

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Multi Drug Resistant Tuberculosis* (MDR TB)

2.1.1 Definisi

Resistent ganda adalah basil *Mycobakterium tuberculosis* resisten terhadap rifampisin dan isoniazid (INH) (Depkes, 2010). WHO (2011) meninjau bahwa *Multidrug Resistant TB* (MDR- TB) *is caused by bacteria that are resistant to at least isoniazid and rifampicin, the most effective anti TB drugs*. Bakteri penyebab TB menjadi resisten ketika penderita TB tidak menjalani pengobatan lengkap.

Resistent terdiri dari dua bagian yaitu:

a. Resisten Primer

Resisten primer terjadi apabila pasien sebelumnya tidak pernah mendapat pengobatan OAT atau telah mendapat pengobatan OAT kurang dari satu bulan.

b. Resisten Sekunder

Resisten sekunder atau initial terjadi apabila kita tidak tahu pasti apakah pasien sudah ada riwayat pengobatan OAT sebelumnya atau belum pernah resistensi.

2.1.2 Penyebab MDR TB

Kegagalan pada penyebab TB menyebabkan TB MDR. Kegagalan ini dapat merugikan pasien, tidak hanya menimbulkan kematian. Masalah TB MDR merupakan masalah serius karena TB MDR dapat menular didalam suatu komunitas ataupun masyarakat. Jika semakin banyak orang terkena TB MDR maka menimbulkan XDR yang pengobatannya lebih lama dari pada MDR dan membutuhkan biaya yang cukup besar.

Menurut WHO (2008) banyak factor penyebab resistensi OAT terhadap bakteri *M. Tuberculosis*, antara lain:

a. Faktor mikrobiologik

Secara genetic basil mengalami resisten terhadap jenis OAT yang diberikan. Basil mengalami mutasi resistensi terhadap satu jenis obat dan mendapatkan terapi OAT tertentu yang tidak adekuat. Terapi yang tidak adekuat ini dapat disebabkan oleh konsumsi hanya satu jenis obat saja (monoterapi direct) atau konsumsi obat kombinasi tetapi hanya satu saja yang sensitive terhadap basil tersebut (monoterapi indirect).

a. Faktor Klinik

Banyak factor klinik yang berkontribusi terjadinya TB MDR. Factor ini menyebabkan terjadinya *M. Tuberculosis* yang awalnya sensitive terhadap OAT menjadi resisten. Hal ini sering terjadi pada penderita dengan regimen obat yang tidak adekuat. Factor penyelenggara kesehatan dalam memberikan terapi pengobatan yang tidak sesuai dengan *guide line* merupakan salah satu factor penyebab pasien menjadi resisten terhadap OAT. Disamping itu terjadi malabsorpsi obat yang diminum oleh penderita TB. Obat tidak dapat diserap dengan baik contohnya rifampisin diminum setelah makan

b. Factor ketidakpatuhan pasien

Factor pendukung terbesar terjadinya TB MDR adalah dari ketidakpatuhan klien TB dalam menjalani pengobatannya. Penelitian yang dilakukan oleh Nofizar dkk pada tahun 2010 di RS persahabatan diperoleh bahwa riwayat mangkir berobat juga diakui oleh 19 pasien. Namun hal tersebut kurang sesuai dengan pernyataan awal mereka bahwa yang melakukan control secara teratur sebanyak 39 pasien. Alasan pasien tidak patuh dalam menjalani pengobatan diantaranya adalah rendahnya motivasi pasien dalam berobat,

merasa bosan karena jangka pengobatan yang lama. Selain itu kurangnya informasi kesehatan penderita tentang TB paru dan peran pengawas minum obat (PMO) masih rendah.

2.1.3 Suspek MDR TB

Klien yang dianggap sebagai suspek tuberculosi MDR TB adalah klien yang tidak menjalani pengobatan secara teratur atau pengobatannya terputus. Selain itu kasus TB yang kronik dan kambuh lagi dapat menjadi suspek TB MDR. Prediksi seorang dalam resiko TB MDR adalah melalui uji resistensi obat. Uji ini sebagai langkah awal untuk mengetahui pasien mengalami TB MDR atau tidak. Sebelumnya harus diketahui riwayat pengobatan TB yang dijalankan oleh pasien.

