

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tuberkulosis**

##### **1. Definisi dan Etiologi**

Tuberkulosis atau dikenal juga dengan sebutan TBC/TB adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. *M. Tuberculosis* merupakan kelompok bakteri gram positif aerob, berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-4 mikron dan tebal 0,3-0,6 mikron. Sebagian besar kuman terdiri atas asam lemak (lipid). Lipid inilah yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam dan tahan terhadap gangguan kimia dan fisik. Oleh karena itu, disebut pula sebagai Basil Tahan Asam (BTA). Sebagian besar (80%) kuman TB menyerang paru-paru dan sebagian kecil mengenai organ tubuh lainnya. (Amin dan Azril, 2006).

##### **2. Gejala klinis**

Gejala utama pasien TB paru adalah batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, *malaise*, berkeringat pada malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan (Depkes RI, 2008).

Gejala-gejala tersebut diatas dapat dijumpai pula pada penyakit paru selain TB, seperti bronkiektasis, bronkitis kronis, asma, kanker paru, dan lain-lain. Mengingat prevalensi TB di Indonesia saat ini masih tinggi, maka setiap orang yang datang ke unit pelayanan kesehatan (UPK) dengan gejala tersebut diatas, dianggap sebagai seorang tersangka (suspek) pasien TB, dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung (Depkes RI, 2008).

### 3. **Diagnosis** Tuberkulosis (Depkes RI, 2008)

Pada program TB nasional, diagnosis TB paru pada orang dewasa dapat ditegakkan dengan ditemukannya Basil Tahan Asam (BTA) pada pemeriksaan dahak secara mikroskopis. Pemeriksaan dahak secara mikroskopis berfungsi untuk menegakkan diagnosis, menilai keberhasilan pengobatan dan menentukan potensi penularan.

Pemeriksaan dahak untuk penegakkan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 3 spesimen dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan berupa Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS).

- a. S (Sewaktu) : dahak dikumpulkan pada saat suspek TB datang berkunjung pertama kali. Pada saat pulang, suspek membawa sebuah pot dahak untuk mengumpulkan dahak pagi pada hari kedua.
- b. P (Pagi) : dahak dikumpulkan di rumah pada pagi hari kedua, segera setelah bangun tidur. Pot dibawa dan diserahkan sendiri kepada petugas di UPK.
- c. S (Sewaktu) : dahak dikumpulkan di UPK pada hari kedua saat menyerahkan dahak pagi.

Hasil pemeriksaan dinyatakan positif apabila sedikitnya dua dari tiga spesimen SPS, hasilnya BTA positif.

Bila hanya 1 spesimen yang positif, maka perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut yaitu foto *rontgen* dada atau pemeriksaan dahak SPS diulang.

- a. Bila hasil *rontgen* mendukung TB, maka penderita didiagnosis sebagai penderita TB BTA positif.

- b. Bila hasil rontgen tidak mendukung TB, maka pemeriksaan dahak SPS diulangi. Apabila fasilitas memungkinkan maka dilakukan pemeriksaan lain misalnya biakan.

Bila ketiga spesimen dahak hasilnya negatif, diberikan antibiotik spektrum luas (misalnya kontrimoksazol atau Amoksisilin) selama 1-2 minggu bila tidak ada perubahan namun gejala klinis tetap mencurigakan TB maka ulangi pemeriksaan dahak SPS.

- a. Bila SPS positif, didiagnosis sebagai penderita TB BTA positif. Bila hasil SPS tetap negatif, lakukan pemeriksaan foto *rontgen* dada untuk mendukung diagnosis TB.
- b. Bila hasil *rontgen* mendukung TB, didiagnosis sebagai penderita TB BTA negatif rontgen positif. Bila hasil *rontgen* tidak mendukung TB, maka penderita tersebut bukan TB.

