BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Pengertian Persepsi

Persepsi merupakan proses akal manusia yang sadar yang meliputi proses fisik, fisiologi dan psikologi yang menyebabkan berbagai macam impuls, diolah menjadi suatu penggambaran tentang lingkungan (Koentjaraningrat, 1981).

Definisi lain persepsi adalah pengamatan yang merupakan hasil penglihatan, pendengaran, penciuman, serta pengalaman masa lalu. Hal ini sangat berpengaruh dalam pembentukan dan perubahan perilaku. Suatu objek yang sama dapat dipersepsikan secara berbeda oleh beberapa orang.


Menurut Rakhmad (1992), persepsi adalah pengalaman tentang objek, peristiwa atau hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan. Setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda meskipun objeknya sama, dengan demikian persepsi juga adalah sebagai pengalaman yang dihasilkan oleh indera penglihatan, pendengaran, penciuman dan sebagainya.
Menurut Siagian (1989) persepsi adalah suatu proses melalui dimana seseorang mengorganisasikan dan menginterpretasikan kesan sensorinya dalam usaha memberikan suatu makna tertentu pada lingkungannya. Interpretasi seseorang tentang kesan mengenai lingkungannya akan sangat berpengaruh pada prilakunya, yang pada gilirannya menentukan faktor apa yang dipandangnya sebagai faktor motivasional yang kuat.

Menurut Sears dkk (1999) menyebutkan bahwa persepsi manusia dinominasi dua asumsi yakni (1) Proses pembentukan kesan dianggap agak bersifat mekanis dan cendrung hanya memantulkan sifat manusia yang memberi stimulus (2) Proses situ berada dibawah dominasi perasaan atau evaluasi dan bukan oleh pikiran atau kognisi. Pembentukan kesan tersebut secara mekanis memantulkan terkumpulnya informasi dalam pikiran seseorang.


Rosenstock (1966) mengeluarkan model yang dinamakan “Health belief Model” model ini memusatkan pada kesiapan seseorang untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang bergantung pada beberapa faktor, yaitu :

1. Kepekaan seseorang terhadap penyakit
2. Persepsi seseorang terhadap konsekwensi penyakit tertentu.

3. Persepsi seseorang terhadap keuntungan yang diperoleh dari penggunaan pelayanan kesehatan.

4. Persepsi seseorang terhadap hambatan-hambatan didalam menggunakan pelayanan esehatan (Sudarti, 1986)

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa setiap individu mempunyai cara yang berbeda didalam pencarian pengobatan meskipun gangguan kesehatannya sama. Pada umumnya keputusan yang diambil berdasarkan penilaian individu atau mungkin dibantu oleh orang lain terhadap gangguan tersebut.

2.1.1. Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi

Menurut Baltus (1983), faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi menurut Baltus (1983):

1) Kemampuan dan keterbatasan fisik dari alat indera dapat mempengaruhi persepsi untuk sementara waktu atau permanen.

2) Kondisi lingkungan

3) Pengalaman masa lalu. Bagaimana cara individu untuk menginterpretasikan atau bereaksi terhadap stimulus tergantung pada pengalaman masa lalunya

4) Kebutuhan dan keinginan. Ketika seorang individu membutuhkan atau menginginkan sesuatu maka ia akan terus berfokus pada hal yang dibutuhkan dan diinginkan tersebut

5) Kepercayaan, prasangka dan nilai. Individu akan lebih memperhatikan dan menerima orang lain yang memiliki kepercayaan dan nilai yang sama
dengannya. Sedangkan prasangka dapat menimbulkan bias dalam mempersepsi sesuatu.