Secara umum pasien yang dicurigai kemungkinan TB MDR adalah:

- a. Kasus TB Paru kronik
- b. Pasien TB yang pernah diobati termasuk OAT lini kedua seperti kuinolon dan kanamicin
- c. Pasien TB paru yang gagal pengobatan
- d. TB paru kasus sembuh
- e. Pasien TB yang kembali setelah lalai atau default pada pengobatan kategori satu atau kategori dua
- f. Suspek TB dengan keluhan yang tinggal dekat dengan pasien TB MDR konfirmasi, termasuk petugas kesehatan yang bertugas dibangsal TB MDR. Pasien yang memenuhi criteria suspek harus di rujuk ke laboratorium dengan jaminan mutu eksternal yang ditunjuk untuk pemeriksaan biakan dan uji kepekaan obat.

2.1.4 Kategori MDR TB

Kegagalan dalam pengobatan tuberculosis mengakibatkan resistensi terhadap OAT. Resistensi yang terjadi tidak hanya pada salah satu jenis OAT namun bisa lebih dari dua jenis OAT. Kasus resistensi ini tidak hanya merugikan klien tuberculosis sendiri namun dapat menular kepada anggota masyarakat yang lain. Penularan ini akan menimbulkan peningkatan berbagai jenis kasus resistensi.

Menurut WHO (2008) *Drug Resistant* TB dikategorikan menjadi empat jenis yaitu:

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

2.1.5 Kriteria Diagnosis MDR TB

Diagnosis TB resistensi ganda dilakukan melalui pengumpulan dan kulturisasi *specimen* yang tepat sebelum dilakukan regimen pengobatan. Tes ini dilakukan untuk menguji kepekaan obat terhadap *Mycobacterium*. Tes sensitivitas ini dilakukan untuk obat lini pertama dan kedua di laboratorium dengan fasilitas yang memadai.

Terdapat dua metode dalam melakukan tes sensitivitas ini yaitu metode konvensional dan metode yang modern. Deteksi dengan menggunakan metode konvensional didasarkan pada pertumbuhan mycobacterium. Namun Karena membutuhkan waktu yang lama dalam memperoleh hasilnya maka digunakan metode yang baru yaitu metode fenotip dan genotip. Metode ini dapat mendeteksi adanya resistensi terhadap rifampisin. Oleh karena itu dikembangkan metode ini untuk mempermudah dalam mendeteksi adanya TB MDR.

2.1.6 Pengobatan MDR TB

Panduan WHO (2008) membagi lima grup sebagai dasar dalam regimen pengobatan MDR TB sebagai berikut:

- a. Grup pertama, pirazinamid dan etambutol karena paling efektif. Selain itu obat ini dapat ditolensi dengan baik. Penggunaan obat ini pertama yang telah terbukti penyembuhan. Sebaiknya digunakan dengan dosis yang maksimal.
- b. Group kedua, obat injeksi bersifat bakterisidal, kanamisin (amikasin), jika alergi digunakan kapreomisin, viomisin. Semua pasien MDR TB diberikan injeksi sampai jumlah kuman menurun atau rendah. Hal ini dibuktikan dengan hasil pemeriksaan laboratorium yaitu hasil kultur negative.
- c. Group ketiga, fluorokuinolon, obat bakterisidal tinggi, misalnya levofloksasin. Semua pasien yang sensitive terhadap grup ini harus mendapat kuinolon dalam regimennya.
- d. Grup keempat, obat bakteriostatik lini kedua, PAS (paraaminocallicilic acid) ethionamid, dan sikloserin. Pemberian obat harus diperhatikan dengan baik karena golongan obat ini mempunyai efek samping yang buruk. Sebaiknya menggunakan obat oral lini pertama kuinolon.

- e. Group kelima, obat yang belum jelas efikasikasinya, amoksisilin, asam klavulanat, dan makrolid baru (klaritromisin). Secara *in vitro* menunjukkan efikasinya akan tetapi data melalui uji klinis pada pasien MDR TB masih minimal.

Ada tiga cara pembuatan regimen didasarkan atas riwayat obat TB yang pernah dikonsumsi penderita, data *drug resistance surveillance* (DRS) disuatu area, dan hasil *drugs susceptibility testing* (DST) dari penderita itu sendiri. Berdasarkan data tersebut dilakukan pengobatan regimen standar yang didasarkan pada hasil DST penderita sendiri, berdasarkan pada hasil DST penderita sendiri.