#### **4. Cara penularan (Depkes RI, 2008)**

*Mycobacterium tuberculosis* ditularkan dari orang ke orang melalui jalan pernafasan. Sumber penularan TB paru adalah pasien TB BTA positif. Pada waktu batuk atau bersin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk droplet (percikan dahak). Droplet yang mengandung kuman dapat bertahan pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau droplet tersebut terhidup ke dalam saluran pernafasan. Setelah kuman tuberkulosis masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernapasan, kuman tuberkulosis tersebut dapat menyebar ke bagian tubuh lainnya, melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, saluran pernapasan atau menyebar langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya.

Daya penularan dari seorang penderita ditentukan oleh banyaknya kuman yang ditularkan dari parunya, makin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak, makin menular penderita tersebut. Faktor yang memungkinkan seseorang terpejan kuman TB ditentukan oleh konsentrasi percikan dahak dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.

Faktor resiko yang mempengaruhi kemungkinan seseorang menjadi penderita TB adalah mereka yang tinggal berdekatan dengan orang yang terinfeksi aktif, memiliki daya tahan tubuh yang rendah, diantaranya mereka yang kekurangan gizi, orang berusia lanjut, bayi atau mereka yang mengidap HIV/AIDS.

## 5. Klasifikasi Penyakit dan Tipe Penderita (Depkes RI, 2008)

### a. Klasifikasi Berdasarkan Organ Tubuh yang Terkena

#### 1) TB Paru

TB Paru adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan paru, tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus.

#### 2) TB Ekstra Paru

TB ekstra paru adalah tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung, kelenjar limfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain.

### b. Klasifikasi Berdasarkan Hasil Pemeriksaan Dahak Mikroskopis

Berdasarkan hasil pemeriksaan dahak secara mikroskopis, TB paru dibagi dalam:

#### 1) TB Paru BTA Positif

Kriteria diagnostik TB paru BTA positif harus meliputi: sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif; 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto *rongent* dada menunjukkan gambaran tuberkulosis; 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif; 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotik non OAT.

#### 2) TB Paru BTA negatif

Kasus yang tidak memenuhi definisi pada TB paru BTA positif. Kriteria diagnostik TB paru BTA negatif harus meliputi: paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif; foto toraks abnormal menunjukkan gambaran tuberkulosis; tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotik non OAT; ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan.

c. Klasifikasi Berdasarkan Tingkat Keparahan Penyakit

TB ekstra paru dibagi berdasarkan pada tingkat keparahan penyakitnya, yaitu:

- 1) TB ekstra paru ringan, misalnya: TB kelenjar limfe, pleuritis eksudativa unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi, dan kelenjar ardenal.
- 2) TB ekstra paru berat, misalnya: meningitis, milier, perikarditis, peritonitis, pleuritis eksudativa bilateral, TB tulang belakang, TB usus, TB saluran kemih dan alat kelamin.

d. Klasifikasi Berdasarkan Riwayat Pengobatan Sebelumnya

Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya dibagi menjadi beberapa tipe pasien, yaitu:

1) Kasus Baru

Yaitu pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (30 dosis harian).

2) Kambuh (*Relaps*)

Yaitu pasien tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh kemudian kembali lagi berobat dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif.

3) Pindahan (*Transfer-in*)

Yaitu penderita yang sedang mendapatkan pengobatan disuatu Kabupaten lain dan kemudian pindah berobat ke kabupaten ini. Penderita pindahan tersebut harus membawa surat rujukan/ pindahan (Form TB 09).

4) Setelah Lalai (Pengobatan setelah *default/ drop out*)

Yaitu penderita yang sudah berobat paling kurang 1 bulan dan berhenti 2 bulan atau lebih, kemudian datang kembali berobat. Umumnya penderita tersebut kembali dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif.

5) Gagal

Yaitu penderita BTA positif yang masih tetap positif atau kembali menjadi positif pada akhir bulan ke-5 (satu bulan sebelum akhir pengobatan atau lebih).

6) Kasus Kronik

Yaitu penderita dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulang kategori 2.