Menurut Rakhmad (1992), persepsi ditentukan oleh 2 (dua) factor yaitu sebagai berikut:

1. Faktor Fungsiional

Faktor fungsiional berasal dari kebutuhan, pengalaman masa lalu yang termasuk dengan apa yang disebut sebagai faktor-faktor personal yang menentukan persepsi bukan jenis atau bentuk stimuli, tetapi karakteristik orang yang memberikan respon terhadap stimuli itu. faktor-faktor fungsiional yang mempengaruhi persepsi yang lazim disebut sebagai kerangka rujukan, sedangkan di dalam kegiatan komunikasi, kerangka rujukan mempengaruhi bagaimana orang memberi makna pada pesan yang diterimannya. Misalnya seorang ahli komunikasi tidak akan memberikan pengertian apa-apa apabila kedokteran berbicara tentang flour albul, adnesti dan lain-lain, karena ahli komunikasi tidak memiliki kerangka rujukan untuk memahami istilah-istilah kedokteran.

2. Faktor Struktural

Faktor struktural berasal semata-mata dari sifat stimuli fisik dan efek-efek saraf yang ditimbulkan pada system saraf individu. Bila kita mempersepsikan sesuatu, sebagai suatu keseluruhan, bukan melihat bagian-bagiannya lalu menghimpunnya, misalnya untuk dapat memahami sesorang, maka kita harus melihatnya dalam lingkungannya dan dalam masalah yang di hadapinya. (jalaluddin, R.1992)
Mengacu kepada kedua faktor tersebut, maka menurut Krech dan Cruchfield (1977) yang dikutip oleh Soekidjo (1993) membuat 4 (empat) dalil tentang persepsi, yaitu sebagai berikut:

1) Persepsi bersifat selektif dan fungsional
2) Medan perceptual dan kognitif selalu diorganisasikan dan lebih diberi arti.
3) Sifat-sifat perceptual dan kognitif dari substruktur pada umumnya ditentukan oleh sifat-sifat struktur secara keseluruhan.
4) Obyek atau peristiwa yang berdekatan dalam ruang dan waktu atau menyerupai satu sama lain, cenderung ditanggapi bagian dari struktur yang sama.

2.1.2. Objek Persepsi

Sebagaimana disebutkan bahwa persepsi itu merupakan proses pengamatan, maka hal-hal apa yang diamati dapat dibedakan atas dua bentuk dan disebut sebagai obyek dari persepsi itu. Adapun obyek persepsi adalah sebagai berikut:

1) Manusia termasuk di dalamnya kehidupan sosial manusia, nilai-nilai kultural dan lain-lain, dalam hal ini digunakan istilah persepsi interpersonal.
2) Benda-benda mati seperti balok, pohon dan lain sebagainya, dalam hal ini istilah persepsi obyek.

2.1.3. Persepsi Masyarakat Tentang Sehat-Sakit

Persepsi masyarakat tentang sehat/sakit dipengaruhi oleh unsur pengalaman masa lalu, disamping unsur sosial budaya, sebaliknya, petugas keschatan berusaha sedapat mungkin menerapkan kriteria medis yang objektif berdasarkan gejala yang tampak guna mendiagnosa kondisi fisik seseorang individu. Perbedaan persepsi
antara masyarakat dan petugas kesehatan inilah yang sering menimbulkan masalah dalam melaksanakan program kesehatan. Kadang – kadang orang tidak pergi berobat atau menggunakan sarana kesehatan yang tersedia sebab dia tidak merasa mengidap penyakit, atau jika si individu merasa bahwa penyakitnya disebabkan oleh makhluk halus, maka dia akan memilih untuk berobat kepada “orang pandai” yang dianggap mampu mengusir mahluk halus tersebut dari tubuhnya sehingga penyakit akan hilang (Sarwono,S.,1997)

2.2. Definisi Tuberkulosis

Tuberculosis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Sering dijumpai pada paru (95,9%), juga dapat terjadi pada organ-organ lain di seluruh tubuh seperti : usus, kelenjar getah bening (limfe), tulang, kulit, otak, ginjal, dan lainnya serta dapat menyebar ke seluruh tubuh. Penularan kuman ini terutama melalui udara, dan juga makanan terutama susu sapi segar yang terkontaminasi dengan dahak penderita TB. Kemungkinan seseorang untuk tertular sangat tinggi terutama pada daerah yang berpenduduk padat dan tergantung dari daya tahan tubuh seseorang (Sembiring, 2001)