Menurut pedoman WHO (2008) penahapan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

Tahap 1 : Gunakan obat dari lini pertama yang manapun yang masih menunjukkan efikasi

Tahap 2 : Tambahkan obat di atas dengan salah satu golongan obat injeksi berdasarkan hasil uji sensitivitas dan riwayat pengobatan

Tahap 3 : Tambahkan obat-obat tersebut diatas dengan salah satu obat golongan fluorokuinolon

Tahap 4 : Tambahkan obat diatas dengan satu atau lebih obat golongan empat sampai sekurang-kurangnya sudah tersedia empat obat yang mungkin efektif

Tahap 5 : Pertimbangkan menambahkan sekurang-kurangnya dua obat dari golongan empat (melalui proses konsultasi dengan pakar TB MDR) apabila dirasakan belum ada empat obat yang efektif dari golongan satu sampai empat.

Menurut WHO (2008) bahwa ada beberapa hal sebagai prinsip dasar dalam pengobatan MDR TB yang dianjurkan antara lain:

- a. Regimen harus didasarkan atas riwayat obat yang pernah diminum penderita
- b. Dalam pemilihan obat pertimbangkan prevalensi resistansi obat lini pertama dan obat lini kedua yang berada di area/Negara tersebut
- c. Regimen minimal terdiri empat obat yang jelas diketahui efektifitasnya
- d. Dosis obat diberikan berdasarkan berat badan
- e. Obat diberikan sekurang-kurangnya enam hari dalam seminggu, apabila mungkin etambutol, pirazinamid, dan fluoroquinolon diberikan setiap hari oleh karena konsentrasi dalam serum yang tinggi memberikan efikasi.
- f. Lama pengobatan minimal 18 bulan setelah terjadi konversi
- g. Apabila terdapat DST, maka harus digunakan sebagai pedoman terapi . DST tidak memprediksi efektivitas atau inefektivitas obat secara penuh
- h. Pirazinamid dapat digunakan dalam keseluruhan keseluruhan pengobatan apabila pertimbangan efektif. Sebagian besar penderita MDR TB peradangan kronik diparunya, dimana secara teoritis menghasilkan suasana asam dan pirazinamid bekerja aktif.
- i. Deteksi awal adalah factor penting untuk mencapai keberhasilan pengobatan pasien MDR TB terdiri atas dua tahap, tahap awal dan tahap lanjutan. Pengobatan TB MDR memerlukan waktu yang lebih lama dari pada pengobatan TB bukan MDR, yaitu sekitar 18 sampai dengan 24 bulan. Pada tahap awal pasien akan mendapat OAT lini kedua minimal empat jenis OAT yang masih sensitive, dimana salah satunya adalah obat injeksi, pada tahap lanjutan semua OAT lini kedua yang dipakai pada tahap awal.

2.2 Konsep TB Care ‘Aisyiyah

2.2.1 Tentang ‘Aisyiyah

‘Aisyiyah adalah organisasi perempuan muslim yang peduli terhadap isu-isu sosial dan keagamaan yang didirikan pada tanggal 19 Mei 1917. ‘Aisyiyah merupakan organisasi otonom khusus Muhammadiyah, sebagai sarana bagi perempuan Muhammadiyah untuk berkontribusi dalam mewujudkan masyarakat sejahtera yang sesuai dengan ajaran islam.

Sesuai dengan visi misinya ‘Aisyiyah bergerak diberbagai bidang. Dalam bidang pendidikan ‘Aisyiyah memiliki taman kanak-kanak sampai perguruan tinggi. Dalam bidang kesehatan ‘Aisyiyah memiliki 15 rumah sakit umum, 7 rumah sakit ibu dan anak, 64 rumah sakit bersalin, 27 rumah bersalin, 44 balai kesehatan, 3 apotik dan 52 posyandu dibawah binan ‘aisyiyah.

Selain amal usaha, ‘Aisyiyah juga melaksanakan berbagai program pemberdayaan masyarakat seperti program kesejahteraan sosial, ekonomi, dan bidang kesehatan (kesehatan ibu dan anak, imunisasi, kesehatan reproduksi, kesehatan lingkungan, HIV/AIDS, penanggulangan malaria dan TBC)

2.2.2 Comunitas TB Care ‘Aisyiyah

Comunitas TB Care ‘Aisyiyah adalah program penanggulangan Tuberculosis (TB) berbasis masyarakat yang merupakan bagian dari program majelis kesehatan ‘aisyiyah dibawah pembinaan pimpinan pusat ‘Aisyiyah.