## 6. Pengobatan Tuberkulosis

a. Tujuan Pengobatan

Pengobatan tuberkulosis (TB) paru bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT (Depkes RI, 2007).

b. Prinsip Pengobatan (Depkes RI, 2007)

Pengobatan TB paru dilakukan dengan prinsip-prinsip sebagai berikut:

- 1) OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah yang cukup dan dosis yang tepat sesuai dengan kategori pengobatan. Jangan gunakan OAT tunggal (monoterapi). Pemakaian OAT-Kombinasi Dosis Tetap (OAT-KDT) lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan.
- 2) Untuk menjamin kepatuhan pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung (DOT = *Directly Observed Treatment*) oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO).
- 3) Pengobatan TB paru diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap intensif dan lanjutan.

Pada tahap awal (intensif) pasien mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi langsung untuk mencegah terjadinya kekebalan (resistensi) terhadap 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 (konversi) dalam 2 bulan (pada akhir pengobatan tahap intensif). 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.

## 7. Obat Anti Tuberkulosis (OAT)

### a. Isoniazid (H)

Isoniazid dikenal dengan INH, bersifat tuberkulostatik dan tuberkulosid dengan KHM (kadar hambat minimum) sekitar 0,025-0,05 µg/mL. Efek bakterisidnya hanya terlihat pada kuman yang sedang tumbuh aktif. Mekanisme kerjabelum diketahui, namun ada pendapat bahwa efek utamanya adalah menghambat biosintesis asam mikolat (*mycolic acid*) yang merupakan unsur penting penyusun dinding sel mikobakterium (Istiantoro dan Setabudy, 2009).

Dosis harian yang dianjurkan 5 mg/kg BB, sedangkan untuk pengobatan intermiten 3 kali seminggu diberikan dengan dosis 10 mg/kg BB (Depkes RI, 2002).

Efek samping INH yang dapat berupa tanda-tanda keracunan pada saraf tepi, kesemutan dan nyeri otot atau gangguan kesadaran. Efek ini dapat dikurangi dengan pemberian piridoksin (vitamin B6 dengan dosis 5-10 mg perhari atau dengan vitamin B kompleks).

Efek samping berat dari INH berupa hepatitis yang dapat timbul pada kurang lebih 0,5% penderita. Bila terjadi ikterus, hentikan pengobatan sampai ikterus membaik. Bila tanda-tanda hepatitisnya berat maka penderita harus dirujuk ke UPK spesialisik (Depkes RI, 2002).

b. Rifampisin (R)

Rifampisin bersifat bakterisid, dapat membunuh kuman semidormant (*persister*) yang tidak dapat dibunuh oleh Isoniazid. Rifampisin terutama aktif terhadap sel yang sedang tumbuh. Kerjanya menghambat *DNA-dependent RNA polymerase* dari mikobakteria dan mikroorganisme lain dengan menekan mula terbentuknya rantai dalam sintesis RNA (Istiantoro, Setiabudy, 2009). Dosis Rifampisin 10 mg/kg BB diberikan untuk pengobatan harian maupun intermiten 3 kali seminggu (Depkes RI, 2002).

Efek samping Rifampisin yang ringan dapat berupa sindrom kulit (gatal-gatal kemerahan), sindrom flu (demam, menggigil, nyeri tulang), sindrom perut (nyeri perut, mual, muntah, kadang-kadang diare). Efek samping ringan sering terjadi pada saat pemberian berkala dan dapat sembuh sendiri atau hanya memerlukan pengobatan simptomatik. Rifampisin dapat menyebabkan warna merah pada air seni, keringat, air mata, dan air liur. Hasil ini harus diberitahukan kepada penderita agar tidak khawatir, warna merah tersebut terjadi karena proses metabolisme obat dan tidak berbahaya (Depkes RI, 2002).