2.2.1. Etiologi

*Mycobacterium tuberculosis* yang merupakan penyebab dari TB adalah sejenis kuman yang berbentuk basil (batang) yang panjangnya 1-4 mikron, lebarnya 0,3-0,6 mikron. Kuman ini tumbuh baik pada suhu sekitar 37 °C dengan pH 6,4-7,0. Untuk membelah dari satu sampai dua (*generation time*) kuman membutuhkan waktu 14-20 jam (Crofton, 2002)

*Mycobacterium tuberculosis* tipe humanus (sering) dan tipe bovinus (Jarang) merupakan 2 tipe yang paling dominan dalam menimbulkan penyakit pada manusia. Dinding sel basil ini terdiri dari lemak dan protein, dimana lemak merupakan komponen lebih dari 30% berat dinding sel kuman yang terdiri dari *asam stearat*, *asam mikolik*, *mycosides*, *sulfolipid serta cord factor*. Lemak inilah yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam serta gangguan kimia dan fisik, sehingga kuman yang ditemukan oleh Robert Koch pada tahun 1882 ini sering disebut Basil Tahan Asam (BTA) (Sembiring, 2001)
Sementara komponen protein utamanya adalah tuberkuloprotein (tuberkulin). Basil ini mudah mati dengan sinar ultra violet (uv), tahan hidup berbulan-bulan pada suhu kamar yang lembab, dan bersifat aerob. Pada sputum kering yang melekat pada debu kuman ini mempunyai daya tahan hidup 8-10 hari, pengaruh pemanasan sama dengan kuman lainnya, jadi dengan pasteurisasi kuman sudah dapat dibunuh (Sembiring, 2001)

2.2.2. Klasifikasi

Sampai sekarang belum ada kesepakatan diantara para klinikus, ahli radiologi, ahli patologi, mikrobiologi dan ahli kesehatan masyarakat tentang keseragaman klasifikasi TB.

Di Indonesia klasifikasi TB Paru berdasarkan gejala klinik, gambaran radiologi, pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan bakteriologik dapat dibagi atas 2 . (Suryatenggara, 1996)

1. TB Paru Klinis, terdiri dari :

   a) BTA positif secara mikroskopik atau biakan positif, terdapat kelainan radiologik yang menyokong TB dan gejala klinik sesuai TB.

   b) BTA negatif secara mikroskopik atau biakan tetapi kelainan radiologik dan gejala klinik sesuai dengan TB dan memberikan perbaikan dengan pengobatan awal.

2. TB Paru tersangka

Adanya gejala klinik dan atau kelainan radiologik dimana BTA dalam sputum tidak/belum ada. Khemotherapi paling lambat dalam 3 bulan harus sudah bisa

3. Bekas TB Paru

Adanya riwayat TB pada masa lalu dengan atau tanpa pengobatan, gambaran radiologi sesuai dengan bekas TB dan stabil pada serial foto. Tidak ditemukan kuman dalam pemeriksaan dan biakan.

2.2.3. Gejala Penyakit.

Gejala klinik dari TB Paru pada dasarnya dapat dibagi menjadi dua golongan, yaitu gejala respiratorik dan gejala sistemik (Suryatenggara, 1996)

1. Gejala Respiratorik

a) Batuk ≥ 3 minggu

Batuk terjadi karena adanya iritasi pada bronchus. Sifat batuk dimulai dari batuk kering (non produktif) kemudian setelah timbul peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum).

b) Batuk darah

Batuk darah merupakan keadaan lanjut dari batuk. Kebanyakan batuk darah pada penderita TB terjadi ulkus dinding bronchus.

c) Sesak nafas

Pada penyakit yang ringan belum dirasakan sesak nafas. Sesak nafas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut.
d) Nyeri dada

Nyeri dada timbul bila radang sudah sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis.

