

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Konseling

2.1.1 Pengertian

Konseeling adalah pertemuan konselor dengan klien secara individu, di mana terjadi hubungan konseling yang bernuansa repport, dan konselor berupaya memberikan bantuan untuk pengembangan pribadi klien serta klien dapat mengantisipasi maslah-masalah yang dihadapinya konseling individual teori dan peraktek, (Purwanto. 2010.).

Konseling adalah suatu bentuk wawancara untuk menolong orang lain memperoleh pengertian yang lebih baik mengenai dirinya, sikapnya, kekhawatiran dan sebagainya dalam usahanya untuk memahami dan mengatasi permasalahan yang sedang dihadapinya (Samsudin. 2011).

Konseling adalah proses pemberian informasi objektif dan lengkap, dilakukan secara sistematis dengan paduan keterampilan komunikasi interpersonal, teknik bimbingan dan penguasaan pengetahuan klinik yang bertujuan untuk memebantu jalan keluar/ upaya untuk mengatasi masalah tersebut (Mortensen &Allen. 2006)

2.1.2 Tujuan Konseling

Membantu klien untuk merubah tingkah lakunya yang emosional dan impulsif dengan tingkah laku rasional, dengan sengaja, secara teliti dan berhati-hati dan pemahaman terhadap akar dan perkembangan kesulitan emosional, mengarah pada kapasitas untuk lebih memilih kontrol rasional daripada perasaan

dan tindakan. Menjadi lebih mampu membentuk dan mempertahankan hubungan yang bermakna dan memuaskan dengan orang lain. Menjadi lebih peka terhadap pemikiran dan perasaan yang selama ini ditahan atau ditolak, atau mengembangkan perasaan yang lebih akurat berkenaan dengan bagaimana penerimaan orang lain terhadap diri.

Pengembangan sikap positif terhadap diri, yang ditandai oleh kemampuan menjelaskan pengalaman yang selalu menjadi subjek kritik diri dan penolakan. Pergerakan ke arah pemenuhan potensi atau penerimaan integrasi bagian diri yang sebelumnya saling bertentangan. Membantu klien mencapai kondisi kesadaran spiritual yang lebih tinggi. Menemukan pemecahan masalah tertentu yang tak bisa dipecahkan oleh klien seorang diri.

Membantu klien mampu mengungkap ide dan tehnik untuk memahami dan mengontrol tingkah laku. Mempelajari dan menguasai keterampilan sosial dan interpersonal. Modifikasi atau mengganti kepercayaan yang tak rasional atau pola pemikiran yang tidak dapat diadaptasi, yang diasosiasikan dengan tingkah laku penghancuran diri (Mortenen & Allen, 2006.).

2.1.3 Tiga Pendekatan Dalam Koseling

1. Pendekatan *directive*

Pendekatan ini biasanya juga disebut: Informative, counselor centered, oleh *Frederick thorne* dalam makalahnya "*Directive and Eclectic Personality Counseling*" dalam bukunya J.L.Mc. Cary: *Six Approaches to Psychotherapy*.

Mereka yang memakai pendekatan *directive* beranggapan bahwa konselor kesehatan itu berfungsi sebagai *Master Educator*, yang membantu klien mengatasi masalah-masalah dengan sumber-sumber intelektual yang disadari.

Mengungkapkan perasaan (*Release of Feelings*) dan tercapainya pemahaman (*Acquisition of Insight*), yang merupakan tahap-tahap dalam proses konseling dianggap penting, tetapi belum cukup dalam membantu klien untuk belajar mengatasi masalahnya secara rasional, maka konselor tidak bertindak secara otoriter, tidak bersikap menilai. Ia menghindari kata-kata yang kasar, seperti larangan-larangan yang langsung, memberi resep-resep yang diktatorial dan saran-saran yang mengatur.

Konsep *directive* menyatakan, bahwa konseling perlu bantuan dengan beberapa kesukarannya, bahwa konselor membantu dia menemukan apa sebenarnya masalahnya dan apasaja yang harus dia kerjakan dan bahwa konselor mampu membantu dia apa yang harus ia kerjakan. Kesukaran-kesukaran itu dapat bervariasi, dari pemilihan pendidikan yang relatif sederhana sampai konflik-konflik interpersonal yang serius. Dalam usaha konselor yang membantu klien mengatasi kesukaran-kesukarannya, konselor dapat menggunakan prosedur-prosedur ilmiah yang telah diuji. (Mortensen & Allen, 2006)

A) The counseling relationship

Untuk membantu klien dalam mengembangkan kemanusiaan sepenuhnya, hubungan antara konselor dan konselee hendaknya mempunyai karakteristik sebagai berikut :

- a. Sangat *individualized*
- b. Hubungan secara pribadi, melalui usaha-usaha konselor untuk menempatkan dirinya ke dalam tempat dan sudut pandangan dari konselee secara

emosional dan psikologis, sehingga dapat memahami konselee, yang bertujuan untuk membantu dia.

- c. Mempunyai tekanan pada masa depan, disamping mendorong untuk berkembang. Membantu klien melihat masa depan untuk merealisasikan aspirasi-aspirasi dan potensi-potensinya, melalui mengorganisir cara berfikirnya tentang dirinya dan aspirasi-aspirasinya untuk perkembangan masa depannya.
- d. Berhubungan dengan mengidentifikasi aspirasi-aspirasi maupun bakat-bakatnya. Ini merupakan aspek emosional dari hubungan itu. Suatu hubungan yang simpatik dan beremosi tinggi lebih banyak membantu dari apa saja yang dikatakan oleh konselor, untuk menumbuhkan kepercayaan diri sendiri serta hasrat untuk mengembangkan potensi-potensi sepenuhnya.
- e. Memberi tekanan pada martabat dan harga diri manusia. Suatu hubungan yang berdasarkan atas respek dan martabat manusia, membantu klien untuk mencapai kesimpulan bahwa ia cukup berharga. Ini memberi motivasi untuk mencapai potensi-potensinya sepenuhnya.

A) Tahap-tahap Konseling

Williamson menyusun *directive counseling* dalam 6 tahap :

1. Analaisa : pengumpulan data dari berbagai sumber yang diperlukan untuk memahami klien secara adekuat.
2. Sintesa : meringkas dan menyusun data yang menampakkan sifat-sifatnya yang bernilai, kekuatan-kekuatan, kekurangan-kekuranga, tanggung jawabnya, kesesuaiannya dan ketidaksesuaiannya.
3. Diagnosa : memformulasikan konklusi-konklusi tentang sifat-sifatnya dan sebab-sebab dari problem-problem yang ditampilkan oleh klien

4. Prognosa : merencanakan masa depan perkembangan masalah klien. Sejauh mana dapat diharapkan adanya kemampuan untuk mengadakan perubahan-perubahan tingkah laku klien yang lebih bijaksana.
5. Konseling : langkah-langkah yang diambil oleh konselor dengan klien untuk menimbulkan penyesuaian kembali bagi klien.
6. Tindak lanjut : membantu klien dengan masalah-masalah baru atau masalah lama yang timbul kembali serta menentukan keefektifan dari konseling yang disediakan untuknya.

Directive konseling itu proses rasional, tidak bertujuan pada membantu klien untuk mencapai apa yang ia inginkan, tetapi tertuju pada membantu dia untuk apa yang ia dapat capai.

2. Pendekatan *non directive*

Pendekatan ini oleh penciptanya C.R. Rogers disebut *client centered counseling* dan kadang-kadang istilah *non directive* juga digunakan. Itu tidak berarti, bahwa pendekatan-pendekatan lain itu tidak client centered. Kadang-kadang pendekatan ini diartikan sebagai suatu pandangan hidup, sebagai metode konseling, karena untuk membantu klien merealisasikan potensi-potensinya, konselor sendiri harus mencapai dulu kematangan psikologis. Ia harus mampu untuk memahami dan menerima diri sendiri secara penuh, sungguh-sungguh, memiliki aspek terhadap diri sendiri maupun orang lain dan terus menerus berusaha mencapai pertumbuhan dan perkembangan potensinya sendiri.

Rogers menggunakan istilah *client* karena menurut pendapatnya istilah *client* ini paling mendekati gambaran orang yang mendatangi konselor untuk maksud konseling.

Adapun pertimbangan-pertimbangannya adalah:

- a. Manusia yang datang pada konselor atas kehendaknya sendiri atau diantarkan oleh orang lain, bermaksud memperoleh pertolongan mengenai suatu masalah.
- b. Manusia yang datang pada konselor itu dinyatakan secara langsung maupun tak langsung, bahwa ia tidak sakit dan bahwa ia tidak dipakai sebagai bahan percobaan.

Azas konseling ini ialah pendapat, bahwa akhirnya klien sendirilah yang memikul tanggung jawab seluruhnya untuk nasib dan arah hidupnya. Karena itu klien mempunyai hak mutlak untuk menentukan penyelesaian manakah yang hendak ditempuhnya dalam menghadapi masalah hidupnya, yang mana penyelesaian itu tidak tergantung pada konselor.

Setiap orang memiliki sumber-sumber kekuatan yang cukup untuk mencapai kedewasaan (*maturity*). Dalam konseling sumber-sumber ini dibuka, sehingga dapat mendorong klien ke arah kedewasaan yang dituju. Dalam hal ini konselor sama sekali tidak memberi penilaian apa pun juga dan konselor bertugas terutama menunjang perkembangannya ekspresi emosi dan perasaan yang bebas.

Dengan demikian konselor dapat dianggap sebagai semacam katalisator dan fasilitator dari suatu proses perkembangan. Ini berarti bahwa konselor tidak bersifat dan bersikap masa bodoh terhadap klien, bahkan sebaliknya berarti, bahwa konselor mengikuti setiap proses perkembangannya dengan seksama.

Konselor hendaknya dapat menyediakan suasana konseling sedemikian rupa, sehingga klien dapat mengeksplorasikan sepenuhnya pikiran-pikiran dan perasaan sebebasnya, tanpa ada rasa takut akan ditolak, dikritik, dinilai atau disensor. Konselor berusaha menangkap "*frame of reference*" (kerangka latar belakang) dari klien supaya dapat menghayati dunia seperti yang dihayati oleh klien. Sumber datanya adalah klien itu sendiri.