Efek samping rifampisin yang berat berupa sindrom respirasi yang ditandai dengan sesak nafas, kadang-kadang disertai dengan kolaps, anemia haemolitik yang akut, syok dan gagal ginjal. Bila salah satu dari gejala ini terjadi, Rifampisin harus segera dihentikan dan jangan diberikan lagi meskipun gejalanya sudah menghilang. Sebaiknya segera dirujuk ke UPK spesialisasi (Depkes RI, 2002).

c. Pirazinamid (Z)

Pirazinamid bersifat bakterisid, dapat membunuh kuman yang berada dalam sel dengan suasana asam. Mekanisme kerja obat ini belum diketahui secara pasti. Dosis harian yang dianjurkan 25 mg/kg BB, sedangkan untuk pengobatan intermiten 3 kali seminggu diberikan dengan dosis 35 mg/kg BB (Depkes RI, 2002).

Efek samping utama dari penggunaan Pirazinamid adalah hepatitis. Juga dapat terjadi nyeri sendi dan kadang-kadang dapat menyebabkan serangan arthritis gout yang kemungkinan disebabkan berkurangnya ekskresi dan penimbunan asam urat, kadang-kadang terjadi reaksi hipersensitivitas misalnya demam, mual, kemerahan, dan reaksi kulit lain (Depkes RI, 2002).

d. Etambutol (E)

Etambutol bersifat sebagai bakteriostatik. Obat ini bekerja dengan cara menghambat pemasukan (*incorporation*) asam mikolat ke dalam dinding sel bakteri (Istiantoro, Setabudy, 2009). Dosis harian yang dianjurkan 15 mg/kg BB sedangkan untuk pengobatan intermiten 3 kali seminggu digunakan dosis 30 mg/kg BB (Depkes RI, 2002).

Etambutol dapat menyebabkan gangguan penglihatan berupa berkurangnya ketajaman penglihatan, buta warna untuk warna merah dan hijau. Meskipun demikian keracunan okuler tersebut tergantung pada dosis yang dipakai. Efek samping jarang terjadi bila dosisnya 15-25 mg/kg BB perhari atau 30 mg/kg BB yang diberikan tiga kali seminggu (Depkes RI, 2002). Setiap penderita yang menerima Etambutol harus diingat bahwa bila terjadi gejala-gejala gangguan penglihatan supaya segera dilakukan pemeriksaan mata. Gangguan penglihatan akan kembali normal dalam beberapa minggu setelah obat dihentikan. Karena resiko kerusakan okuler sulit dideteksi pada anak-anak, maka sebaiknya tidak diberikan pada anak (Depkes RI, 2002).

e. Streptomisin (S)

Streptomisin bersifat bakterisid dengan mekanisme kerja menghambat sintesis protein sel mikroba, yaitu mengubah bentuk bagian 30 S sehingga mengakibatkan salah baca kode mRNA (Istiantoro, Setiabudy, 2009). Dosis harian yang dianjurkan 15 mg/kg BB sedangkan untuk pengobatan intermiten 3 kali seminggu digunakan dosis yang sama. Penderita berumur sampai 60 tahun dosisnya 0,75 gram/hari sedangkan untuk berumur 60 tahun atau lebih diberikan 0,50 gram/hari (Depkes RI, 2002).

Efek samping utama dari Streptomisin adalah kerusakan syaraf kedelapan yang berkaitan dengan keseimbangan dan pendengaran. Resiko efek samping tersebut akan meningkat seiring dengan peningkatan dosis yang digunakan dan umur penderita. Kerusakan alat keseimbangan biasanya terjadi pada 2 bulan pertama dengan tanda-tanda telinga mendenging (tinitus), pusing, dan kehilangan keseimbangan. Keadaan ini dapat dipulihkan bila obat segera dihentikan atau dosisnya dikurangi menjadi 0,25 gram, jika pengobatan diteruskan maka kerusakan alat keseimbangan akan semakin parah. Resiko ini terutama akan

meningkat pada penderita dengan gangguan fungsi eksresi ginjal. Reaksi hipersensitivitas kadang-kadang terjadi berupa demam yang timbul tiba-tiba disertai dengan sakit kepala, muntah dan eritema pada kulit. Hentikan pengobatan dan segera rujuk penderita ke UPK spesialisik (Depkes RI, 2002).