2. Gejala Sistemik

a) Demam


b.) Gejala sistemik lainnya seperti malaise, keringat malam, anoreksia, dan berat badan menurun.

2.2.4. Cara dan Risiko Penularan

1. Cara Penularan

Pada waktu batuk atau bersin, penderita TB yang BTA positif akan mengeluarkan kuman-kuman ke udara disekitarnya dalam bentuk droplet (percikan dahak). Droplet yang mengandung kuman TB tersebut dapat tetap bertahan di udara selama beberapa jam dan orang lain dapat terinfeksi kalau droplet tersebut terhisap kedalam saluran pernafasannya (Ratnawati, Priyanti.,S2000)

Setelah kuman masuk ke dalam tubuh manusia melalui udara pernafasan, kuman tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, saluran nafas atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya.
Tinggi rendahnya tingkat penularan dari seorang penderita ke orang lain ditentukan oleh jumlah kemannya. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak dari seorang penderita, maka makin tinggi tingkat penularannya ke orang lain. Bila hasil pemeriksaan dahak negatif (tidak terlihat kuman), maka penderita tersebut dianggap tidak menular.


2. Risiko Penularan

Risiko penularan (Annual Risk of Infection) di Indonesia dianggap cukup tinggi dan bervariasi antara 1-2%. Bila suatu daerah "Annual Risk of Infection" sebesar 1%, maka itu berarti setiap tahun dari 1000 orang ada 10 orang yang terinfeksi. Dan hanya 10% dari yang terinfeksi tersebut yang akan menjadi penderita TB, terutama yang daya tahan tubuhnya rendah. Maka dapat diperkirakan bahwa di daerah tersebut setiap 1.000 penduduk rata-rata terjadi 1 penderita TB per tahun (Anonim, 2002)

Setiap penderita TB jika tidak diobati, dapat menularkan pada 10 orang dalam masa 2 tahun, seperlimanya atau 2 orang menjadi sakit dan dari yang sakit ini separuhnya atau 1 orang menjadi penderita TB Paru menular, sehingga 1 orang
penderita TB Paru menular jika tidak diobati akan dapat menyebabkan 1 orang penderita menular baru dalam masa 2 tahun (Ratnawati, Priyanti, 2000)

2.2.5. Riwayat Alamiah Penyakit

Penyakit TB Paru timbul setelah kuman menetap dan berkembang biak dalam jaringan paru atau kelenjar limfe. Perkembangannya tergantung pada jumlah kuman yang masuk dan daya tahan atau hipersensitivitas tubuh hospes (Amin, dkk., 1989)

1. Tuberculosis Primer.


Bila kuman menetap di jaringan paru, maka akan tumbuh dan berkembang biak dalam sitoplasma makrofag. Disini ia dapat terbawa masuk ke organ tubuh lainnya. Kuman yang bersarang di jaringan paru akan membentuk sarang TB dengan Pneumonia kecil dan disebut sarang primer atau afek primer. Sarang primer ini dapat terjadi di bagian mana saja jaringan paru.
Dari sarang primer akan timbul peradangan saluran getah bening menuju hilus 
(limfangitis lokal), dan juga diikuti pembesaran kelenjar getah bening hilus 
(limfadenitis regional). Sarang primer + limfangitis lokal + limfadenitis regional = 
kompleks primer. Kompleks primer ini selanjutnya dapat menjadi :

1. Sembuh sama sekali tanpa meninggalkan cacat.

2. Sembuh dengan meninggalkan sedikit bekas berupa garis-garis fibrotik, 
   klastifikasi di hilus atau kompleks (sarang) Ghon.