Melalui program penanggulangan TB ini ‘Aisyiyah berupaya berperan serta dalam pembangunan kesehatan di Indonesia dan pencapaian target Millineum Development Goals (MDGs) no 6 yakni penurunan angka penyebaran penyakit menular sampai SDGs.

Sebagai amanat muktamar dan Tanwir ‘Aisyiyah , upaya penanggulangan TB ini dilakukan baik didaerah yang mendapatkan dukungan dari donor maupun secara mandiri. Karena itu Comunitas TB Care ‘Aisyiyah terus dikembangkan di 33 propinsi di seluruh Indonesia yang memiliki visi penggerak terwujudnya dinamika kelompok sosial yang mampu secara mandiri menanggulangi masalah tuberculosis di Indonesia. Dalam komunitas TB Care ‘Aisyiyah ada yang namanya *Patient Supporter*. *Patient Supporter* adalah kader Aisyiyah yang sudah terlatih untuk memberikan support, semangat serta mendampingi pasien TB MDR selama berobat hingga pasien dikatakan sembuh oleh petugas kesehatan

2.2.3 Konsep peran *Patient Supporter* (PS) atau pendamping minum obat (PMO)

a. Pengertian

Menurut Silviani (2016) PMO adalah petugas yang ditunjuk dan dipercaya untuk mengawasi dan memantau penderita tuberculosis dalam meminum obatnya secara teratur dan tuntas. PMO bisa berasal dari keluarga, tetangga, kader atau tokoh masyarakat atau petugas kesehatan.

Pengawas Minum Obat merupakan kegiatan yang dilakukan untuk menjamin kepatuhan penderita untuk minum obat sesuai dengan dosis dan jadwal seperti yang telah ditetapkan.

b. Peran Pengawas Minum Obat

Menurut Silviani (2016), seseorang yang telah ditunjuk menjadi PMO mempunyai keajiban sebagai berikut :

- 1) Mengikuti pelatihan singkat dari petugas kesehatan mengenai penyakit atau bahayanya tuberkulosis, mengenai perlunya minum obat dengan teratur dan penyelesaian pengobatan sesuai jadwal, perlunya evaluasi dahak dan efek samping obat serta kapan harus meminta pertolongan.
- 2) Mengawasi minum obat harian
- 3) Memotivasi penderita untuk tetap semangat dalam melakukan pengobatan
- 4) Mendampingi dan mencatat obat yang telah diminum serta mencatat keluhan yang dialami penderita.
- 5) Ikut serta dalam pengambilan obat berikutnya sebelum obat habis dan ikut dalam pemeriksaan dahak penderita.
- 6) Memberi motivasi ke penderita supaya tidak terjadi kegagalan berobat serta menjadi penyuluh kesehatan.

2.3 Konsep Motivasi

2.3.1 Pengertian

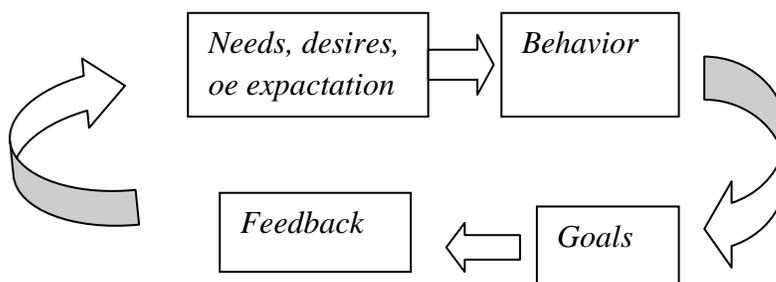
Menurut Sumadi Suryabrata (2010) bahwa motif adalah keadaan dalam pribadi orang yang mendorong individu untuk melakukan aktivitas-aktivitas tertentu guna mencapai sesuatu tujuan. Dengan kata lain, motivasi adalah keadaan jiwa dan sikap mental yang memberikan energi dan mendorong manusia untuk melakukan suatu kegiatan.

Menurut Mc Donald dalam buku Abdul Hadis (2008) motivasi adalah perubahan energi dalam diri seseorang yang ditandai dengan munculnya *feeling* dan didahului dengan tanggapan terhadap adanya tujuan. Dari pengertian yang dikemukakan Mc. Donald ini mengandung tiga elemen penting, yaitu :

1. Bahwa motivasi mengawali terjadinya perubahan energi pada diri setiap individu manusia.
2. Motivasi ditandai dengan munculnya rasa atau *feeling*, afeksi seseorang.
3. Motivasi akan dirangsang karena ada tujuan.