A) Tujuan dasar

Tujuan dasar dari konseling ini adalah perubahan dan pertumbuhan, tanggung jawab untuk berubah itu terletak sepenuhnya pada klien bukan pada konselor, karena perubahan itu harus timbul di dalam diri klien, bukan dari luar. Klien dilihat sebagai orang yang memiliki potensi untuk berkembang dan suatu tendens alamiah terhadap pertumbuhannya yang sehat. Maka itu klienlah yang menentukan sifat dasar, arah dan tujuan dari perubahan itu.

Rogers memandang pendekatan *client-centered* ini sebagai pendekatan pada hubungan antara manusia, yang dapat dipakai pada berbagai situasi, diantaranya konseling adalah salah satunya.

B) Diagnosa tidak begitu penting

Di dalam *non directive* conseling ini, soal diagnosa tidak begitu penting, sebab pada hakekatnya memberi diagnosa itu merupakan semacam pemberian penilaian (*evaluation*) atau pemberian suatu cap yang tertentu dan justru penilaian semacam itulah yang senantiasa dirasakan sebagai penghalang yang terbesar dalam prosedur *non directive counseling* ini. Sebab penilaian semacam itu hanya dapat diberikan oleh suatu instansi yang lebih tinggi kekuasaannya

kepada suatu instansi lain yang seakan-akan terpaksa menerimanya. Dengan demikian maka sekaligus pula kedudukan sama rata antara klien dan konselor, dipertahankan serta dipelihara terus, kedudukan mana dianggap sangat essential dari prosedur *non directive counseling* ini.

C) Beberapa hipotesa sentral

Banyak riset empiris telah diadakan untuk menguji kebenaran dari hipotesa sentral yang ditegakkan oleh Rogers yang secara essential tidak berubah :

- a. Hipotesa pertama ialah bahwa setiap individu itu memiliki kapasitas secara laten untuk memahami aspek-aspek dari dirinya, yang dapat menimbulkan rasa puas dan tidak puas, rasa cemas, rasa sakit, rasa sedih, rasa lega dan senang, dan kapasitas untuk mereorganisir dirinya dan hubungannya dengan kehidupannya ke arah *self-actualization* dan kedewasaan, sedemikian rupa hingga dapat membawakan ke tingkat yang lebih tinggi dari kesenangan hidupnya (*internal comfort*).
- b. Kapasitas ini akan dibebaskan dalam konseling dan perkembangan pribadi akan dapat lancar, kalau konselor dapat menciptakan suatu atmosfer psikologis yang bercirikan :
 1. Suatu penerimaan yang sungguh-sungguh dari klien sebagai orang yang berharga tanpa ada syarat-syarat apa pun.
 2. Suatu daya upaya yang sensitif dan kontinue untuk memahami perasaan-perasaan yang timbul dan komunikasi dari klien, tanpa adanya usaha untuk mendiagnosa atau tanpa merubah perasaan itu.

3. Daya upaya yang kontinue untuk menyampaikan kepada klien pemahaman empatik ini.
 - c. Dalam suasana dengan penuh penerimaan, penuh pemahaman tanpa menakuti (*non threatening*) ini, maka klien akan mereorganisir dirinya terhadap tidak hanya pada bagian-bagian yang sadar saja, tetapi juga pada bagian-bagian yang lebih mendalam dari kepribadiannya sedemikian rupa, sehingga ia dapat menghadapi kehidupannya lebih konstruktif, lebih inteligent, lebih sosial dan lebih memuaskan. Lebih khusus lagi dihipotesakan, bahwa klien akan berubah dalam persepsi dirinya, akan dapat lebih memahami dirinya dan orang-orang lain, lebih toleran terhadap situasi lingkungan, lebih kreatif, adaptif, independent dan lebih mandiri, dewasa dan bijaksana dalam perilakunya, kurang defensi dan lebih toleran terhadap frustrasinya.
 - d. Dihipotesakan, bahwa konseling relationship itu hanya salah satu dari lain-lain *interpersonal relationship* dan hukum-hukumnya sama berlaku untuk semua macam atau jenis-jenis hubungan itu, jadi kalau keluarga dapat menciptakan atmosfir yang demikian bagi anggota keluarga yang sakit, maka anggota keluarga tersebut menjadi lebih mampu untuk berdiri sendiri dan lebih bijaksana dalam perilakunya. Kalau kepala rumah sakit atau kepala puskesmas dapat menciptakan atmosfir demikian untuk organisasinya, maka stafnya akan lebih disiplin, kreatif dan mampu menyesuaikan dalam teknik-teknik baru, tugas-tugas baru, lebih lancar kerja samanya.

D) Indikasi-indikasi untuk melaksanakan *client centered counseling*

1. Apakah klien berada dalam suatu ketegangan?

Ini adalah pertanyaan pertama yang dalam klien *centered counseling* harus dijawab terlebih dahulu oleh konselor yang bersangkutan. Sebab konseling

hanyalah bermanfaat apabila memang ada suatu ketegangan tertentu yang disebabkan suatu keadaan yang tidak seimbang secara psikologis. Ketegangan ini adalah akibat adanya beberapa keinginan yang satu sama lain tidak dapat didamaikan. Atau menjadi akibat dari adanya pertentangan antara kebutuhan-kebutuhan individu yang harus segera dipenuhi dari satu pihak dan dilain pihak adanya ketentuan sosial yang menghalangi.

2. Apakah klien dapat menghadapi situasi hidupnya?

Individu telah sanggup membuktikan sekedarnya dalam menghadapi kesulitan hidupnya biarpun tidak secara memuaskan. Individu memiliki kesanggupan cukup untuk tetap menguasai sekedarnya unsur-unsur yang sedang berjalan di dalam dirinya, namun tidak sedemikian rupa, hingga tak ada harapan untuk dapat merubah atau menguasai nantinya.

3. Apakah ada kemungkinan atau kesempatan untuk mengadakan *interview* dengan konselor?

Bagi individu ada kemungkinan yang nyata untuk mengemukakan keterangannya yang bertentangan itu dalam suatu rangkaian pembicaraan yang direncanakan dengan konselor.

4. Apakah klien sanggup membuka diri melalui salah satu media?

Klien memiliki kesanggupan untuk mengemukakan kesulitan secara verbal atau melalui suatu media lain. Adanya suatu keinginan yang disadari, untuk meminta pertolongan merupakan suatu hal yang memberikan harapan bagus. Sebaliknya jika hal semacam ini tidak ada, maka ini merupakan halangan yang tak dapat diatasi.

5. Apakah klien cukup bebas dari pengaruh penguasaan keluarga?

Individu dapat dikatakan cukup bebas pengaruh kekuasaan keluarga yang berlebihan, baik dalam arti kata kebebasan emosional maupun arti kata kemerdekaan menggunakan kemungkinan-kemungkinan yang ada.

6. Apakah klien mempunyai stabilitas yang cukup?

Individu dapat dikatakan cukup bebas dari keadaan instabilitas berlebihan, terutama yang bersifat jasmaniah.

7. Apakah klien mempunyai inteligensi yang cukup?

Individu memiliki inteligensi yang cukup untuk menghadapi situasi hidupnya, artinya taraf inteligensinya berada pada tingkat normal rendah ke atas.

8. Apakah klien mempunyai usia yang cukup?

Individu mempunyai usia yang cukup, dalam arti kata cukup dewasa menghadapi hidup secara cukup bebas dan masih cukup muda untuk memiliki kesanggupan yang cukup untuk menyesuaikan diri ke dalam lingkungan yang berubah-ubah. Diukur dalam istilah usia chronologik ini berarti usia antara 10-50 tahun. Seseorang yang lanjut usianya, akan lebih sukar melaksanakan orientasi baru tentang dirinya dan meng-reorganisasi hidupnya dibandingkan dengan kemungkinan mengenai hal-hal itu pada seorang manusia yang lebih muda usianya.

Ke delapan indikasi di atas merupakan syarat-syarat yang harus dipenuhi sebelum konselor menentukan untuk melaksanakan *non directive counseling*.

E) Memberikan informasi

Rogers menerima pemberian informasi itu sebagai suatu kemungkinan berfungsinya konseling kalau digunakan untuk tujuan-tujuan:

- a. Informasi itu digunakan untuk membantu menjelaskan suatu pemilihan.
- b. Informasi itu digunakan untuk melaksanakan suatu ketentuan.
- c. Informasi digunakan untuk membantu klien menemukan masalahnya yang sebenarnya.

3. *Eclectic counseling*

Eclectic = *choosing the best out of everything* (memilih yang terbaik, yang paling cocok, dari beberapa pilihan). *Eclectik Counseling* : memilih di antara teknik-teknik konseling yang paling cocok untuk klien itu.

1. Untuk dapat memilih teknik mana yang akan dianut, maka konselor harus mempunyai banyak pengalaman dalam mempraktekkan berbagai teknik dari konseling. Jadi seleksi ini sepenuhnya bergantung pada pengalaman-pengalaman yang akumulatif (meningkat terus).
2. *Eclectic counselor* mendasari konselingnya atas konsep-konsep yang diambil dari sejumlah pendekatan dan tidak pada satu pendekatan yang eksklusif. Kalau ia menggunakan secara sengaja dalam prakteknya konsep *directive* maupun *non directive*, maka hasilnya adalah *eclectic*. Ini tidak berarti bahwa caranya itu dengan *trial and error* yang benar-benar *eclectic*, menurut *webster dictionary* : *strives to select that which he finds best in the various theories or systems* (usaha untuk memilih satu yang ia anggap terbaik di antara berbagai teori atau sistem).
3. Seleksinya terjadi sepenuhnya atas dasar pengalaman-pengalaman yang akumulatif.
4. Approach yang lebih efektif mungkin timbul dengan menjelajahi semua teori teknik-teknik konseling yang ada dalam rangka pengalaman-pengalaman,

kemudian berusaha menyusun satuan konsep melalui reformulasi dari prinsip-prinsip yang dipilih dari berbagai sistem.