3. Berkomplikasi dan menyebar secara :
   a. Per kontinuitatum, yaitu menyebar ke sekitarnya.
   b. Secara bronkogen pada paru yang bersangkutan maupun paru disebelahnya.
      Dapat juga kuman tertelan bersama sputum dan ludah sehingga menyebar ke 
      usus.
   c. Secara limfogen, ke organ tubuh lainnya.
   d. Secara hematogen, ke organ tubuh lainnya.

2. Tuberculosis Post-Primer.

   Kuman yang dormant (tidur) pada TB Primer akan muncul bertahun-tahun 
kemudian sebagai infeksi endogen menjadi TB dewasa (TB Post-Primer). TB ini 
dimulai dengan sarang dini yang berlokasi di regio atas paru-paru (bagian apikal 
posterior lobus superior atau inferior). Invasinya adalah ke daerah parenkhim paru 
dan tidak ke nodus hiler paru.

   Tergantung dari jumlah kuman, virulensi dan imunitas penderita, sarang dini 
ini dapat terjadi :

1. Diresorpsi kembali dan sembuh tanpa meninggalkan cacat.
2. Sarang yang mula-mula meluas, tapi segera sembuh dengan serbukan jaringan fibrosis. Ada yang membungkus diri menjadi lebih keras, menimbulkan perkapuran dan akan sembuh dalam bentuk perkapuran.

3. Sarang dini yang meluas dimana granuloma berkembang menghancurkan jaringan sekitarnya dan bagian tengahnya mengalami nekrosis.

Jadi, secara keseluruhan akan terdapat 3 macam sarang, yaitu:

1. Sarang yang sudah sembuh, sarang bentuk ini tidak perlu pengobatan lagi.

Ada lima kelompok utama yang berkaitan dengan riwayat alamiah penyakit TB Paru, yaitu:

i. Kelompok yang belum terinfeksi kuman TB.

ii. Kelompok yang terinfeksi kuman TB.

iii. Kelompok tersangka penderita TB.

iv. Kelompok penderita TB dengan BTA positif.

v. Kelompok penderita yang mati karena TB.

Tanpa pengobatan, setelah 5 tahun, 50% dari penderita TB Paru akan meninggal, 25% akan sembuh sendiri dengan daya tahan tubuh yang tinggi, dan 25% sebagai kasus kronik yang tetap menular (Crofton, 2002)
2.3. Program Penanggulangan TB Dengan DOTS

Kegiatan Program Penanggulangan TB Paru antara lain:

1. Penemuan dan diagnosis penderita
2. Penentuan klasifikasi penyakit dan tipe tuberkulasi
3. Pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung
4. Pengobatan penderita dan pengawasan pengobatan
5. Cross check sediaan dahak
6. Penyuluhan tuberculosis
7. Pencatatan dan pelaporan
8. Supervisi
9. Monitoring dan evaluasi
10. Perencanaan
11. Pengelolaan logistik
12. Pelatihan

2.3.1. Strategi DOTS

Strategi DOTS itu sendiri mengandung 5 komponen yang tidak dapat dipisahkan, yaitu: (Depkes RI, 2000)

1. Adanya komitmen pemerintah untuk memberantas TB. Komitmen politik pemerintah untuk memberi prioritas dalam penanggulangan TB merupakan kunci utama keberhasilan program ini.

2. Penemuan kasus dengan pemeriksaan mikroskopik, terutama pada pasien yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan keluhan paru dan pernafasan. Pendekatan ini disebut dengan passive case finding.

3. Pemberian OAT yang diawasi secara langsung bagi penderita dengan BTA (+) baru, gagal dan kambuh. Obat yang diberikan tersebut harus sesuai standar dan gratis.

