BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengetahuan

Pengetahuan merupakan perolehan dari tahu dan ini terbentuk sesudah individu melaksanakan pengindraan atas suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia yaitu indra melihat, mendengar, mencium, merasa dan meraba. Pengetahuan adalah ranah yang amat penting demi terbentuknya tindakan individu. Pengetahuan merupakan hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu individu terhadap objek lewat indera menghasilkan pengetahuan tersebut sangat ditentukan oleh intesitas persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga) dan indera penglihatan (mata) (Notoadmodjo, 2012)

Menurut Notoadmodjo, 2012 tingkatan pengetahuan dibagi menjadi :

a. Tahu (*Know*)

   Tahu didefinisikan sebagai mengingat suatu materi yang telah diajarkan lebih dahulu. Tingkat pengetahuan ini termasuk mengingat lagi (*recall*) terhadap materi tertentu dan seluruh objek yang dipelajari atau ransangan yang diterima. Oleh sebab itu “tahu” ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling dasar. Kata kerja untuk mengukur bahwa individu tahu tentang apa yang dipelajari yaitu menyebutkan, menggambarkan, mengenali, mengungkapkan dan lain sebagainya.

b. Memahami (*Comprehention*)

   Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan dengan tepat mengenai objek yang telah diketahui dan dapat menginterprestasikan secara benar. Individu yang sudah paham terhadap objek atau materi akan dapat menguraikan, menyebutkan contoh, mengambil kesimpulan, memperkirakan dan lain sebagainya terhadap suatu objek yang telai dipelajari.

c. Aplikasi (*Application*)

   Aplikasi didefinisikan sebagai suatu kemampuan untuk menerapkan materi yang dipelajari pada keadaan sebenarnya. Aplikasi yang dimaksud dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus-rumus, metode-metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau kondisi yang lain.

d. Analis (*Analysist*)

   Analis adalah suatu kemampuan untuk menyatakan materi atau suatu objek kedalam beberapa komponen tetapi masih didalam struktur organisasi tersebut dan tetap ada hubungan antara satu dengan yang lain.

e. Sintesis (*Syntesis*)

   Sintesis yang dimaksud mengarahkan pada suatu keahlian untuk melakukan atau menyambungkan beberapa bagian di dalam suatu kesatuan yang baru. Dengan arti lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun komposisi yang sudah ada.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

   Evaluasi berikatan dengan kemampuan untuk melaksanakan pembuktian atau melakukan beberapa penilaian berdasarkan suatu standar yang ditetapkan sendiri atau menggunakan standar-standar yang sudah ada.

2.2 Sikap

Sikap adalah keadaan mental dan saraf dari kesiapan yang diatur melalui pengalaman yang memberikan pengaruh dinamik atau terarah terhadap respon individu pada semua obyek dan situasi yang berkaitan dengannya (Riyanto, 2017). Berikut adalah beberapa definisi sikap dari para ahli :

a. Thurstone et al (1935) mendefinisikan sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada objek tersebut (Sugiyono, 2016).
b. LaPierre (1934) mendefinisikan sikap sebagai suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial, atau secara sederhana, sikap adalah respon terhadap stimulus sosial yang telah terkondisikan (Sugiyono, 2016)
c. Allport (1954) mendefinisikan sikap sebagai kesiapan mental, yaitu suatu proses yang berlangsung dalam diri seseorang, bersama dengan pengalaman individual masing-masing (Sugiyono, 2016).

Definisi-definisi mengenai sikap diatas dapat disimpulkan bahwa sikap adalah suatu kecenderungan dan keyakinan seseorang terhadap suatu hal yang bersifat mendekati (positif) atau menjauhi (negatif) ditinjau dari aspek afektif & kognitif dan mengarahkan pada pola perilaku tertentu. Sedangkan definisi sikap terhadap operasi peneliti simpulkan sebagai kecenderungan dan keyakinan individu mengenai operasi yang bersifat mendekati (positif) dan menjauhi (negatif) ditinjau

dari aspek afektif dan kognitif dan mengarahkan pada pola perilaku tertentu (Sugiyono, 2016).