5. Leona E. Tyler menyarankan, supaya setiap konselor hendaknya berusaha untuk mengembangkan sintesanya sendiri. Menegakkan suatu teori sendiri barangkali merupakan kewajiban selama hidupnya.
6. Thorne menyatakan : faktor yang prinsipil itu bukanlah metode yang dipakai, tetapi skilnya yang digunakan.
7. Leona E. Tyler menyebutkan beberapa pokok perhatian dalam *eclectic counseling* :

1. Adalah essential bagi konselor berpengalaman dalam pemahaman dan penerimaan dari klien dan memiliki kemampuan untuk mengkomunikasikannya kepada klien.
2. Penerimaan itu mencakup :
 - a. Membolehkan klien untuk berbeda dari klien lain dalam berbagai hal.
 - b. Meliputi juga, konselor menyadari bahwa pengalaman konseling dari setiap klien itu merupakan pola yang kompleks dari usaha-usahanya, cara berfikir dan perasaannya.
 - c. Meliputi juga tentang hal-hal yang sederhana, seperti keramah tamahan, menciptakan suasana konseling yang tepat melalui susunan ruangan konseling, menghindari berbagai macam interupsi dan sebagainya.
 - d. Termasuk juga hal-hal yang kompleks seperti skill dalam mengikuti alam pikiran klien dan mampu memetik hal-hal yang penting bagi klien.
 - e. Konselor selalu siap siaga untuk menangkap apapun yang dimunculkan oleh klien, betapapun hal-hal itu tak terduga atau tak di senangi oleh konselor.

Tetapi ini semua tidak termasuk setuju dan tidak setuju terhadap perilaku dan kepribadian dari klien.

3. Tyler memberikan tekanan lebih pada counseling relationshipnya dari pada teknik-tekniknya. Hubungan konseling ini hendaknya "*warm and friendly*", berdasarkan atas "*confidence, respect and sympathy*". Konselor hendaknya memberi respon terhadap sikap-sikapnya lebih daripada kata-katanya. Ia membantu untuk membuka realitas-realitas psikologis dalam situasi klien dengan mengikuti secara *continue* rentetan pikiran dan perasaan dari klien. Konselor hendaknya tidak mencoba mencari arti-arti yang tersembunyi.
4. Cara yang lazim di mana konselor membantu klien adalah melalui bantuan untuk memilih di antara kemungkinan-kemungkinan perilaku yang terbuka baginya. Konselor membantu klien untuk berdiskusi-mengadakan survey alternatif dan menjelaskan setiap alternatif untung ruginya, kemungkinan-kemungkinan dan batas-batasnya. Batas-batas ini ketentuannya berasal dari keadaan lingkungan keluarganya, karakteristik fisik dan psikologis, hasil belajar yang sudah dicapai, kedewasaannya dan pengalaman-pengalamannya.
5. Menerima ketidak pastian dari klien tanpa kritik apapun, maka konselor membantu klien untuk belajar mentolerir ketidak pastiannya sambil menghindari pemilihan-pemilihan yang prematur. Konselor membantu klien mengidentifikasi dan menelaah alasan-alasan yang mungkin, yang menyebabkan klien tidak mampu untuk mencapai suatu pemilihan alasan ini misalnya rasa takut akan gagal, tekanan yang berlebihan dari keluarga,

sikap yang bertentangan dan sama kuatnya terhadap suatu pemilihan, alternatif yang sama menariknya dan sebagainya.

6. Konselor membantu klien untuk melengkapi dan menggunakan sumber-sumber pribadi dan sumber-sumber lingkungannya. Kalau tepat, maka konselor membantu klien untuk memiliki keterampilan-keterampilan baru (peningkatan kecakapan membaca, kemampuan berkonsentrasi, dan sebagainya) dan pengetahuan-pengetahuan baru. Konselor mempunyai lebih banyak berbagai macam informasi dari pada klien, misalnya mengenai berbagai macam jabatan dan syarat-syaratnya, berbagai macam pendidikan, arti-arti dari skor test-test, fasilitas-fasilitas penyembuhan dan sebagainya. Ia menyampaikan informasi-informasi itu ke dalam *interview* kalau timbul saat-saatnya yang baik. Cara menyajikannya di usahakan supaya sedikit demi sedikit, terpotong-potong, supaya klien ada waktu dan kesempatan untuk mengadakan reaksi terhadap informasi yang ia baru dengar dan melalui respons-responsnya itu dapat diketahui bahwa klien dapat menangkap dan mengerti serta mengassimilasikan ke dalam dirinya. Biasanya hal-hal ini memakan waktu, lazimnya lebih dari satu session *interview*.

A. Konsep diagnosa

merupakan gambaran yang menyeluruh, terpencil dan luas (*comprehensive*) yang disusun oleh konselor tentang klien, yang mencakup kekuatan-kekuatan dan kelemahan-kelemahannya interesse dan bakat-bakatnya, pengalaman dan harapannya untuk masa depan. Dalam *eclectic counseling* maka diagnosa merupakan tahap yang mutlak perlu, terutama konseling kesehatan. (Mortensen & Allen, 2006)

Metode konseling yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan metode ceramah yang berisikan tentang materi penularan dan tanda gejala Tuberkulosis. peneliti memberikan penjelasan tentang penularan dan tanda gejala Tuberkulosis sebanyak satu kali beserta buku perawatan tuberkulosis untuk dibawa pulang dan posttest dilaksanakan 7-10 hari setelah konseling. Sesuai dengan teori menurut (Notoatmodjo. 2004) jarak waktu antara test yang pertama dan test yang kedua sebaiknya antara 7 sampai dengan 10 karena jika waktu terlalu pendek kemungkinan responden masih ingat jawaban pada saat *pretest*. Sedangkan jika terlalu lama kemungkinan pada responden terjadi perubahan dalam variabel yang di ukur.

2.1.4 Alat Bantu dan Media Konseling

1. Alat Bantu Konseling (Peraga)

Alat bantu konseling adalah alat-alat yang digunakan oleh konselor dalam menyampaikan informasi. Alat bantu ini sering disebut alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan meragakan sesuatu dalam proses konseling. Alat peraga ini disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada manusia itu diterima atau ditangkap melalui indera. Semakin banyak indera yang digunakan untuk menerima sesuatu maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian/pengetahuan (Notoatmojo, 2007).

Alat peraga ini dimaksudkan untuk mengerahkan indera sebanyak mungkin kepada suatu objek sehingga mempermudah persepsi. Secara terperinci, fungsi alat peraga adalah untuk menimbulkan minat sasaran, mencapai sasaran lebih banyak, membantu mengatasi hambatan bahasa, merangsang sasaran untuk melaksanakan pesan kesehatan, membantu sasaran dalam belajar lebih banyak dan tepat, merangsang sasaran untuk meneruskan

pesan yang diterima kepada orang lain, mempermudah memperoleh informasi dan sasaran, mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami dan akhirnya memberikan pengertian yang lebih baik, dan membantu menegakkan pengertian yang diperoleh.

Pada garis besarnya ada 3 macam alat bantu konseling yaitu :

a. Alat bantu lihat

Alat ini berguna dalam membantu menstimulasikan indera mata pada waktu terjadinya konseling. Alat ini ada 2 bentuk yaitu alat yang diproyeksikan misalnya video dan alat yang tidak diproyeksikan misalnya dua dimensi, tiga dimensi, gambar peta, bagan, bola dunia, boneka dan lain-lain.

b. Alat bantu dengar

Alat ini berguna dalam membantu menstimulasi indera pendengaran, pada waktu proses penyampaian bahan konseling misalnya radio, pita suara dan lain-lain.

c. Alat bantu lihat-dengar

Alat ini berguna dalam menstimulasi indera penglihatan dan pendengaran pada waktu proses konseling, misal televisi, video cassette dan lain-lain. Sebelum membuat alat-alat peraga kata harus merencanakan dan memilih alat peraga yang paling tepat untuk digunakan dalam konseling.

Untuk itu perlu diperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1) Tujuan yang hendak dicapai

- a) Tujuan pendidikan adalah untuk mengubah pengetahuan/ pengertian, pendapat dan konsep-konsep, mengubah sikap dan persepsi, menanamkan tingkah laku/ kebiasaan yang baru.

b) Tujuan penggunaan alat peraga adalah sebagai alat bantu dalam latihan/ penataran/ konseling, untuk menimbulkan perhatian terhadap sesuatu masalah, mengingatkan sesuatu pesan/ informasi.

2) Persiapan penggunaan alat peraga

Semua alat peraga yang dibuat berguna sebagai alat bantu belajar dan tetap harus diingat bahwa alat inidapat berfungsi mengajar dengan sendirinya. Kita harus mengembangkan keterampilan dalam memilih, mengadakan alat peraga secara tepat sehingga mempunyai hasil yang maksimal (Notoatmojo, 2007).

2. Media konseling

Media konseling adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan informasi yang ingin disampaikan oleh konselor sehingga sasaran dapat meningkat pengetahuannya pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya kearah positif terhadap kesehatan. Konseling kesehatan tak dapat lepas dari media karena melalui media, pesan yang disampaikan dapat lebih menarik dan dipahami, sehingga sasaran dapat mempelajari pesan tersebut sehingga sampai memutuskan untuk mengadopsinya ke perilaku yang positif. Tujuan atau alasan mengapa media sangat diperlukan di dalam pelaksanaan konseling kesehatan antara lain adalah (Nursalam, 2008) :

1. Media dapat mempermudah penyampaian informasi.
2. Media dapat menghindari kesalahan persepsi.
3. Media dapat memperjelas informasi.
4. Media dapat mempermudah pengertian.
5. Media dapat mengurangi komunikasi verbal
6. Media dapat menampilkan objek yang tidak dapat ditangkap dengan mata.

