merasa sendirian dan sering kali terbuka untuk belajar dari pengalaman klien lain. 7. Pembina dapat menawarkan pendidikan konten untuk meningkatkan pengetahuan serta mengajarkan keterampilan dengan cara yang lebih efisien dibandingkan dengan pembinaan individu. Belajar dan mempraktikkan hal-hal baru bersama semakin memperkuat ikatan kelompok. 8. Efisiensi pendidikan dapat memberikan cara yang lebih realistis dan berkelanjutan untuk meningkatkan jangkauan pembinaan. Baik secara langsung, melalui telepon, atau melalui Internet, seorang pelatih kesehatan yang terlatih berpotensi memberikan dampak positif pada banyak klien secara bersamaan.
	Tantangan <i>health coaching grup</i>	1. Tantangan Logistik, misalnya perekrutan klien dan penjadwalan. Model grup yang disajikan dalam artikel ini mengharuskan semua klien yang tertarik untuk hadir secara “langsung” pada waktu yang sama—baik secara langsung atau melalui telepon. Oleh karena itu, jumlah individu yang memadai harus siap melakukan perubahan dalam hidup

		mereka dan secara konsisten tersedia pada hari dan waktu yang sama 2. Tantangan yang terkait dengan pengelolaan dinamika Grup. Seperti halnya kelompok mana pun, kelompok pembinaan biasanya melibatkan campuran individu yang lebih pendiam, lebih introvert, dan lebih ekstrovert.
	Langkah/ cara kerja “ Health coaching dan kebugaran kelompok proesional	1. Pembinaan diberikan dalam format kelompok kecil (misalnya 4-20 peserta). 2. Fasilitator kelompok adalah pelatih kesehatan dan kebugaran profesional yang telah terlatih, dibimbing, atau diawasi dalam penyampaian layanan pembinaan kelompok. 3. Meskipun sesi kelompok mungkin mencakup latihan berdasarkan pengalaman, pendidikan, atau pengajaran teknik, fokusnya lebih banyak pada pembinaan daripada dukungan, pendidikan, pengajaran, atau terapi. 4. Biasanya, lebih dari satu klien dilatih selama sesi kelompok tertentu. 5. Dengan mengikuti teladan fasilitator, semua anggota kelompok belajar “menyediakan dorongan/penegasan, fokus pada kemajuan positif (tidak peduli seberapa kecilnya), sikap tidak menghakimi selama eksplorasi, membangun hubungan baik melalui obrolan pribadi, dan mendengarkan reflektif untuk memastikan keakuratan pemahaman dan pemahaman pendengar. 6. Setiap peserta kelompok dipandang sebagai ahli dalam kehidupannya sendiri dan memiliki atau dapat mengembangkan sumber daya internal yang diperlukan untuk mengarahkan perubahan yang diinginkan. Dipandu oleh pelatih—melalui mendengarkan secara mendalam, refleksi

		mendalam, dan pertanyaan-pertanyaan yang menggugah—kelompok menyediakan ruang yang aman dan tidak menghakimi yang memungkinkan eksplorasi kreatif untuk mendukung individu dalam menentukan tujuan dan rencana tindakan mereka sendiri, mengembangkan motivasi intrinsik, menggunakan kekuatan mereka, dan meningkatkan kemampuan mereka. efikasi diri untuk memulai dan mengikuti perubahan yang sehat saat mereka bergerak menuju optimalisasi kesehatan atau kesejahteraan mereka. 7. Brainstorming kelompok yang kreatif dapat terjadi jika peserta meminta bantuan dalam idenya generasi, dan selalu dengan fokus pada kemajuan positif dan memetik pelajaran yang didapat dan dibagikan. 8. Pelatihan kesehatan dan kebugaran kelompok dapat disampaikan secara langsung atau jarak jauh (jembatan telepon, webinar, obrolan video grup). Sesi biasanya berdurasi 60 hingga 90 menit dan juga dapat disampaikan dalam lokakarya multi-jam, sepanjang hari, atau multi-hari. Durasi program dapat berkisar dari satu sesi hingga beberapa sesi selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan atau dapat berupa program berkelanjutan dengan sesi mingguan, dua mingguan, atau bulanan selama 1 tahun atau lebih.
	Kesimpulan	Pembinaan kesehatan menjanjikan sebagai intervensi yang relatif baru yang dapat membantu individu meningkatkan kemampuan mereka untuk mencegah dan mengelola penyakit kronis serta mengoptimalkan kesejahteraan jangka panjang. Mengingat relatif terbatasnya jumlah pelatih kesehatan terlatih profesional yang tersedia dalam profesi baru ini, pembinaan kelompok mungkin merupakan cara untuk memanfaatkan layanan pelatih dan

		kekuatan bawaan manusia untuk membantu diri mereka sendiri dan orang lain. Masih banyak pertanyaan yang tersisa, namun pembinaan kelompok untuk mendukung perubahan positif dan meningkatkan keterlibatan pasien mungkin berpotensi mengurangi penderitaan, meningkatkan kesejahteraan, dan menghemat sumber daya publik dan swasta secara signifikan.
--	--	---

B. KERANGKA TEORI



Gambar 2. 8 kerangka kosep tuberkulosis (Direktorat Jenderal Pencegahan, 2023; Hutagalung et al., 2022; Nabila, 2023; Nazhofah & Ella Nurlaella Hadi, 2022; Pertiwi & Kharin Herbawani, 2021; Suratmini & Berliana Togatorop, 2023; Sweetland et al., 2018; Zhu et al., 2022)