Sikap merupakan perasaan, keyakinan dan kecenderungan perilaku yang relatif menetap (Mahmuda, 2016).

2.2.1 Komponen Sikap

Thurstone berpendapat tentang adanya komponen afektif pada sikap, Rokeach berpendapat pada sikap adanya komponen kognitif dan konatif (Walgito, 2011). Sedangkan komponen sikap menurut Mar'at 1984 (Rahayuningsih, 2008) mencakup tiga hal yaitu:

a. Komponen kognitif berhubungan dengan belief (kepercayaan dan keyakinan), ide, konsep. Bagian dari kognitif yaitu: persepsi, stereotype, opini yang dimiliki individu mengenai sesuatu (Sugiyono, 2016).
b. Komponen afeksi berhubungan dengan kehidupan emosional seseorang, menyangkut perasaan individu terhadap objek sikap dan menyangkut masalah emosi. Afeksi merupakan komponen rasa senang atau tidak senang pada suatu objek (Sugiyono, 2016).
c. Komponen perilaku / konatif merupakan komponen yang berhubungan dengan kecenderungan seseorang untuk berperilaku terhadap objek sikap (Sugiyono, 2016).

2.2.2 Pembentukan Sikap

Sikap sosial terbentuk dari adanya interaksi sosial yang dialami oleh individu. Interaksi sosial mengandung arti lebih daripada sekedar adanya kelompok sosial. Dalam interaksi sosial terjadi hubungan lain, terjadi hubungan timbal balik yang turut memperngaruhi pola perilaku masing masing individu sebagai anggota masyarakat. Diantaranya ada beberapa faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah:

a. Pengalaman pribadi apa yang telah dan sedang kita alami akan ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulasi sosial.
b. Pengaruh orang lain yang dianggap penting orang lain di sekitar kita merupakan salah satu diatara komponen sosial yang ikut mempengaruhi sikap kita. Seseorang yang kita anggap penting, sesorang yang kita harapkan persetujuannya bagi setiap gerak tingkah laku dan pendapat kita, seseorang bagi kita (*significant others*), akan banyak mempengaruhi pembentukan sikap kita terhadap sesuatu.

c. Pengaruh kebudayaan Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita.
d. Media massa Sebagai saran komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain. Mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan orang.
e. Pengaruh faktor emosional Suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego (Handhika, 2017).

2.3 Kepatuhan

Kepatuhan mengacu pada sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan instruksi petugas kesehatan (winda, 2020). Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan Terdapat lima faktor yang mendukung kepatuhan pasien, yaitu:

a. Pendidikan

   Pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan, selama pendidikan tersebut merupakan pendidikan aktif seperti menerapkan buku-buku secara mandiri oleh pasien.

b. Akomodasi

   Suatu upaya yang digunakan untuk mengenali ciri-ciri kepribadian pasien yang dapat mempengaruhi kepatuhan.

c. Mengubah aspek sosial dan lingkungan

   Meningkatnya dukungan sosial dari keluarga dan teman Kelompok pendukung dapat di bangun demi membantu kepatuhan pada beberapa program pengobatan.

d. Mengubah model terapi

   Program pengobatan bisa diterapkan sesederhana mungkin, dan pasien ikut aktif dalam penyusunan program tersebut.

e. Meningkatkan cara tenaga kesehatan berinteraksi dengan pasien

   Penting untuk memberikan umpan balik kepada pasien setelah menerima informasi tentang diagnosis (winda, 2020).

Ada empat jenis faktor yang dapat mempengaruhi ketidakpatuhan, yakni :

a. Pengetahuan tentang arahan

   Tidak ada individu yang dapat mengerti arahan ketika dia salah paham mengenai arahan yang ditujukan kepadanya.

b. Derajat interaksi

Tingginya derajat interaksi antara tenaga kesehatan dengan pasien adalah hal yang penting saat menetapkan derajat kepatuhan.

c. Isolasi lingkungan dan keluarga

Keluarga dapat menjadi aspek yang cukup dominan dalam penentuan kepercayaan dan nilai kesehatan pasien dan juga dapat menentukan bagaimana rencana pengobatan yang bias mereka dapatkan. Keluarga juga ikut serta dalam memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan dari anggota keluarga yang sakit.

d. Kepercayaan, sikap dan personal

Kepercayaan kesehatan berfungsi sebagai perkiraan jika adanya ketidakpatuhan yang terjadi (Niven, 2002).