7. Media dapat memperlancar komunikasi.

Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan kesehatan, media ini dibagi menjadi 3 yakni :

a. Media cetak

Media ini mengutamakan pesan-pesan visual, biasanya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Yang termasuk dalam media ini adalah *booklet*, *leaflet*, *flyer* (selebaran), *flip chart* (lembar balik), *rubric* atau tulisan pada surat kabar atau majalah, poster, foto yang mengungkapkan informasi kesehatan. Ada beberapa kelebihan media cetak antara lain tahan lama, mencakup banyak orang, biaya rendah, dapat dibawa kemana-mana, tidak perlu listrik, mempermudah pemahaman dan dapat meningkatkan gairah belajar. Media cetak memiliki kelemahan yaitu tidak dapat menstimulir efek gerak dan efek suara dan mudah terlipat.

b. Media elektronik

Merupakan media yang bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dan penyampaiannya melalui alat bantu elektronika. Yang termasuk dalam media ini adalah televisi, video, CD, VCD. Seperti halnya media cetak, media elektronik ini memiliki kelebihan antara lain lebih mudah dipahami, lebih menarik, sudah dikenal masyarakat, bertatap muka, mengikut sertakan seluruh panca-indra, penyajiannya dapat dikendalikan dan diulang-ulang serta jangkauannya lebih besar. Kelemahan dari media ini adalah biayanya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu listrik dan alat canggih untuk produksinya, perlu persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, perlu keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya.

c. Media luar ruang

Media menyampaikan pesannya di luar ruang, bisa melalui media cetak maupun elektronik misalnya papan reklame, sepanduk, pameran, banner dan televisi layar lebar. Kelebihan dari media ini adalah lebih mudah dipahami, lebih menarik, sebagai informasi umum dan hiburan, bertatap muka, mengikut sertakan seluruh panca indera, penyajian dapat di kendalikan dan jangkauannya relatif besar. Kelemahan dari media ini adalah biaya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu alat canggih untuk produksinya, persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, memerlukan keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya. Media konseling kesehatan yang baik adalah media yang mampu memberikan informasi atau pesan-pesan kesehatan yang sesuai dengan tingkat penerimaan sasaran, sehingga sasaran mau dan mampu untuk mengubah perilaku sesuai dengan pesan yang disampaikan (Nursalam, 2008)

2.1.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan konseling

Keberhasilan suatu konseling kesehatan dapat dipengaruhi oleh faktor konseling, sasaran dan proses konseling (Nursalam, 2008) :

1. Faktor konseling

misalnya kurang kesiapan, kurang menguasai materi yang akan di jelaskan, penampilan kurang meyakinkan sasaran, bahasa yang digunakan kurang dapat dimengerti oleh sasaran, suara terlalu kecil dan kurang dapat didengar serta penyampaian materi konseling terlalu monoton sehingga membosankan.

2. Faktor sasaran

misalnya tingkat pendidikan terlalu rendah sehingga sulit menerima pesan yang di sampaikan, tingkat sosial ekonomi terlalu rendah sehingga tidak begitu memperhatikan pesan-pesan yang disampaikan karena lebih memikirkan kebutuhan yang lebih mendesak, kepercayaan dan adat kebiasaan yang telah tertanam sehingga sulit untuk mengubahnya, kondisi lingkungan tempat tinggal sasaran yang tidak mungkin terjadi perubahan perilaku.

3. Faktor proses dalam konseling

misalnya waktu konseling tidak sesuai dengan waktu yang diinginkan sasaran, tempat konseling dekat dengan keramaian sehingga mengganggu proses konseling yang dilakukan. (Nursalam,2008)

2.2 Konsep Dasar Motivasi Pasien Tuberkulosis Dalam Menjalani pengobatan Anti Tuberkulosis

2.2.1 Pengertian Motivasi Pasien Tuberkulosis Dalam Menjalani pengobatan Anti Tuberkulosis

Motivasi adalah dorongan dasar yang menggerakkan seseorang untuk bertindak laku. Dorongan ini berada pada diri seseorang yang menggerakkan untuk melakukan sesuatu yang sesuai dengan dorongan dalam dirinya (Hamzah, 2011). Motivasi adalah proses mempengaruhi atau mendorong dari luar terhadap seseorang agar mau melaksanakan sesuatu yang telah ditetapkan (Samsudin, 2011). Dalam motivasi terkandung adanya keinginan yang mengaktifkan, menggerakkan, menyalurkan dan mengarahkan sikap dan perilaku individu (Dimiyati & Mudjiono, 2009).

Motivasi bisa disebut pendorong yaitu usaha yang disadari untuk mempengaruhi tingkah laku seseorang agar ia tergerak hatinya untuk bertindak melakukan sesuatu sehingga mencapai hasil tujuan tertentu. Pekerjaan motivasi hanya akan berhasil sempurna jika antara lain dapat diselaraskan tujuan yang dimiliki oleh pasien dengan yang telah yang dimiliki oleh tenaga kesehatan misalnya dokter dan perawat. Dengan demikian langkah pertama yang perlu dilakukan ialah mengenal tujuan yang dimiliki oleh individu atau pasien yang kemudian diupayakan untuk memadukannya dengan tenaga kesehatan lainnya (Purwanto, 2010).

Motivasi juga dapat dikatakan sebagai perbedaan antara dapat melakukan dan mau melaksanakan. Motivasi lebih dekat antara mau melaksanakan untuk mencapai tujuan. Motivasi adalah kekuatan baik dari dalam maupun dari luar yang mendorong seseorang untuk mencapai tujuan tertentu yang telah ditetapkan sebelumnya (Hamzah, 2011).

Berbagai definisi tersebut terdapat tiga komponen dalam motivasi yaitu adanya hubungan antara kebutuhan, dorongan dan tujuan. Kebutuhan terjadi karena adanya ketidak seimbangan antara apa yang dimiliki dan yang diharapkan, dorongan terjadi karena keinginan pemenuhan harapan atau pencapaian tujuan serta tujuan merupakan hal yang ingin dicapai seseorang (Dimiyati & Mudjiono, 2009). Dengan demikian motivasi pasien TB adalah dorongan dalam diri individu pasien TB dalam menjalani terapi anti tuberkulosis agar terbebas dari penyakit yang dideritanya (Hamzah, 2011).

2.2.2 Jenis dan Sifat Motivasi Pasien Tuberkulosis Dalam Menjalani Pengobatan Anti Tuberkulosis

Motivasi sebagai kekuatan mental individu, memiliki tingkat-tingkat. Menurut Dimiyati & Mudjiono (2009) motivasi dibedakan menurut jenis dan sifatnya antara lain:

2.2.2.1 Jenis Motivasi Pasien Tuberkulosis Dalam Menjalani Pengobatan Anti Tuberkulosis

Menurut jenisnya motivasi dibedakan menjadi dua yaitu:

a. Motivasi Primer

Merupakan motivasi yang didasarkan pada motif-motif dasar, yang dibawa sejak lahir dan tanpa dipelajari. Motif-motif dasar tersebut umumnya berasal dari segi biologis atau jasmani manusia. Contohnya dorongan untuk makan, minum, beristirahat dan dorongan seksual.

b. Motivasi Sekunder

Merupakan motivasi yang dipelajari. Motivasi ini timbul karena dipelajari, contohnya dorongan untuk belajar sesuatu, dorongan untuk mengejar kedudukan (Notoadmodjo, 2007).

2.2.2.2 Sifat Motivasi Pasien Tuberkulosis Dalam Menjalani Pengobatan Anti Tuberkulosis

Sedangkan menurut sifatnya motivasi dibedakan menjadi :

a. Motivasi intrinsik

Merupakan motivasi yang timbul tidak memerlukan rangsangan dari luar karena memang telah ada dalam diri individu sendiri yaitu sesuai atau sejalan dengan kebutuhan (Hamzah, 2011). Contohnya pengetahuan atau

kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk timbulnya motivasi seseorang, keuntungan, kepribadian dan sikap.

b. Motivasi ekstrinsik

Merupakan motivasi yang timbul karena adanya rangsangan dari luar individu (Hamzah, 2011). Motivasi ini terjadi karena adanya dorongan, ajakan, suruhan atau paksaan dari orang lain sehingga menyebabkan seseorang mau melakukan sesuatu contohnya dari lingkungan, pendidikan, agama, pekerjaan, perencanaan dalam kehidupan dan pengalaman. (Dimiyati & Mudjiono, 2009).

2.2.3 Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Motivasi Pasien Tuberkulosis Dalam Menjalani pengobatan Anti Tuberkulosis

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi motivasi, menurut Hamzah (2011) adalah :

2.2.3.1 Faktor Personal

Merupakan dorongan internal atau sesuatu yang berasal dari “dalam” diri manusia yang bersangkutan untuk mengadakan perubahan. Yang termasuk dalam faktor personal adalah :

a. Peran keluarga

Dukungan keluarga atau peran keluarga sangatlah penting karena keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat dan sebagai penerima asuhan keperawatan. Oleh karena itu keluarga sangat berperan dalam menentukan cara asuhan yang diperlukan oleh anggota keluarga yang sedang mengalami masalah kesehatan. Keluarga dapat mendorong penderita agar meningkatkan terapi anti tuberkulosis, memberi dorongan keberhasilan terapinya dan tidak menghindari penderita karena penyakitnya. Bila tidak ada

dukungan keluarga untuk tetap meningkatkan motivasi dalam menjalani terapi anti tuberkulosis, maka akan terjadi kegagalan pengobatan penderita (Hamzah, 2011).

b. Peran tenaga kesehatan

Peran tenaga kesehatan adalah memotivasi pasien untuk sembuh dipengaruhi oleh faktor lingkungan rumah sakit, dokter, perawat dan tim kesehatan lainnya. Perawat adalah profesi yang sangat dekat dengan pasien yang memungkinkan perawat selalu berhubungan dengan pasien. Hubungan perawat dengan pasien merupakan pengalaman belajar timbal balik dan pengalaman emosional korektif bagi pasien. Kunci hubungan aktivitas perawat dan pasien adalah motivasi, memotivasi pasien agar melakukan aktivitas berdasarkan kebutuhan.

c. Status kesehatan dan emosi

Timbulnya motivasi pada seseorang membutuhkan suatu energi fisik dan psikoemosi yang stabil. Perubahan status kesehatan fisik dan emosi seseorang dapat ditunjukkan dengan adanya perubahan perilaku individu. Apabila seseorang sakit, maka akan terjadi penurunan sirkulasi dalam tubuh termasuk sirkulasi ke jaringan otak. Hal ini mempengaruhi mental seseorang yaitu respon seseorang tetap menginginkan bekerja tapi hasil tidak seoptimal saat sehat.

d. Konsep diri

Persepsi seseorang terhadap kemampuannya dapat mempengaruhi timbulnya motivasi pada diri sendiri. Seseorang yang mempunyai *self-concept* negatif akan menunjukkan penampilan yang tidak terawat, malas melakukan sesuatu, malas berhubungan dengan orang lain dan mungkin akan cepat

tersinggung. Sebaliknya apabila seseorang mempunyai *self-concept* positif akan menunjukkan perilaku yang suka bekerja, sering tersenyum dan ekspresi wajah yang menyenangkan.

e. Kualitas dan Kuantitas hubungan

Manusia merupakan makhluk sosial, sehingga kualitas dan kuantitas hubungan antara individu sangat berperan, meskipun pada umumnya kualitas lebih penting dari pada kuantitas. Kebersamaan antara individu adalah salah satu cara untuk meningkatkan motivasi.

f. Status finansial

Uang merupakan unit pertukaran dalam masyarakat yang di gunakan untuk memperoleh sesuatu yang diinginkan seseorang. Status finansial seseorang merupakan faktor penting yang dapat mempengaruhi motivasi. Pasien TB memerlukan terapi yang lama sehingga memerlukan dana yang cukup banyak. Tetapi apabila dana finansial tidak mencukupi kebutuhan tersebut maka orang tersebut membutuhkan dukungan psikologis.