Jadi motivasi dalam hal ini sebenarnya merupakan respons dari suatu aksi, yakni tujuan. Sama halnya dengan yang dikatakan Hamzah B. Uno (2009) bahwa motivasi merupakan kekuatan yang mendorong seseorang melakukan sesuatu untuk mencapai tujuan. Kekuatan-kekuatan ini pada dasarnya dirangsang oleh adanya berbagai macam kebutuhan, seperti (1) keinginan yang hendak dipenuhinya; (2) tingkah laku; (3) tujuan; (4) umpan balik.

Proses interaksi ini disebut sebagai proses motivasi dasar (*basic motivation process*), dapat digambarkan dengan model proses seperti gambar berikut.



Sumber: Hamzah B. Uno (2009)

Dari definisi di atas, dapat diketahui bahwa motivasi terjadi apabila seseorang mempunyai keinginan dan kemauan untuk melakukan suatu kegiatan atau tindakan dalam rangka mencapai tujuan tertentu.

2.3.2 Jenis-Jenis Motivasi

Pada intinya bahwa motivasi merupakan kondisi psikologis yang mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu.

Jenis-jenis motivasi yang dikemukakan para ahli berbeda-beda. Adapun menurut Nana Syaodih Sukmadinata (2009), motivasi berdasarkan sifatnya dapat dibedakan atas tiga macam, yaitu:

Motivasi takut atau *fear motivation*, individu melakukan sesuatu karena :

1. Motivasi intensif atau *intensive motivation*, individu melakukan perbuatan untuk mendapat suatu insentif.
2. Sikap atau *attitude motivation* atau *self motivation*. Motivasi ini lebih bersifat intrinsik, muncul dari dalam diri individu, berbeda dengan kedua motivasi sebelumnya yang bersifat ekstrinsik dan datang dari luar diri

Sedangkan menurut Sardiman (2008), motivasi dapat dilihat dari dasar pembentukannya, yaitu:

1. Motif-motif bawaan adalah motif yang dibawa sejak lahir, jadi motivasi itu ada tanpa dipelajari, misalnya dorongan untuk makan, dorongan untuk minum, dorongan untuk bekerja, untuk beristirahat, dorongan seksual.

2. Motif-motif yang dipelajari adalah motif-motif yang timbul karena dipelajari, misalnya dorongan untuk belajar, dorongan untuk mengajar.

Kemudian Hamzah Uno (2011) menyatakan bahwa dari sudut sumber yang menimbulkannya motif dibedakan dua macam, yaitu motif intrinsik dan motif ekstrinsik. Motif intrinsik merupakan motif yang timbul atas kesadaran diri individu dan tidak memerlukan rangsangan dari luar. Sedangkan motif ekstrinsik merupakan motif yang timbul karena adanya rangsangan dari luar, seperti suasana yang kondusif, penghargaan dan hukuman atau ganjaran.

Contoh Bagi pasien yang selalu minum obat anti tuberkulosis, bukanlah masalah bagi petugas kesehatan. Karena di dalam diri pasien tersebut ada motivasi, yaitu motivasi intrinsik. Pasien yang demikian biasanya dengan kesadaran sendiri selalu memperhatikan kesehatannya. Rasa ingin sembuh dengan obat yang diminum. Berbagai gangguan yang ada disekitarnya, kurang dapat mempengaruhinya agar memecahkan perhatiannya. Lain halnya bagi pasien yang tidak ada motivasi di dalam dirinya, maka motivasi ekstrinsik yang merupakan dorongan dari luar dirinya mutlak diperlukan.

Dari uraian di atas, maka dapat dijelaskan bahwa motivasi dapat timbul dari diri sendiri ataupun dari luar dirinya. Maka, di sini perantenna kesehatan atau pasien supporter adalah bagaimana caranya supaya pasien dapat membangkitkan motivasi sembuh.