4. Adanya jaminan pendistribusian obat secara teratur, menyeluruh dan tepat waktu.

5. Sistem monitoring, pencatatan dan pelaporan terlaksana dengan baik.

Saat ini, pelayanan program pemberantasan TB dengan Strategi DOTS baru hanya dilaksanakan di Kelompok Puskesmas Pelaksana (KPP), yang terdiri dari Puskesmas Rujukan Mikroskopik (PRM) dan Puskesmas Pelaksana Mandiri (PPM), yang dikembangkan secara bertahap. Satu PRM dikelilingi 3-5 Puskesmas Satelit (PS). Tidak ada perbedaan dalam fungsi pelayanan TB di PS, PRM, dan PPM, kecuali PS yang harus merujuk pemeriksaan dahak (untuk identifikasi BTA (+)) ke PRM. Menjelang tahun 2000, ditargetkan terdapat 1860 PRM dan 728 PPM sehingga program TB dapat menjangkau seluruh puskesmas yang ada (Crofton, 2002)

Dalam jangka panjang, tujuan program pemberantasan TB di Indonesia adalah memutuskan mata rantai penularan TB sampai pada prevalensi yang tidak menjadi
masalah kesehatan masyarakat. Dalam jangka pendek, program ini bertujuan untuk memperluas sarana kesehatan secara bertahap hingga mencapai minimal 70% dari total penderita TB yang ada dapat dicatat dan menyembuhkan minimal 85% dari total penderita yang ditemukan. Mulai tahun anggaran 1996/1997, pengadaan dan pendistribusian obat untuk puskkesmas dalam bentuk KOMBIPAK ke daerah dilaksanakan dengan sistem INPRES (Girsang, 2002).

Prinsip DOTS adalah mendekatkan pelayanan pengobatan terhadap penderita agar secara langsung dapat mengawasi keteraturan menelan obat dan melakukan pelacakan bila penderita tidak datang mengambil obat sesuai dengan yang ditetapkan, yaitu 2 hari berturut-turut pada fase awal atau seminggu pada fase lanjutan.

2.3.2. Pengawas Menelan Obat

Untuk menjamin kesembuhan dan mencegah resistensi serta keteraturan pengobatan dan mencegah drop out (lalai) dilakukan pengawasan dan pengendalian pengobatan dengan pendekatan DOTS melalui pengawasan langsung menelan obat oleh Pengawas Menelan Obat (PMO).

Bagi penderita TB yang rumahnya dekat dengan puskkesmas dan unit pelayanan kesehatan lainnya, maka PMO-nya adalah petugas puskkesmas sedangkan bagi penderita yang rumahnya jauh, diperlukan PMO atas bantuan masyarakat, LSM dan PPTI (Perkumpulan Pemberantasan TB Indonesia) dan PKK. Obat harus ditelan setiap hari yang disaksikan oleh PMO, jika tidak mungkin bagi penderita untuk datang setiap hari ke puskkesmas maka petugas puskkesmas harus membahasnya dengan penderita bagaimana caranya agar terjamin obat ditelan setiap hari. Sebelum pengobatan pertama kali diberikan, pengawas dan penderita harus diberi penyuluhan
singkat tentang gejala tersangka TB, mengapa periksa dahak 3 kali, pentingnya berobat secara teratur, lengkap sesuai jadwal, gejala samping OAT, cara mengatasi serta mengapa perlu periksa ulang dahak bulan ke 2, 5, 6 (kategori I) dan bulan ke 3, 7, 8 (kategori II) (Yoga, 1994)

Adapun persyaratan PMO itu sendiri adalah (Girsang, 2002)

1. Dipercaya penderita.
2. Dekat dengan rumah penderita (dalam dasawisma).
3. Bersedia melaksanakan tugas PMO.
4. Lebih mengutamakan amal dalam menolong kesembuhan penderita.

Pengawasan oleh PMO sangat diperlukan karena:

a) OAT mahal, jika tidak ditelan merupakan suatu pemborosan dan penderita tidak akan sembuh bahkan bisa resisten.

b) Jika tidak diawasi, maka tidak tahu apakah penderita menelan obat atau tidak.

c) Jika tidak menelan obat 1 kali, dengan segera ketahuan dan dapat dilacak apa penyebabnya sehingga dapat diatasi agar pengobatan dapat dilanjutkan.