2.2.3.2 Faktor Lingkungan

Pada umumnya motif dasar yang bersifat pribadi muncul dalam tindakan individu setelah “dibentuk” oleh pengaruh lingkungan. Yang termasuk faktor lingkungan antara lain :

a. Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada disekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis maupun sosial. Lingkungan sangat berpengaruh pada motivasi individu untuk melakukan sesuatu yang ingin di capai.

b. Pendidikan

Tingkat pendidikan diartikan sebagai tingkatan proses belajar mengajar seseorang. Kaitannya dengan motivasi adalah bila tingkat pendidikannya tinggi, maka akan lebih mengerti tentang pemahan tuberkulosis.

c. Pengalaman

Semua orang akan cenderung menghindari hal-hal yang sulit atau menyusahkan atau mengandung resiko berat dan lebih suka melakukan sesuatu yang mendatangkan kesenangan baginya. Hal ini bahwa jika mengikuti konseling secara baik, maka motivasi pasien tuberkulosis dalam menjalani pengobatan anti tuberkulosis akan semakin meningkat. (purwanto, 2010)

d. Perencanaan dalam kehidupan

Setiap orang mempunyai rencana yang berbeda-beda yang ingin di capai dalam kehidupannya. Ada pasien TB yang ingin cepat sembuh sehingga pengobatan yang dijalani tidak lama serta dapat bekerja dan beraktivitas sepaerti biasanya atau penderita yang kadang lalai dalam menjalani terapi anti tuberkulosis sehingga membutuhkan waktu bertahun-tahun untuk sembuh bahkan sampai terjadi komplikasi. Sehingga seseorang akan timbul motivasinya apabila orang tersebut memiliki rencana dan kesempatan untuk mencapainya.

2.2.4 Prinsip-Prinsip Motivasi Pasien Tuberkulosis Dalam Menjalani pengobatan Anti Tuberkulosis

Motivasi merupakan suatu usaha yang disadari untuk mempengaruhi tingkah laku individu agar tergerak hatinya untuk bertindak melakukan sesuatu

sehingga mencapai hasil atau tujuan tertentu. Dengan demikian untuk mencapai tujuan tersebut harus memperhatikan prinsip-prinsip dalam motivasi, menurut Purwanto (2010) prinsip-prinsip motivasi antara lain :

2.2.4.1 Prinsip Partisipasi

Dalam upaya memotivasi pasien, pasien perlu diberikan kesempatan ikut berpartisipasi dalam menentukan tujuan yang akan dicapai oleh pemberi terapi yaitu dokter dan perawat.

2.2.4.2 Prinsip Komunikasi

Tim kesehatan mengkomunikasikan segala sesuatu yang berhubungan dengan usahapencapaian tugas, dengan informasi yang jelas, pasien akan lebih mudah dimotivasi dalam menjalani terapi.

2.2.4.3 Prinsip Mengakui Partisipasi

Tim kesehatan terutama dokter dan perawat mengakui bahwa klien mempunyai andil didalam usaha pencapaian tujuan. Dengan pengakuan tersebut, klien akan lebih mudah dimotivasi hidupnya.

2.2.4.4 Prinsip Pendelegasian

Dokter dan perawat yang memberikan otoritas atau wewenang kepada klien untuk sewaktu-waktu dapat mengambil keputusan terhadap tindakan yang dilakukannya, akan membuat klien yang bersangkutan menjadi termotivasi untuk mencapai tujuan yang diharapkan oleh dokter atau perawat.

2.2.4.5 Prinsip Memberi Perhatian

Dokter atau perawat memberikan perhatian terhadap apa yang diinginkan klien, memotivasi klien melakukan terapi yang di berikan sehingga tercapai apa yang diharapkan oleh dokter atau perawat.

2.2.5 Cara Memotivasi Pasien Tuberkulosis Dalam Menjalani pengobatan

Anti Tuberkulosis

Ada beberapa cara yang dapat diterapkan untuk memotivasi seseorang menurut Sunaryo (2004) yaitu :

2.2.5.1 Memotivasi Dengan Kekerasan

Yaitu cara memotivasi menggunakan ancaman hukuman atau kekerasan agar yang di motivasi dapat melakukan apa yang harus dilakukan.

2.2.5.2 Memotivasi Dengan Bujukan

Yaitu cara memotivasi dengan bujukan atau memberi hadiah agar melakukan sesuatu sesuai harapan yang memberikan motivasi. Memotivasi dengan identifikasi (*memotivating by identification or ego-involvement*), yaitu cara memotivasi dengan menanamkan kesadaran sehingga individu berbuat sesuatu karena adanya keinginan yang timbul dari dalam dirinya dalam mencapai sesuatu.

2.2.6 Tingkatan Motivasi Pasien Tuberkulosis Dalam Menjalani Pengobatan

Anti Tuberkulosis

Menurut Sunaryo (2004) motivasi dibagi dalam tiga tingkatan yaitu :

2.2.6.1 Motivasi Kuat

Motivasi yang kuat timbul jika seseorang memiliki keinginan yang positif, harapan dan keyakinan yang tinggi bahwa dirinya akan berhasil dalam mencapai tujuan.

2.2.6.2 Motivasi Sedang

Seseorang memiliki keinginan yang positif dan harapan yang tinggi namun keyakinan untuk mencapai suatu tujuan rendah.

2.2.6.3 Motivasi Lemah

Seseorang yang memiliki keinginan positif namun harapan dan keyakinan untuk mencapai suatu tujuan rendah.

2.2.7 Unsur-Unsur Motivasi Pasien Tuberkulosis Dalam Menjalani Pengobatan Anti Tuberkulosis

Terdapat beberapa pandangan tentang motivasi yang diarahkan pada munculnya dorongan untuk mencapai tujuan. Menurut Gibson dalam Hamzah (2011) mengemukakan bahwa motivasi adalah kesediaan untuk mengeluarkan tingkat upaya yang tinggi ke arah tujuan, yang dikondisikan oleh kemampuan upaya untuk memenuhi kebutuhan individu. Kekuatan motivasi dalam menampilkan sesuatu tindakan adalah fungsi dari :

- a. Kekuatan dari motif, dimana motif mewakili tingkat pemenuhan yang segera
- b. Harapan merupakan kemungkinan bahwa tindakan yang dilakukan akan mencapai hasil
- c. Tujuan

Konsep motivasi menurut Hamzah (2011) terdapat tiga unsur yang merupakan kunci dari motivasi yaitu :

2.2.7.1 Motif

Pada hakikatnya motif merupakan suatu daya dorongan/keinginan yang kuat, kemauan dan juga merupakan penyebab yang mendasari perilaku. Motif adalah daya pendorong/tenaga yang mendorong manusia untuk bertindak (Notoadmojo, 2007). Motif kadang kalanya diartikan keinginan, dorongan, gerak hati dalam diri seseorang. Motif diarahkan pada tujuan yang mungkin berada pada alam sadar/mungkin juga pada alam bawah sadar (Purwanto, 2010).

Kesimpulan yang dapat diambil adalah motif merupakan suatu dalam diri seseorang yang mendorong seseorang tersebut untuk melakukan aktivitas. Motif merupakan awal dari perilaku dan satuan dari perilaku yang utama adalah aktivitas, oleh karena itu untuk memperkirakan perilaku, tim kesehatan mengetahui motif atau kebutuhan seseorang yang menumbuhkan sesuatu aktivitas pada saat tertentu dimana kebutuhan di sini diartikan sebagai pendorong perilaku pencapaian tujuan yang diinginkan.

2.2.7.2 Harapan

Kekuatan dari motivasi seseorang salah satunya adalah besarnya harapan yang diraih. Harapan berarti kemungkinan subyektif akan suatu hasil/dapat dikatakan bahwa harapan merupakan suatu anggapan/dugaan bahwa dengan dilakukannya suatu pekerjaan mungkin akan mencapai hasil yang diinginkan (Purwanto, 2010).

Kadang kala motivasi individu tergantung pada apa yang diharapkan dalam organisasi atau individu. Apabila seseorang memiliki harapan yang tinggi akan status kesehatannya misalnya maka akan terpacu untuk termotivasi untuk meningkatkan derajat kesehatannya dengan melakukan tata laksana pengobatan yang dilakukan.

2.2.7.3 Tujuan

Merupakan unsur yang begitu penting dalam motivasi karena segala upaya yang dilakukan seseorang atau individu semuanya diarahkan pada pencapaian tujuan. Sehingga sesuatu yang dilakukan harus memiliki tujuan yang jelas dengan demikian akan mengarahkan segala aktifitas dan perilaku personal untuk mencapai tujuan tersebut (Hamzah, 2011).