Streptomisin dapat menembus barrier plasenta sehingga tidak boleh diberikan pada wanita hamil sebab dapat merusak saraf pendengaran janin.

## **8. Panduan Obat Antituberkulosis (OAT) di Indonesia (Depkes RI, 2008)**

Panduan OAT yang digunakan oleh Program Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia merupakan rekomendasi dari WHO dan IUATLD (*International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*). Panduan OAT disediakan dalam bentuk paket berupa obat Dosis Tetap (OAT KDT). Tablet OAT KDT ini terdiri dari kombinasi 2 atau 4 jenis obat dalam satu tablet. Dosisnya disesuaikan dengan berat badan pasien. Panduan ini dikemas dalam satu paket untuk satu pasien dalam satu masa pengobatan.

### **a. OAT Kategori 1 (2HRZE/4H3R3)**

Tahap intensif terdiri dari Isoniazid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z) dan Etambutol (E). Obat-obat tersebut diberikan satu kali sehari selama 2 bulan (2HRZE). Kemudian diteruskan dengan tahap lanjutan yang terdiri dari Isoniazid (H) dan Rifampisin (R), diberikan tiga kali dalam seminggu selama 4 bulan (4H3R3).

Obat kategori 1 diberikan untuk:

- 1) Penderita baru TB Paru BTA positif.
- 2) Penderita TB Paru BTA negatif dengan *rongent* positif.
- 3) Penderita TB Ekstra Paru.

**Tabel 1.** Dosis untuk panduan OAT KDT Kategori 1

Berat Badan (Kg)	Tahap Intensif Tiap hari selama 56 hari RHZE (150/ 75/ 400/ 275)	Tahap Lanjutan 3 kali seminggu selama 16 minggu RH (150/ 150)
30 – 37	2 tablet 4 KDT	2 tablet 2 KDT
38 – 54	3 tablet 4 KDT	3 tablet 2 KDT
55 – 70	4 tablet 4 KDT	4 tablet 2 KDT
≥ 70	5 tablet 4 KDT	5 tablet 4 KDT

(Depkes RI, 2008)

## b. OAT Kategori 2 (2HRZES/ HRZE/ 5H3R3E3)

Tahap intensif diberikan selama 3 bulan yang terdiri dari 2 bulan dengan HRZE dan suntikan Streptomisin setiap hari dari UPK. Dilanjutkan 1 bulan dengan HRZE setiap hari. Setelah itu diteruskan dengan tahap lanjutan selama 5 bulan dengan HRE yang diberikan tiga kali dalam seminggu.

Obat kategori 2 diberikan untuk :

- 1) Penderita kambuh (*relaps*).
- 2) Penderita gagal (*failure*).
- 3) Penderita dengan pengobatan setelah lalai (*after default*).

**Tabel 2.** Dosis untuk panduan OAT KDT untuk kategori 2

Berat Badan (Kg)	Tahap Intensif Tiap hari RHZE (150/75/ 400/ 275) + S		Tahap Lanjutan 3 kali seminggu RH (150/ 150) + E (400)
	selama 56 hari	Selama 28 hari	Selama 20 minggu
30 – 37	2 tablet 4 KDT + 500 mg streptomisin inj.	2 tablet 4 KDT	2 tablet 2 KDT + 2 tablet Etambutol

38 – 54	3 tablet 4 KDT + 750 mg Streptomisin inj.	3 tablet 4 KDT	3 tablet 2 KDT + 3 tablet Etambutol
55 – 70	4 tablet 4 KDT + 1000 mg Streptomisin inj.	3 tablet 4 KDT	3 tablet 2 KDT + 3 tablet Etambutol
≥ 70	5 tablet 4 KDT + 1000 mg Streptomisin inj.	5 tablet 4 KDT	5 tablet 2 KDT + 5 tablet Etambutol

(Depkes RI, 2008)

c. OAT Sisipan (HRZE)

Bila pada akhir tahap intensif pengobatan penderita baru BTA positif dengan kategori 1 atau penderita BTA positif pengobatan ulang dengan kategori 2 hasil pemeriksaan dahak masih BTA positif, maka diberikan obat sisipan (HRZE) setiap hari selama 1 bulan.