2.4 Tuberkulosis (TBC)

2.4.1. Pengertian Tuberkulosis (TBC)

Tuberkulosis (TBC) merupakan suatu penyakit menular (*transmissible disease*) yang disebabkan oleh bakteri mycobakterium tuberkulosis bakteri ini umumnya masuk ke dalam tubuh sebuah individu melalui jalur udara pernapasan menuju keparu, selanjutnya bakteri ini akan menyebar luas ke bagian tubuh lain melalui system peredaran darah (Juliati et al., 2020)

Tuberkulosis pada manusia dibagi menjadi dua jenis yakni:

tuberkulosis primer, penyakit akan timbul pada saat terkena infeksi pertama kali, dan tuberkulosis pasca primer, bila penyakit timbul setelah selang beberapa waktu seseorang terkena infeksi dan pulih. Tuberkulosis jenis ini yang paling sering di dapati.

2.4.2 Penyebab Tuberkulosis

Tuberkulosis ditimbulkan oleh "*Mycobacterium Tuberculosis"* yang merupakan sejenis bakteri berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-4/um, dan tebal 0,3-0,6/um (Juliati et al., 2020). Bakteri disusun dari asam lemak, sehingga bakteri lebih kuat asam dan juga kebal pada gangguan kimia dan fisika, bakteri yang tidak berspora dan tidak berkapsul. Bakteri ini bersifat *aerob* (menyukai daerah yang banyak oksigen). Basil tuberkulosis sangat sensitif pada sinar matahari, sehingga bisa mati hanya dalam beberapa menit saja. Ternyata sifat sensitif semakin tinggi jika langsung terhadap gelombang ultra violet. Basil

Tuberkulosis juga sensitif pada panas lembab, jadi jika basil Tuberkulosis yang berada dalam lingkungan basa sudah akan mati bila terkena air bersuhu 100"C dalam waktu beberapa menit saja. Basil tuberkulosis juga mati jika dalam beberapa menit terkena alkohol 70%, atau lisol 5% (Juliati et al., 2020).

2.4.3 Patogenesis

Aspek-aspek yang berpengaruh terhadap Patogenesis adalah:

a. Adanya asal infeksi:
   i. Penderita dengan kasus terbuka.
   ii. Hewan yang menderita TBC (meskipun jarang ditemukan).
b. Banyaknya basil sebagai penyebab infeksi harus memenuhi.
c. Virulensi yang meningkat dari basil TBC.
d. Imun tubuh yang menurun menyebabkan basil tumbuh dan situasi ini menyebabkan timbulnya penyakit TBC.

Penurunan imun dipengaruhi oleh :

a. Faktor genetik: adalah sifat alami yang diwariskan sehingga individu gampang terjangkit TBC dibandingkan individu lain.
b. Faktor umur.
c. Faktor sosial : gizi, perumahan, pekerjaan.
d. Bahan toksik: alkohol, rokok, kortikosteroid.
e. Faktor imunologis: infeksi primer, vaksinasi BCG
f. Kondisi/penyakit yang mempercepat terjadinya infeksi : diabetes mellitus, pneumoconiosis, keganasan, parsial gastrektomi.
g. Faktor psikologis

proses bisa menyebar dengan cara :

i. penyebaran langsung basil TBC ke tempat di sekitarnya
ii. perluasan basil TBC melalui saluran nafas (Brongenik, ductal, canalicular dissemination).
iii. penyebaran basil TBC melalui saluran limfe. Penyebaran secara limfogen inilah yang bertanggung jawab terhadap proses di pleura, dinding toraks dan tulang belakang.
iv. penyebaran hematogen.