2.2.8 Pengukuran Motivasi Pasien Tuberkulosis Dalam Menjalani Pengobatan Anti Tuberkulosis

Motivasi tidak dapat diobservasi secara langsung, namun harus diukur. Pada umumnya yang banyak diukur adalah motivasi biologis. Ada beberapa cara untuk mengukur motivasi (Notoatmojo, 2005) :

2.2.8.1 Tes Proyektif

Apa yang kita katakan merupakan cerminan dari apa yang ada dalam diri kita. Dengan demikian untuk memahami apa yang dipikirkan orang, maka kita beri stimulus yang harus diinterpretasikan. Salah satu tehnik proyektif yang banyak dikenal adalah *Thematic Apperception Test* (TAT).

Dalam tes ini klien diberikan gambar kemudian klien diminta untuk membuat cerita dari gambar tersebut. Dalam teori Mc. Leand dikatakan bahwa manusia memiliki tiga kebutuhan yaitu kebutuhan untuk berprestasi, kebutuhan untuk power dan kebutuhan untuk berafiliasi. Dari cerita tersebut kita dapat menekan motivasi yang mendasari diri klien berdasarkan konsep kebutuhan diatas.

2.2.8.2 Kuesioner

Klien diminta untuk mengisi kuesioner yang berisi pertanyaan-pertanyaan yang dapat memancing motivasi klien

2.2.8.3 Observasi Perilaku

Cara lain untuk mengukur motivasi adalah dengan membuat situasi sehingga klien dapat memunculkan perilaku yang mencerminkan motivasinya. Perilaku yang diobservasi adalah apakah klien menggunakan umpan balik yang positif.

2.3 Konsep Dasar Tuberkulosis

2.3.1 Pengertian Tuberkulosis

TB adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis* dengan gejala yang sangat bervariasi. Tuberkulosis adalah penyakit akibat infeksi kuman *mycobacterium tubercolusis* sehingga dapat mengenai hampir semua sistem organ tubuh, dengan lokasi terbanyak di paru yang biasanya merupakan lokasi infeksi primer (Depkes, 2006).

2.3.2 klasifikasi Tuberkulosis

2.3.2.1 Klasifikasi Berdasarkan Organ Tubuh Yang Terkena:

- a. Tuberkulosis paru, tuberkulosis paru adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan (parenkim) paru. tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus.
- b. Tuberkulosis ekstra paru, tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (pericardium), kelenjar lymfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain.

2.3.2.2 Klasifikasi Berdasarkan Hasil Pemeriksaan Dahak Mikroskopis, yaitu pada TB Paru:

- a. Tuberkulosis paru BTA positif.
 - a) Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.
 - b) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran tuberkulosis.
 - c) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif.

d) atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.

b. Tuberkulosis paru BTA negatif

Kasus yang tidak memenuhi definisi pada TB paru BTA positif.

Kriteria diagnostik TB paru BTA negatif harus meliputi:

- a) Paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif
- b) Foto toraks abnormal menunjukkan gambaran tuberkulosis.
- c) Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.
- d) Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan.

2.3.2.3. Klasifikasi Berdasarkan Tingkat Keparahan Penyakit

- a. TB paru BTA negatif foto toraks positif dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu bentuk berat dan ringan. Bentuk berat bila gambaran foto toraks memperlihatkan gambaran kerusakan paru yang luas (misalnya proses "far advanced"), dan atau keadaan umum pasien buruk.
- b. TB ekstra-paru dibagi berdasarkan pada tingkat keparahan penyakitnya, yaitu:
 - a) TB ekstra paru ringan, misalnya: TB kelenjar limfe, pleuritis eksudativa unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi, dan kelenjar adrenal.
 - b) TB ekstra-paru berat, misalnya: meningitis, milier, perikarditis, peritonitis, pleuritis eksudativa bilateral, TB tulang belakang, TB usus, TB saluran kemih dan alat kelamin (Depkes RI Edisi 2, 2006).

2.3.3 Pengobatan Tuberkulosis

Sebenarnya pengobatan pada pasien TB paling baik dilakukan di rumah sakit, meskipun jenis tertentu dapat dirawat di rumah penderita sendiri, salah satu

masalah dalam pengobatan TB adalah lamanya jangka pemberian obat yang dapat menurunkan motivasi pasien TB dalam menjalani terapi obat tuberkulosis.

2.3.3.1 Tujuan Pengobatan

Pengobatan TB bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT (Depkes RI Edisi 2, 2006).

2.3.3.2 Jenis dan Dosis Obat Anti Tuberkulosis

Menurut Depkes RI (2006), TB harus diobati dengan kombinasi beberapa obat, untuk menghindari timbulnya resistensi. Di Indonesia strategi dalam pengobatan Tuberkulosis adalah menggunakan DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse chemotherapy*) atau panduan obat jangka pendek selama 6 bulan. Ada lima pilihan obat yang biasanya dipakai yaitu :

a. Etambutol (E)

Bersifat sebagai bakteriostatik. Dosis harian yang dianjurkan 15 mg/kg BB sedangkan untuk pengobatan intermiten 3 kali seminggu digunakan dosis 30 mg/kg BB.

b. Isoniasid (H)

Dikenal dengan INH, bersifat bakterisid, dapat membunuh 90% populasi kuman dalam beberapa hari pertama pengobatan. Obat ini sangat efektif terhadap kuman dalam keadaan metabolisme aktif, yaitu pada saat kuman sedang berkembang, dosis harian yang dianjurkan adalah 5 mg/kg BB, sedangkan untuk pengobatan intermiten 3 kali seminggu dengan dosis 10 mg/kg BB.

c. Refampisin (R)

Bersifat bakterisid, dapat membunuh kuman dorman (persisten) yang tidak dapat dibunuh oleh Isoniasid. Dosis 10 mg/kg BB diberikan sama untuk pengobatan harian maupun intermiten 3 kali seminggu.

d. Streptomisin (S)

Bersifat bakterisid dengan dosis harian yang dianjurkan 15 mg/kg BB sedangkan untuk pengobatan intermiten 3 kali seminggu digunakan dosis yang sama. Penderita umur 60 tahun kebawah dosis 0,75 gr/hari, sedangkan untuk umur 60 tahun keatas dosisnya 0,50 gr/hari.

e. Pirasinamid

Bersifat bakterisid, dapat membunuh kuman yang ada di dalam sel dengan suasana asam. Dosis harian yang dianjurkan 25 mg/kg BB. Sedangkan untuk pengobatan intermiten 3 kali deminggu diberikan dengan dosis 35 mg/kg BB.

2.3.3.3 Perinsip Pengobatan Tuberkulosis

Menurut Depkes RI (2006) perinsip pengobatan TB dilakukan melalui 2 fase yaitu:

a. Tahap Intensif

Pada tahap intensif (awal) penderita mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya restensi obat. Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya pasien menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu. Sebagian besar pasien TB BTA positif menjadi BTA negatif (konfersi) dalam 2 bulan.

b. Tahap Lanjutan

Pada tahap lanjutan pasien mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman *persister* sehingga mencegah terjadinya kekambuhan.

2.3.3.4 Panduan Obat

Menurut Depkes RI (2006), panduan OTA yang digunakan oleh program Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia kategori 1 dan kategori 2 disediakan dalam bentuk paket berupa obat kombinasi dosis tetap (OAT-KDT), sedangkan kategori anak sementara ini disediakan dalam bentuk OAT kombipak. Tablet OAT KDT ini terdiri dari 2 atau 4 jenis obat dalam satu tablet. Dosisnya disesuaikan dengan berat badan pasien. Panduan ini dikemas dalam 1 paket untuk satu pasien. Dan paket kombipak terdiri dari obat lepas yang dikemas dalam satu paket yaitu Isoniasid, Refampisin, Pirasinamid dan Etambutol, panduan obat ini disediakan untuk mengatasi pasien yang mengalami efek samping OAT KDT.

Panduan OAT ini disediakan dalam bentuk paket, dengan tujuan untuk memudahkan pemberian obat dan menjamin kelangsungan (kontinuitas) pengobatan sampai selesai. Satu paket untuk satu pasien dalam satu masa pengobatan.

2.3.3.5 Paduan OAT dan Peruntutkannya

a. Kategori-1

Paduan OAT ini diberikan untuk pasien baru:

- a) Pasien baru TB paru BTA positif.
- b) Pasien TB paru BTA negatif foto toraks positif.
- c) Pasien TB ekstra paru.

Tabel 2.1 Dosis paduan OAT KDT Kategori 1:2 (HRZE)/4(HR)3

| Berat Badan | Tahap Insetif tiap hari selama 56 hari RHZE (150/75/400/275) | Tahap Lanjutan 3 kali seminggu selama 16 minggu RH (150/150) |
|-------------|--|--|
| 30-37 kg | 2 tablet 4KDT | 2 tablet 4KDT |
| 38-54 kg | 3 tablet 4KDT | 3 tablet 4KDT |
| 55-70 kg | 4 tablet 4KDT | 4 tablet 4KDT |
| ≥71 kg | 5 tablet 4KDT | 5 tablet 4KDT |

Tabel 2.2 Dosis paduan OAT Kombipak Kategori 1:2HRZE/4H3R3

| Tahap Pengobatan | Lama Pengobatan | Dosis per hari/kali | | | | Jumlah hari/kali menelan obat |
|------------------|-----------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| | | Tablet Isoniasid @ 300 mgr | Kaplet Rifampisin @ 450 mgr | Tablet Pirazinamid @ 500 mgr | Tablet Etambutol @ 250 mgr | |
| Intensif | 2 Bulan | 1 | 1 | 3 | 3 | 56 |
| Lanjutan | 4 Bulan | 2 | 1 | - | - | 48 |

b. Kategori 2

Paduan OAT ini berikan untuk pasien BTA positif yang telah diobati sebelumnya:

- Pasien kambuh
- Pasien gagal
- Pasien dengan pengobatan setelah putus berobat (*default*)