**Tabel 3.** Dosis OAT untuk sisipan

Berat Badan (Kg)	Tahap Intensif Tiap hari selama 28 hari RHZW (150/ 75/ 400/ 275)
30 – 37	2 tablet 4 KDT
38 – 54	3 tablet 4 KDT
55 – 70	4 tablet 4 KDT
≥ 70	5 tablet 4 KDT

(Depkes RI, 2008)

**9. Hasil pengobatan (Depkes RI, 2008)**

Hasil pengobatan seorang penderita dapat dikategorikan sebagai sembuh, pengobatan lengkap, meninggal, pindah, putus berobat, dan gagal.

a. Sembuh

Penderita dinyatakan sembuh bila telah menyelesaikan pengobatan secara lengkap dan pemeriksaan ulang dahak (*follow up*) hasilnya negatif pada Akhir Pengobatan (AP) dan minimal satu pemeriksaan *follow up* sebelumnya negatif.

b. Pengobatan Lengkap

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

c. Meninggal

Penderita yang meninggal dalam masa pengobatan karena sebab apapun.

d. Pindah

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

e. Putus berobat

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

## **B. Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil “tahu”, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Karena dari pengalaman dan penelitian ternyata

perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2007).

Sedangkan pengetahuan tentang pengobatan TBC Paru adalah pengertian dari responden tentang pengobatan TB Paru dengan menggunakan paduan OAT paru secara tepat, teratur dalam jangka waktu yang telah ditetapkan.

1. Tingkat pengetahuan (Notoatmodjo, 2007)

Pengetahuan yang dicakup dalam dominan kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu:

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasik materi tersebut secara benar.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi lain.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atas penilaian suatu materi atau obyek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

2. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2003), pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu :

a. Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman sendiri maupun pengalaman orang lain. Pengalaman yang diperoleh dapat memperluas pengetahuan seseorang.

b. Tingkat pendidikan

Secara umum, orang yang berpendidikan lebih tinggi akan memiliki pengetahuan yang lebih luas daripada orang yang berpendidikan lebih rendah.

c. Keyakinan



Biasanya keyakinan diperoleh secara turun-temurun, baik keyakinan yang positif maupun keyakinan yang negatif, tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.

d. Fasilitas

Fasilitas sebagai sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang adalah majalah, radio, koran, televisi, buku, dan lain-lain.

e. Penghasilan

Penghasilan tidak berpengaruh secara langsung terhadap seseorang. Namun, jika seseorang berpenghasilan cukup besar, maka mampu menyediakan fasilitas yang lebih baik.

f. Sosial budaya

Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi, dan sikap seseorang terhadap sesuatu.

### C. Kepatuhan

Secara umum, istilah kepatuhan (*compliance* atau *adherence*) dideskripsikan dengan sejauh mana pasien mengikuti instruksi-instruksi atau saran medis (Sabate, 2001). Terkait dengan terapi obat, kepatuhan pasien didefinisikan sebagai derajat kesesuaian antara riwayat dosis yang sebenarnya dengan rejimen dosis obat yang diresepkan. Oleh karena itu, pengukuran kepatuhan pada dasarnya merepresentasikan perbandingan antara dua rangkaian kejadian, yaitu bagaimana nyatanya obat diminum dengan bagaimana obat seharusnya diminum sesuai resep (Dusing, et al, 2001).