C. Teori-Teori Motivasi

Banyak teori motivasi yang dikemukakan oleh para ahli yang dimaksudkan untuk memberikan uraian yang menuju pada apa sebenarnya manusia dan manusia akan dapat

menjadi seperti apa. Maman Ukas (2006) memaparkan beberapa teori motivasi sebagai berikut:

1. Teori Hierarchy Kebutuhan dari Abraham Maslow
2. Teori Dua Faktor dari F. Herzberg
3. Teori X dan Teori Y dari Douglas Mc. Gregor
4. Teori motivasi sembuh

Untuk lebih jelasnya akan dibahas beberapa teori motivasi, berikut adalah uraiannya.

1. Teori Motivasi Abraham Maslow (1943-1970)

Abraham Maslow (1943;1970) mengemukakan bahwa pada dasarnya semua manusia memiliki kebutuhan pokok. Ia menunjukkannya dalam 5 tingkatan yang berbentuk piramid, orang memulai dorongan dari tingkatan terbawah. Lima tingkat kebutuhan itu dikenal dengan sebutan Hirarki Kebutuhan Maslow, dimulai dari kebutuhan biologis dasar sampai motif psikologis yang lebih kompleks; yang hanya akan penting setelah kebutuhan dasar terpenuhi. Kebutuhan pada suatu peringkat paling tidak harus terpenuhi sebagian sebelum kebutuhan pada peringkat berikutnya menjadi penentu tindakan yang penting.

1. Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan yang harus dipenuhi untuk dapat tetap hidup, termasuk makanan, perumahan, pakaian, udara untuk bernafas, dan sebagainya.

2. Kebutuhan Rasa Aman

Ketika kebutuhan fisiologis seseorang telah dipenuhi, perhatian dapat diarahkan kepada kebutuhan akan keselamatan. Keselamatan itu, termasuk merasa aman dari setiap

jenis ancaman fisik atau kehilangan, serta merasa terjamin. Pada waktu seseorang telah mempunyai pendapatan cukup untuk memenuhi semua kebutuhan kejiwaan seperti, membeli makanan dan perumahan, perhatian diarahkan kepada menyediakan jaminan melalui pengambilan polis asuransi, mendaftarkan diri masuk perserikatan pekerja, dan sebagainya.

3. Kebutuhan Sosial

Ketika seseorang telah memuaskan kebutuhan fisiologis dan rasa aman, kepentingan berikutnya adalah hubungan antarmanusia. Kebutuhan sosial yang diperlukan pada tingkat ini, mungkin disadari melalui hubungan-hubungan antarpribadi yang mendalam, tetapi juga yang dicerminkan dalam kebutuhan untuk menjadi bagian berbagai kelompok sosial.

4. Kebutuhan akan Penghargaan

Percaya diri dan harga diri maupun kebutuhan akan pengakuan orang lain. Manusia sebagai makhluk sosial yang dalam kehidupannya selalu berinteraksi dengan orang lain, ingin mendapatkan penerimaan dan penghargaan dari yang lainnya.

5. Kebutuhan Perwujudan Diri

Kebutuhan tersebut ditempatkan paling atas pada hierarki Maslow dan berkaitan dengan keinginan pemenuhan diri. Ketika semua kebutuhan lain sudah dipuaskan, seseorang ingin mencapai secara penuh potensinya. Tahap terakhir itu mungkin tercapai hanya oleh beberapa orang.

Bila makanan dan rasa aman sulit diperoleh, pemenuhan kebutuhan tersebut akan mendominasi tindakan seseorang dan motif-motif yang lebih tinggi akan menjadi kurang signifikan. Orang hanya akan mempunyai waktu dan energi untuk menekuni minat

estetika dan intelektual, jika kebutuhan dasarnya sudah dapat dipenuhi dengan mudah. Karya seni dan karya ilmiah tidak akan tumbuh subur dalam masyarakat yang anggotanya masih harus bersusah payah mencari makan, perlindungan, dan rasa aman.

2. Teori Motivasi Herzberg (1966)

Menurut Herzberg (1966), ada dua jenis faktor yang mendorong seseorang untuk berusaha mencapai kepuasan dan menjauhkan diri dari ketidakpuasan. Dua faktor itu disebutnya faktor higiene (faktor ekstrinsik) dan faktor motivator (faktor intrinsik).