Penyebaran dengan cara ini menghasilkan TBC milier, tetapi harus tetap melengkapi berbagai persyaratan terlebih dahulu, diantaranya :

i. Tahap berawal dari paru-paru dan telah menyebar sampai menjalani vena pulmonalis.
ii. berakhirnya proses yang terjadi di dinding vena mengakibatkan basil TBC masuk kealiran darah menuju ketempat lainnya.
iii. basil TBC dihasilkan oleh kelenjar mediastinum yang pecah (umumnya TBC primer) atau,
iv. penyebaran yang bermula dari TBC ekstra pilmoner (Hasibuan, 2019).

2.4.4 Perjalanan penyakit

Tahap perjalanan penyakit dipisahkan menjadi dua yaitu tuberculosis primer dan tuberculosis pasca primer (Purba, 2020).

a. Tuberculosis primer (infeksi primer)

Tuberculosis primer timbul pada orang yang tidak memiliki imunitas sebelumnya terhadap *Mycobacterium tuberculosis.* Penyebaran Tuberkulosis terjadi disebabkan oleh kuman yang dibatukkan atau dibersinkan menjadi percikan dahak (*droplet nucleic*) di udara. Infeksi primer terjadi ketika individu terpapar pertama kali dengan bakteri Tuberkulosis. Infeksi bermula ketika bakteri Tuberkulosis sukses berkembang biak dengan proses pembelahan diri di paru-paru, yang memicu terjadinya infeksi hingga pembentukan kompleks primer sekitar 4-6 minggu. Adanya infeksi dapat ditunjukkan dengan adanya perubahan reaksi tuberkulin dari negatif menjadi positif. Kompleks primer ini kemudian dapat berkembang menjadi:

i. Sembuh total tanpa mengakibatkan cacat
ii. Sembuh tetapi meninggalkan bekas yang minim yakni garis-garis fibrotik, klasifikasi di hilus atau sarang
iii. Berkomplikasi dan meluas secara:
    1) *perkontinuiatum* yaitu dengan menyebar kedaerah lainnya
    2) secara bronkogen ke paru sebelahnya, bakteri tertelan dengan sputum dan ludah sehingga meluas ke usus
    3) secara limfogen ke organ-organ tubuh yang lainya
    4) secara hematogen ke organ-organ tubuh yang lainya

b. Tuberculosis pasca primer

Tuberkulosis pasca primer biasanya terjadi setelah beberapa bulan/tahun setelah infeksi primer, contohnya disebabkan daya imun tubuh menurun karena infeksi HIV/status gizi yang tidak baik. (Hasibuan, 2019).

2.4.5 Gejala klinis penyakit TBC

Gejala klinis penyakit TBC dibagi menjadi :

a. Gejala repiratorik

1. Batuk

   Kondisi ini terjadi karena infeksi di bronkus, sebagai respon tubuh untuk mengeluarkan atau menghilangkan produksi radang, dimulai dari batuk kering sampai batuk berdahak (menghasilkan sputum) timbul dalam jangka waktu kurang dari 30 hari.

2. Sesak napas

   Terjadi saat proses lanjut ketika infiltrasi radang hingga setengah paru.

3. Nyeri dada

   Jarang terjadi, sakit timbul jika infiltrasi radang hingga ke pleura dan menimbulkan pleuritis.

4.batuk darah

Saat batuk berdarah, darah yang dihasilkan bisa berbeda-beda, kadang terlihat seperti bergaris, bercak-bercak, bergumpal dan berupa darah segar. Hal ini disebabkan karena pembuluh darah yang pecah, ringat dan beratnya batuk jenis ini ditentukan dari seberapa kecil dan besar pembuluh darah yang pecah.

b. Gejala sistemik

1. Demam

   Tanda ini biasanya dijumpai saat petang hari dan juga pada malam hari sama saat terjadi demam flu dan hilang timbul.

2. Malaise

   Dikatakan berupa anoreksia dan berat badan menurun, pusing, radang sendi, dan mengeluarkan keringat di malam hari (Juliati L, 2020).