*The hold chain* atau rangkaian mata rantai untuk keberhasilan program terdiri dari komponen kualitas pelayanan, penyuluhan, OAT jangka pendek, logistik, pelatihan dan supervisi serta DOTS. (Crofton, 2002)

2.3.3. Upaya Pencegahan dan Pemberantasan

Perlunya upaya pencegahan dilakukan adalah untuk menghindari terjangkitnya suatu penyakit dan dapat mencegah terjadinya penyebaran penyakit. Pada dasarnya tujuan dilakukannya upaya ini adalah untuk mengendalikan faktor-
faktor yang mempengaruhi timbulnya penyakit, yaitu yang terdiri dari penyebab (agent), tuan rumah (host), dan faktor lingkungan (environment).

Upaya pencegahan dianggap penting dan selalu diutamakan karena dapat dilakukan dengan biaya yang murah serta mudah pelaksanaannya dan hasil yang diperoleh lebih optimal. Upaya pencegahan dan pemberantasan TB Paru yang efektif antara lain:

1. Melenyapkan sumber infeksi, dengan cara penemuan penderita sedini mungkin, isolasi penderita sedemikian rupa selama masih dapat menularkan serta segera diobati apabila sudah terkena.

2. memutuskan mata rantai penularan.

3. Pendidikan kesehatan kepada masyarakat tentang penyakit TB Paru.

   Cara yang terbaik untuk memberantas penyakit ini adalah dengan memperbaiki mutu kehidupan pada umumnya, diantaranya kebiasaan hidup sehat merupakan salah satu faktor yang sangat penting disamping faktor-faktor lainnya seperti sosial ekonomi, lingkungan dan pelayanan kesehatan. Pada umumnya keadaan sosial ekonomi mempunyai pengaruh timbal balik terhadap kesehatan. Keadaan ini tidak dapat dipisahkan dari kehidupan manusia pada umumnya (Tanjung, 1998)

2.4. Pengobatan TB Paru.

   Riwayat pengobatan TB telah dimulai sebelum Robert Koch menemukan basil TB pada tahun 1882 yang lalu dengan didirikan sanatorium-sanatorium di berbagai tempat, masa ini dikenal sebagai “battle against symptom”. Setelah itu berkembang pula upaya pembedahan yang dikenal dengan masa “battle against cavity”. Pada tahun 1940-an barulah ditemukan Streptomisin, lalu INH, Pyrazimanid, Etambutol dan Rifampisin, yang dikenal dengan era “battle against TB bacilly”.

Universitas Sumatera Utara
Dasar pengobatannya terdiri dari 2 fase, yaitu *fase awal intensif* dan *fase lanjutan*. Pada fase awal intensif biasanya diperlukan sedikitnya 3 atau 4 obat, sedangkan fase lanjutan dapat diberikan 2 obat saja, baik setiap hari maupun secara *intermittent* (Crofton, 2002).

Pada tahun 1997 WHO membuat klasifikasi regimen pengobatan untuk berbagai keadaan penyakit TB, yang digolongkan ke dalam 4 kategori.

**Tabel 2.1. Alternatif Untuk Setiap Kategori Pengobatan TB**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategori Pengobatan TB</th>
<th>Pasien TB</th>
<th>Alternatif Panduan Pengobatan TB</th>
<th>Fase awal</th>
<th>Fase lanjutan (pilih salah satu)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I</td>
<td>Kasus baru TB Paru BTA (+)</td>
<td>2RHZE</td>
<td>4R₃H₃</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Kasus baru TB Paru BTA (-) dengan kerusakan parenkim yang luas</td>
<td></td>
<td>4RH</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Kasus baru dengan kerusakan yang berat pada TB ekstra pulmoner</td>
<td></td>
<td>6HE</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>II</td>
<td>TB Paru BTA (+) dengan riwayat pengobatan sebelumnya:</td>
<td>2RHZES + 1RHZE</td>
<td>5R₃H₃E₃</td>
<td>5RHE</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Kambuh</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Kegagalan pengobatan</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Pengobatan tidak jelas</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>III</td>
<td>Kasus baru TB Paru dengan BTA (-) (diluar kategori I)</td>
<td>2RHZ</td>
<td>4R₃H₃</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Kasus baru yang berat dengan TB ekstra pulmoner</td>
<td></td>
<td>4HR</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>4HE</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IV</td>
<td>Kasus kronik (sputum BTA tetap positif setelah pengobatan ulang)</td>
<td>(Merujuk ke pedoman WHO untuk digunakan sebagai obat pilihan di pusat spesialistik)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