3. Teori Motivasi Vroom (1964)

Teori dari Vroom (1964) tentang *cognitive theory of motivation* menjelaskan mengapa seseorang tidak akan melakukan sesuatu yang ia yakini ia tidak dapat melakukannya, sekalipun hasil dari pekerjaan itu sangat ia inginkan. Menurut Vroom (1964), tinggi rendahnya motivasi seseorang ditentukan oleh tiga komponen, yaitu:

- 1) Ekspektasi (harapan) keberhasilan pada suatu tugas
- 2) Instrumentalis, yaitu penilaian tentang apa yang akan terjadi jika berhasil dalam melakukan suatu tugas (keberhasilan tugas untuk mendapatkan *outcome* tertentu).
- 3) Valensi, yaitu respon terhadap *outcome* seperti perasaan positif, netral, atau negatif. Motivasi tinggi jika usaha menghasilkan sesuatu yang melebihi harapan. Motivasi rendah jika usahanya menghasilkan kurang dari yang diharapkan.

5. Teori motivasi sembuh

Sebagaimana disebutkan di atas bahwa perilaku yang didorong oleh kebutuhan (*need*) yang ada pada individu dan diarahkan pada sasaran (*goals*) yang dapat memuaskan

kebutuhannya. Sedangkan menurut Chaplin (dalam Iryani, 2007) menyatakan bahwa sembuh adalah kembalinya seseorang pada satu kondisi kenormalan setelah menderita suatu penyakit, penyakit mental, atau luka – luka. Sehingga dapat dikatakan bahwa motivasi sembuh adalah perilaku yang didorong oleh kebutuhan (need) yang ada pada individu dan diarahkan pada sasaran (goals) dimana kembalinya seseorang pada satu kondisi kenormalan setelah menderita suatu penyakit, penyakit mental, atau luka – luka.

Motivasi sembuh adalah faktor yang mendorong orang untuk bertindak dengan cara tertentu guna memperoleh kesembuhan. Dengan demikian dapatlah dikatakan bahwa motivasi sembuh pada dasarnya adalah kondisi mental yang mendorong dilakukannya suatu tindakan (action atau activities) dan memberikan kekuatan (energy) yang mengarah kepada pencapaian kesembuhan. Motivasi sembuh ini pun juga dapat diperoleh melalui beberapa rangsangan, rangsangan-rangsangan terhadap hal semacam di atas yang akan menumbuhkan motivasi, dan motivasi yang telah tumbuh memang dapat menjadikan motor dan dorongan untuk mencapai kesembuhan (Dedewijaya, 2007).

Aspek-aspek motivasi kesembuhan menurut Conger (1997) adalah sebagai berikut :

a. Memiliki sikap positif

Hal ini menunjukkan adanya kepercayaan diri yang kuat, perencanaan diri yang tinggi, serta selalu optimis dalam menghadapi sesuatu hal

b. Berorientasi pada pencapaian suatu tujuan

Aspek ini menunjukkan bahwa motivasi menyediakan suatu orientasi tujuan tingkah yang diarahkan pada sesuatu.