Tabel 2.3 Dosis paduan OAT KDT Kategori 2:2 (HRZE)S/(HRZE)/5(HR)3E3

| Berat Badan | Tahap Insetif tiap hari selama 56 hari RHZE (150/75/400/275) | | Tahap Lanjutan 3 kali seminggu selama 16 minggu RH (150/150) |
|-------------|--|----------------|--|
| | Selama 56 hari | Selama 28 hari | |
| 30-37 kg | 2 tab 4KDT + 500 mg Streptomisin inj. | 2 tab 4KDT | 2 tablet 4KDT |
| 38-54 kg | 3 tab 4KDT + 750 mg Streptomisin inj. | 3 tab 4KDT | 3 tablet 4KDT |
| 55-70 kg | 4 tab 4KDT + 1000 mg Streptomisin inj. | 4 tab 4KDT | 4 tablet 4KDT |
| ≥71 kg | 5 tab 4KDT + 1000 mg Streptomisin inj. | 5 tab 4KDT | 5 tablet 4KDT |

Tabel 2.4 Dosis paduan OAT Kombipak Kategori**1:2HRZES/HRZE/5H3R3E3)**

| Tahap Pengobatan | Lama Pengobatan | Tablet Isoniasid @ 300 mgr | Kaplet Rifampisin @ 450 mgr | Tablet Pirazinamid @ 500 mgr | Etambutol | | Streptomisin injeksi | Jumlah hari/kali menelan obat |
|------------------------------------|--------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------|------------------|----------------------|-------------------------------|
| | | | | | Tablet @ 250 mgr | Tablet @ 250 mgr | | |
| Tahap Insetif (dosis harian) | 2 Bulan 1 Bulan | 1 1 | 1 1 | 3 3 | 3 3 | - - | 0,75 gr | 56 28 |
| Tahap Lanjutan (dosis 3x seminggu) | 4 Bulan | 2 | 1 | - | 1 | 2 | | 60 |

Catatan:

- 1) Untuk pasien yang berumur 60 tahun ke atas dosis maksimal untuk streptomisin adalah 500 mg tanpa memperhatikan berat badan
- 2) Untuk perempuan hamil lihat pengobatan TB dalam keadaan khusus
- 3) Cara melarutkan streptomisin vial 1 gram yaitu dengan menambahkan aquabidest sebanyak 3,7 ml sehingga menjadi 4 ml. (1 ml = 250 mg)

c. OAT sisipan (HRZE)

Paduan OAT ini berikan kepada pasien BTA positif yang pada akhir pengobatan intensif masih tetap BTA positif.

Paket sisipan KDT adalah sama seperti paduan paket untuk tahap intensif kategori 1 yang diberikan selama sebulan (28 hari).

Tabel 2.5 Dosis KDT sisipan

| Berat Badan | Tahap Insetif tiap hari selama 28 hari RHZE (150/75/400/275) |
|-------------|--|
| 30-37 kg | 2 tablet 4KDT |
| 38-54 kg | 3 tablet 4KDT |
| 55-70 kg | 4 tablet 4KDT |
| ≥71 kg | 5 tablet 4KDT |

Tabel 2.6 Dosis OAT Kombipak Sisipan: HRZE

| Tahap Pengobatan | Lama Pengobatan | Tablet Isoniasid @ 300 mgr | Kaplet Rifampisin @ 450 mgr | Tablet Pirazinamid @ 500 mgr | Tablet Etambutol @ 250 mgr | Jumlah hari/kali menelan obat |
|-------------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Tahap intensif (dosis harian) | 1 Bulan | 1 | 1 | 3 | 3 | 28 |

Penggunaan OAT lapis kedua misalnya golongan aminoglikosida (misalnya kanamisin) dan golongan kuinolon tidak dianjurkan diberikan kepada pasien baru tanpa indikasi yang jelas karena potensi obat tersebut jauh lebih rendah daripada OAT lapis pertama. Disamping itu dapat juga meningkatkan terjadinya resiko resistensi pada OAT lapis kedua.

2.3.3.6 Pemantauan dan Hasil Pengobatan TB

a. Pemantauan kemajuan Pengobatan TB

Pemantauan kemajuan hasil pengobatan pada orang dewasa dilaksanakan dengan pemeriksaan ulang dahak secara mikroskopis. Pemeriksaan dahak secara mikroskopis lebih baik dibandingkan dengan pemeriksaan radiologist dalam memantau kemajuan pengobatan. Laju Endap Darah (LED) tidak digunakan untuk memantau kemajuan pengobatan karena tidak spesifik untuk TB.

Untuk memantau kemajuan pengobatan dilakukan pemeriksaan specimen sebanyak dua kali (sewaktu dan pagi). Hasil pemeriksaan dinyatakan negatif bila ke 2 specimen tersebut negatif.

Bila salah satu specimen positif atau keduanya positif, hasil pemeriksaan ulang dahak tersebut dinyatakan positif.

Tindak lanjut hasil pemeriksaan ulang dahak mikroskopis dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.7 Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan Ulang Dahak

| TIPE PASIEN TB | URAIAN | HASIL BTA | TINDAK LANJUT |
|---|----------------------------------|--|--|
| Pasien baru BTA positif dengan pengobatan kategori 1 | Akhir tahap Intensif | Negatif | Tahap lanjut dimulai |
| | | Positif | Dilanjutkan dengan OAT sisipan selama 1 bulan. Jika setelah sisipan masih tetap positif, tahap lanjutan tetap diberikan |
| | Sebulan sebelum akhir pengobatan | Negatif | OAT dilanjutkan |
| | | Positif | Gagal , ganti dengan OAT kategori 2 mulai dari awal |
| | Akhir Pengobatan (AP) | Negatif dan minimal satu pemeriksaan sebelumnya negative | Sembuh |
| | | Positif | Gagal , ganti dengan OAT Kategori 2 mulai dari awal. |
| Pasien baru BTA neg & foto toraks mendukung TB dengan pengobatan kategori 1 | Akhir intensif | Negatif | Berikan pengobatan tahap lanjutan sampai selesai, kemudian pasien dinyatakan Pengobatan Lengkap |
| | | Positif | Ganti dengan Kategori 2 mulai dari awal |
| Pasien BTA positif dengan pengobatan kategori 2 | Akhir Intensif | Negatif | Teruskan pengobatan dengan tahap lanjutan. |
| | | Positif | Beri sisipan 1 bulan. Jika setelah sisipan masih tetap positif, teruskan pengobatan tahap lanjutan. Jika ada fasilitas, rujuk untuk uji kepaakan obat. |
| | Sebulan sebelum Akhir Pengobatan | Negatif | Lanjutkan pengobatan hingga selesai. |
| | | Positif | Pengobatan gagal, disebut kasus kronik , bila mungkin lakukan uji kepaakan obat, bila tidak rujuk ke unit pelayanan spesialisik |
| | Akhir Pengobatan (AP) | Negatif | Sembuh |
| | | Positif | Pengobatan gagal, disebut kasus kronik , bila mungkin lakukan uji kepaakan obat, bila tidak rujuk ke unit pelayanan spesialisik |

2.3.3.7 Tatalaksana Pasien yang berobat tidak teratur

Tabel 2.8 Tatalaksana pasien yang berobat tidak teratur

| Tindakan pada pasien yang putus berobat kurang dari 1 bulan: | | | |
|---|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Lacak pasien Diskusikan dengan pasien untuk mencari penyebab berobat tidak teratur Lanjutkan pengobatan sampai seluruh dosis selesai. | | | |
| Tindakan pada pasien yang putus berobat antara 1-2 bulan | | | |
| Tindakan-1 | | Tindakan-2 | |
| <ul style="list-style-type: none"> Lacak pasien Diskusikan dan cari masalah Periksa 3 kali dahak (SPS) dan lanjutkan pengobatan sementara menunggu hasilnya | Bila hasil BTA negatif atau Tb extra paru: | Lanjutkan pengobatan sampai seluruh dosis selesai | |
| | Bila satu atau lebih hasil BTA positif | Lama pengobatan sebelumnya kurang dari 5 bulan *) | Lanjutkan pengobatan sampai seluruh dosis selesai |
| | | Lama pengobatan sebelumnya lebih dari 5 bulan | <ul style="list-style-type: none"> Kategori-1: mulai kategori-2 Kategori-2: rujuk, mungkin kasus kronik |
| Tindakan pada pasien yang putus berobat lebih 2 bulan (Default) | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Periksa 3 kali dahak SPS Diskusikan dan cari masalah Hentikan pengobatan sambil menunggu hasil pemeriksaan dahak | Bila hasil BTA negatif atau Tb extra paru: | Pengobatan dihentikan, pasien diobservasi bila gejalanya semakin parah perlu dilakukan pemeriksaan kembali (SPS dan atau biakan) | |
| | Bila satu atau lebih hasil BTA positif | Kategori-1 | Mulai kategori-2 |
| | | Kategori-2 | Rujuk, mungkin kasus kronik. |

Keterangan:

*) Tindakan pada pasien yang putus berobat antara 1-2 bulan dan lama pengobatan sebelumnya kurang dari 5 bulan:

Lanjutkan pengobatan dulu sampai seluruh dosis selesai 1 bulan sebelum akhir pengobatan harus diperiksa dahak

b. Hasil Pengobatan Pasien TB BTA positif

Sembuh

Pasien telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap dan pemeriksaan ulang dahak (*follow-up*) hasilnya negatif pada akhir pengobatan (AP) dan minimal satu pemeriksaan *follow-up* sebelumnya negatif.

Pengobatan Lengkap

Adalah pasien yang telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap tetapi tidak memenuhi persyaratan sembuh atau gagal.

Meninggal

Adalah pasien yang meninggal dalam masa pengobatan karena sebab apapun.

Pindah

Adalah pasien yang pindah berobat ke unit dengan register TB 03 yang lain dan hasil pengobatannya tidak diketahui.

Default (Putus berobat)

Adalah pasien yang tidak berobat 2 bulan berturut-turut atau lebih sebelum masa pengobatannya selesai.

Gagal

Pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.