_Sumber: WHO, 1997_

Keterangan tabel 2.1:

- **R** = Rifampicin
- **E** = Etambuthol
- **H** = INH
- **S** = Streptomycin
- **Z** = Pirazinamid
Angka di depan variabel (1, 2, 4, 5, 6) = menunjukkan durasi waktu menelan OAT (bulan).

Angka di belakang variabel (3) = menunjukkan frekuensi menelan OAT (minggu).

Prinsip umumnya adalah pengobatan TB yang didasarkan pada hasil kultur dan resistensi yang ada. Pengobatan tersebut harus memperhatikan perubahan klinik, mikrobiologik dan radiologik selama proses pengobatan dan perubahan ini menjadi panduan untuk menentukan program pengobatan selanjutnya.

Jenis obat yang dipilih tergantung dari efektivitas obat, baik dalam peranannya sebagai bakterisidal untuk menurunkan jumlah kuman secara berarti maupun sebagai sterilisasi untuk mencegah terjadinya kekambuhan.

2.4.1. Resistensi Ganda

oleh kuman TB yang resisten terhadap beberapa OAT, khususnya Rifampisin dan INH, serta kemungkinan pula ditambah OAT yang lainnya.

Resistensi ganda ini pertama kali dilaporkan di Amerika Serikat, khususnya pada penderita TB dan AIDS, yang ternyata menimbulkan angka kematian yang amat tinggi (70-90%) dalam waktu yang amat singkat (hanya 4-16 minggu lamanya antara diagnosa sampai terjadinya kematian). Kemudian dilaporkan di Hongkong terjadi 20% kasus MDR dan di Turki 35%.

Adapun penyebab terjadinya resistensi terhadap OAT adalah :

1. Pemakaian obat tunggal dalam pengobatan TB.
2. Penggunaan paduan obat yang tidak memadai, baik karena jenis obatnya yang tidak tepat maupun karena di lingkungan tersebut telah tercatat adanya resistensi yang tinggi terhadap obat yang digunakan.
3. Fenomena ‘addition syndrome’ (Crofton, 1987) yaitu suatu obat ditambahkan dalam suatu paduan pengobatan yang tidak berhasil.
4. Penggunaan obat kombinasi yang pencampurannya tidak dilakukan secara baik sehingga mengganggu bioavailabilitas obat.
5. Penyediaan obat yang tidak reguler.
6. Pemberian OAT yang tidak teratur.

Mengingat besarnya masalah yang ditimbulkan oleh kasus MDR ini, maka pemberian OAT yang benar dan diawasi secara baik merupakan salah satu kunci penting untuk mencegah dan mengatasi masalah ini.
2.4.2. Kepatuhan Berobat


2.5. Kerangka Konsep Penelitian

Adapun kerangka konsep dalam penelitian ini dapat dilihat pada gambar berikut ini:

![Diagram kerangka konsep penelitian](image)

Skema di atas menunjukkan bahwa karakteristik informan seperti umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, pengalaman, dan keyakinan mempengaruhi konsep terhadap pengawas menelan obat (PMO), pemberian OAT, petugas kesehatan dan tingkat kesembuhan. Hal ini akan mendukung atau memperkuat terbentuknya persepsi informan terhadap program pengobatan dengan strategi DOTS.