c. Kekuatan yang mendorong individu

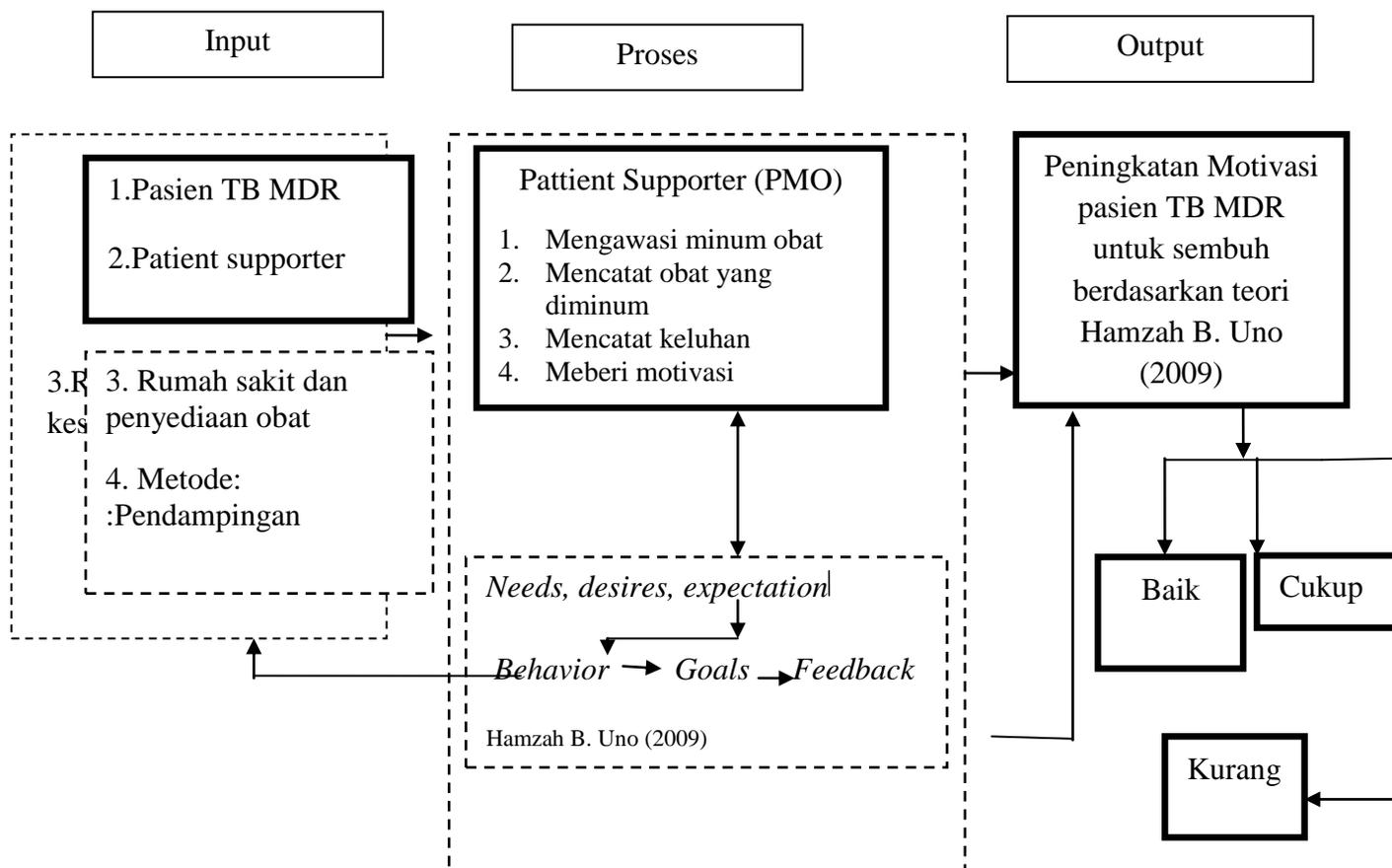
Sedangkan faktor-faktor yang mempengaruhi pasien untuk sembuh menurut Nadhifah (2009) adalah sebagai berikut :

- a. Lingkungan rumah sakit
- b. Dokter
- c. Perawat
- d. Tim kesehatan lainnya atau dalam hal ini adalah Pendamping Minum Obat (PMO) atau *Patient Supporter* (PS) TB Care 'Aisyiyah

Hubungan PMO dengan pasien merupakan pengalaman belajar timbal balik dan pengalaman emosional korektif bagi pasien. Kunci hubungan aktivitas PMO dan pasien adalah motivasi, memotivasi pasien agar melakukan aktivitas berdasarkan kebutuhan. PMO juga menggunakan teknik-teknik sepengetahuan mereka dalam bekerja untuk meningkatkan penghayatan dan perubahan perilaku pasien.

2.4 Kerangka Konseptual

Kerangka konsep pada penelitian ini adalah sebagai berikut:



Keterangan :



: Yang diteliti



: Yang tidak diteliti

Gambar 2.5 : Hubungan peran *pattien supporter* TB care 'Aisyiyah dengan motivasi untuk sembuh pasien TB MDR di Kota Surabaya.

Keterangan :

Dari bagian atas terlihat bahwa *patient supporter* (PS), rumah sakit dan kesediaan obat dengan metode pendampingan yang secara langsung dapat mempengaruhi proses pengobatan pasien TB MDR. Dengan peran *patient supporter* TB Care 'Aisyiyah melakukan pengawasan, mencatat obat yang diminum, mencatat keluhan serta memberi motivasi. Serta didukung oleh teori dalam karangan B. Uno 2009 tentang motivasi dengan harapan adanya hubungan peran *patient supporter* TB Care 'Aisyiyah dengan peningkatan motivasi untuk sembuh pasien TB MDR yang dibagi dengan kriteria baik, cukup, dan kurang.

2.4 Hipotesis penelitian

Ada hubungan antara peran *patient supporter* TB Care 'Aisyiyah dengan motivasi untuk sembuh pasien TB MDR di Kota Surabaya.