Dalam konteks pengendalian tuberkulosis, kepatuhan terhadap pengobatan dapat didefinisikan sebagai tingkat ketaatan pasien-pasien yang memiliki riwayat pengambilan obat terapeutik terhadap resep pengobatan (WHO, 2003).

#### **D. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan**

Menurut Smet (1994), faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah :

1. Faktor komunikasi

Berbagai aspek komunikasi antara pasien dengan dokter mempengaruhi tingkat ketidaktaatan, misalnya informasi dengan pengawasan yang kurang, ketidakpuasan terhadap aspek hubungan emosional dengan dokter, ketidakpuasan terhadap obat yang diberikan.

2. Pengetahuan

Ketetapan dalam memberikan informasi secara jelas dan *eksplisit* terutama penting sekali dalam pemberian antibiotik. Karena sering kali pasien menghentikan obat tersebut setelah gejala yang dirasakan hilang bukan saat obat itu habis.

3. Fasilitas kesehatan

Fasilitas kesehatan merupakan sarana penting dimana dalam memberikan penyuluhan terhadap penderita menerima penjelasan dari tenaga kesehatan yang meliputi jumlah tenaga kesehatan, gedung serbaguna untuk penyuluhan.

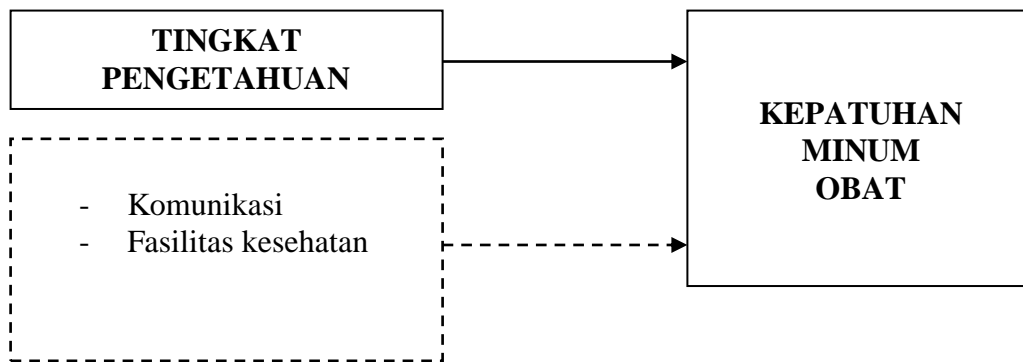
#### **E. Profil Rumah Sakit**

Rumah Sakit Paru Provinsi Jawa Barat terletak di Jalan Pangeran Kejaksan No. 4, Desa Sidawangi, Kecamatan Sumber, Kabupaten Cirebon. Letak Rumah Sakit tepat di perbatasan Kabupaten Cirebon dengan Kabupaten Kuningan. Rumah sakit ini merupakan rumah sakit milik pemerintah Provinsi Jawa Barat dengan kategori setara tipe C. Berdasarkan keputusan Menteri

Kesehatan RI Nomor : 909/Menkes/SK/VIII/2001, ditetapkan sebagai Rumah Sakit Paru Sidawangi.

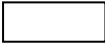
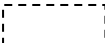
Lokasi penelitian di RS Paru Sidawangi, Cirebon, Jawa Barat yang dilaksanakan di lantai satu yaitu Unit DOTs menyatu dengan poliklinik Spesialis Paru, Faal Paru dan poliklinik asma dan PPOK.

#### F. Kerangka konsep



**Gambar 1.** Kerangka konsep

Keterangan :

-  Variabel yang diteliti
-  Variabel yang tidak diteliti

#### G. Hipotesis penelitian

1. Ada gambaran tingkat pengetahuan tentang TB Paru dan kepatuhan minum OAT pada penderita TB Paru di RS Paru Sidawangi, Cirebon, Jawa Barat tinggi.
2. Ada hubungan tingkat pengetahuan terhadap kepatuhan minum OAT pada penderita Tuberkulosis Paru di RS Paru Sidawangi, Cirebon, Jawa Barat.