2.3.3.8 Pengobatan Tuberkulosis pada Keadaan Khusus**a. Kehamilan**

prinsipnya pengobatan TB pada kehamilan tidak berbeda dengan pengobatan TB pada umumnya. Menurut WHO, hampir semua OAT aman untuk kehamilan, kecuali streptomisin. Streptomisin tidak dapat dipakai pada kehamilan karena bersifat *permanent ototoxic* dan dapat menembus *barier placenta*. Keadaan ini dapat mengakibatkan terjadinya gangguan pendengaran dan keseimbangan yang menetap pada bayi yang akan dilahirkan. Perlu dijelaskan pada ibu hamil bahwa keberhasilan

pengobatannya sangat penting artinya supaya proses kelahiran dapat berjalan lancar dan bayi yang akan dilahirkan terhindar dari kemungkinan tertular TB.

b. Ibu menyusui dan bayinya

prinsipnya pengobatan TB pada ibu menyusui tidak berbeda dengan pengobatan TB pada umumnya. Semua jenis OAT aman untuk ibu menyusui. Seorang ibu menyusui yang menderita TB harus dapat panduan OAT secara adekuat. Pemberian OAT yang tepat merupakan cara terbaik untuk mencegah penularan kuman TB kepada bayinya. Ibu dan bayi tidak perlu dipisahkan dan bayi tersebut dapat terus disusui. Pengobatan pencegahan dengan INH diberikan kepada bayi tersebut sesuai dengan berat badannya.

c. Pasien TB pengguna kontrasepsi

Rifampisin berinteraksi dengan kontrasepsi hormonal (pil KB, suntik KB, susuk KB), sehingga dapat menurunkan efektifitas kontrasepsi tersebut. Seorang pasien TB sebaiknya menggunakan kontrasepsi non- hormonal, atau kontrasepsi yang mengandung estrogen dosis tinggi (50 mcg).

d. Pasien TB dengan infeksi HIV / AIDS

Tatalaksana pengobatan TB pada pasien dengan infeksi HIV / AIDS adalah sama dengan infeksi TB lainnya. Obat TB pada pasien HIV / AIDS sama efektifnya dengan pasien TB yang tidak disertai HIV / AIDS. Prinsip pengobatan pasien TB-HIV adalah dengan mendahulukan pengobatan TB. Pengobatan ARV (*antiretroviral*) dimulai berdasarkan stadium klinis HIV sesuai dengan standar WHO. Penggunaan suntikan streptomisin harus memperhatikan prinsip-prinsip *Universal Precaution* (Kewaspadaan Keamanan Universal) pengobatan pasien TB-HIV sebaiknya diberikan secara terintegrasi dalam satu UPK untuk menjaga kepatuhan pengobatan secara

teratur. Pasien TB yang beresiko tinggi terhadap infeksi HIV perlu dirujuk ke pelayanan VCT (*Voluntary Counseling and Testing* = Konsul sukarela dengan tes HIV).

e. Pasien TB dengan hepatitis akut

Pemberian OAT pada pasien TB dengan hepatitis akut dan atau klinis ikterik, ditunda sampai hepatitis akutnya mengalami penyembuhan. Pada keadaan dimana pengobatan TB sangat diperlukan dapat diberikan streptomisin (S) dan Etambutol (E) maksimal 3 bulan sampai hepetitisnya menyembuh dan dilanjutkan dengan Refampisin (R) dan Isoniasid (H) selama 6 bulan.

f. Pasien TB dengan kelainan hati kronik

Bila ada kecurigaan gangguan faal hati, dianjurkan pemeriksaan faal hati sebelum pengobatan TB. Kalau SGOT dan SGPT meningkat lebih dari 3 kali OAT tidak diberikan dan bila telah dalam pengobatan, harus dihentikan. Kalau peningkatannya kurang dari 3 kali, pengobatan dapat dilaksanakan atau diteruskan dengan pengawasan ketat. Pasien dengan kelainan hati, parasinamid (Z) tidak boleh digunakan. Panduan OAT yang dapat dianjurkan adalah 2RHES/6RH atau 2HES/10HE.

g. Pasien TB dengan gagal ginjal

Isoniasid (H), Refampisin (R), Parasinamid (Z) dapat diekskresi melalui empedu dan dapat dicerna menjadi senyawa-senyawa yang tidak toksik. OAT jenis ini dapat diberikan dengan dosis standar pada pasien-pasien dengan gangguan ginjal. Streptomisin dan Etambutol diekskresi melalui ginjal, oleh karena itu hindari penggunaannya pada pasien dengan gangguan ginjal. Apabila aktifitas pemantauan faal ginjal tersedia, Streptomisin dan Etambutol

tetap dapat diberikan dengan dosis yang sesuai faal ginjal. Panduan OAT yang paling aman untuk pasien dengan gagal ginjal adalah 2HRZ/4HR.

h. Pasien TB dengan diabetes melitus

Diabetes harus dikontrol. Penggunaan refampisin dapat mengurangi efektifitas obat oral anti diabetes (*sulfonil urea*) sehingga dosis obat anti diabetes perlu ditingkatkan. Insulin dapat digunakan untuk mengontrol gula darah, setelah selesai pengobatan TB, dilanjutkan dengan anti diabetes oral. Pada pasien diabetes melitus sering terjadi komplikasi retinopathy diabetika, oleh karena itu hati-hati dengan pemberian Etambutol, karena dapat memperberat kelainan tersebut.

i. Pasien TB yang perlu mendapat tambahan kortikosteroid

Kortikosteroid hanya digunakan pada keadaan khusus yang membahayakan jiwa pasien seperti:

- a) Meningitis TB
- b) TB milier dengan atau tanpa meningitis
- c) TB dengan *pleuritis eksudativa*
- d) TB dengan *perikarditis konstiktiva*

Selama fase akut prednison diberikan dengan dosis 30-40 mg per hari, kemudian diturunkan secara bertahap. Lama pemberian disesuaikan dengan jenis penyakit dan kemajuan pengobatan.

j. Indikasi operasi

Pasien-pasien yang perlu mendapatkan tindakan operasi (reseksi paru), adalah: 1) Untuk TB paru:

- a) Pasien batuk darah berat yang tidak dapat diatasi dengan cara konservatif.

- b) Pasien dengan *fistula bronkopleura* dan empiema yang tidak dapat diatasi konservatif.
- c) Pasien MDR TB dengan kelainan paru yang terlokalisir.

2.3.3.9 Efek Samping OAT dan Penatalaksanaannya

Tabel berikut, menjelaskan efek samping ringan maupun berat dengan pendekatan gejala.

Tabel 2.9 Efek samping ringan OAT

| Efek Samping | Penyebab | Penatalaksanaan |
|--|-------------|---|
| Tidak ada nafsu makan, mual, sakit perut | Rifampisin | Semua OAT diminum malam sebelum tidur |
| Nyeri Sendi | Pirasinamid | Beri Aspirin |
| Kesemuan s/d rasa terbakar di kaki | INH | Beri vitamin B6 (piridoxin) 100 mg per hari |
| Warna kemerahan pada air seni (urine) | Rifampisin | Tidak perlu diberi apa-apa, tapi perlu penjelasan kepada pasien |

Tabel 2.10 Efek samping berat OAT

| Efek Samping | Penyebab | Penatalaksanaan |
|---|------------------|--|
| Gatal dan kemerahan kulit | Semua jenis OAT | Ikuti petunjuk penatalaksanaan dibawah *) |
| Tuli | Streptomisin | Streptomisin dihentikan |
| Gangguan keseimbangan | Streptomisin | Streptomisin dihentikan, ganti Etambutol |
| Ikterus tanpa penyebab lain | Hampir semua OAT | Hentikan semua OAT sampai ikterus menghilang |
| Bingung dan muntah-muntah (permulaan ikterus karena obat) | Hampir semua OAT | Hentikan semua OAT, segera lakukan tes fungsi hati |
| Gangguan penglihatan | Etambutol | Hentikan Etambutol |
| Purpura dan renjatan (syok) | Rifampisin | Hentikan Rifampisin |

Penatalaksanaan pasien dengan efek samping "gatal dan kemerahan kulit": Jika seorang pasien dalam pengobatan OAT mulai mengeluh gatal-gatal singkirkan dulu kemungkinan penyebab lain. Berikan dulu anti-histamin, sambil meneruskan OAT dengan pengawasan ketat.

Gatal-gatal tersebut pada sebagian pasien hilang, namun pada sebagian pasien malahan terjadi suatu kemerahan kulit. Bila keadaan seperti ini, hentikan semua OAT. Tunggu sampai kemerahan kulit tersebut hilang. Jika gejala efek samping ini bertambah berat, pasien perlu dirujuk.

Pada UPK Rujukan penanganan kasus-kasus efek samping obat dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- 1) Bila jenis obat penyebab efek samping itu belum diketahui, maka pemberian kembali OAT harus dengan cara "*drug challenging*" dengan menggunakan obat lepas. Hal ini dimaksudkan untuk menentukan obat mana yang merupakan penyebab dari efek samping tersebut.
- 2) Efek samping hepatotoksisitas bisa terjadi karena reaksi hipersensitivitas atau karena kelebihan dosis. Untuk membedakannya, semua OAT dihentikan dulu kemudian diberi kembali sesuai dengan prinsip *dechallenge-rechallenge*. Bila dalam proses rechallenge yang dimulai dengan dosis rendah sudah timbul reaksi, berarti hepatotoksisitas karena reaksi hipersensitivitas.
- 3) Bila jenis obat penyebab dari reaksi efek samping itu telah diketahui, misalnya pirasinamid atau etambutol atau streptomisin, maka pengobatan TB dapat diberikan lagi dengan tanpa obat tersebut. Bila mungkin, ganti obat tersebut dengan obat lain. Lamanya pengobatan mungkin perlu diperpanjang, tapi hal ini akan menurunkan risiko terjadinya kambuh.
- 4) Kadang-kadang, pada pasien timbul reaksi hipersensitivitas (kepekaan) terhadap Isoniasid atau Rifampisin. Kedua obat ini merupakan jenis OAT yang paling ampuh sehingga merupakan obat utama (paling penting) dalam pengobatan jangka pendek. Bila pasien dengan reaksi hipersensitivitas terhadap Isoniasid atau Rifampisin tersebut HIV negatif, mungkin dapat

- 5) dilakukan desensitisasi. Namun, jangan lakukan desensitisasi pada pasien TB dengan HIV positif sebab mempunyai risiko besar terjadi keracunan yang berat.