Pada tipe infeksi primer ada terdapat tanda gejala dan pulih sendiri atau bisa berupa gejala pneumonia, yaitu batuk dan panas ringan. Gejala tuberkulosis primer bisa juga pleuritis dengan efusi pleura atau dalam bentuk yang lebih berat lagi, yaitu berupa nyeri pleura dan sesak napas. Tanpa pengobatan tipe infeksi primer dapat pulih dengan sendirinya, hanya saja keberhasilan pulih hannya sekitar 50%. Pada kasus tuberkulosis post primer ada gejala penurunan berat badan, keringat dingin di malam hari, temperatur subfebris, batuk berdahak dua

minggu lebih, sesak napas, hemoptisis karena lukanya pembuluh darah di sekitar bronkus, sehingga menyebabkan bercak-bercak darah pada sputum, sampai ke batuk darah yang padat. Tuberkulosis dapat meluas ke organ-organ sehingga terjadi beberapa gejala yakni meningitis, tuberkulosis miliar, peritonitis dengan fenomena papan catur, dan Tuberkulosis pada kelenjar limfa di leher, yaitu berupa skrofuloderma.

2.5 Obat Anti Tuberkulosis (OAT)

2.5.1 Pengertian Obat Anti Tuberculosis (OAT)

Obat anti tuberculosis (OAT) bukan jenis obat tunggal, namun kombinasi antara beberapa jenis obat, yakni isoniazid (INH), rimfampisin, pirasinamid, dan etambutol ditahap intensif serta isoniazid, rifampisisn pada tahap lanjutan. OAT kategori I terbagi menjadi dua tahap:

a. Pengobatan tahap intensif awal:

Didalam satu tablet obat memiliki kandungan RHZE (Rifampisin 150 mg. Isoniazid 75 mg. Pirazinamid 400 mg dan Etambutol 275 mg) supaya dikomsumsi selama 2 bulan dengan aturan pakai diminum setiap harinya.

b. Pengobatan tahap lanjutan :

Didalam 1 tablet obat mengandung RH (Rifampisin 150 mg dan Isoniazid 150 mg) untuk dipakai selama 4 bulan dengan aturan pakai dimakan sebanyak tiga kali dalam seminggu. Obat ini diberikan kepada:

i. Pasien penderita baru TBC BTA positif yakni penderita yang belum pernah diobati dengan OAT (Obat Anti Tuberkulosis) atau sudah pernah mengkonsumsi OAT (Obat Anti Tuberkulosis), kurang dari bulan (30 dosis perhari).

ii. Penderita TBC negativ rontgen positif yang sakit akut yakni dari ketiga dahak yang diperiksa hasilnya negative namun hasil rontgen menyatakan kerusakan paru yang sudah cukup parah.

iii. Penderita TBC Extra Paru akut merupakan Tuberkulosis yang menyerang organ-organ tubuh yang lain selain paru, TBC tulang belakang, TBC usus, TBC saluran kemih dan alat kelamin.

OAT kategori II terdiri dari 2 bagian:

a. pengobatan tahap intensif dalam satu tablet berisi Isoniazid 75 mg, Rifampisin 150 mg. Pirazinamid 400 mg. Etambutol 275 mg yang diberikan

selama 3 bulan, suntikan Streptomisin setiap hari selama 2 bulan (suntikan sebanyak 60 kali).

b. pengobatan tahap lanjutan : dalam satu tablet berisi Isoniazid 150 mg. Rifampisin 150 mg yang diberikan selama 5 bulan dan satu tablet lagi beris Etambutol 400 mg yang diberikan tiga kali seminggu. Obat ini deberikan untuk:
   A. penderita kambuh
   B. penderita gagal
   C. Penderita dengan pengobatan setelah acuh, Obat Tuberkulosis yang dikonsumsi sebelum makan pagi adalah Isoniazid dan Rifampisin (Kemenkes RI, 2011).

2.5.2 Komponen Obat Anti Tuberkulosis (OAT)

Komponen Obat Anti Tuberkulosis biasanya dibedakan menjadi dua bagian yakni : obat-obat primer dan juga obat-obat sekunder. Obat Primer diantaranya: Isoniazid, Rifampisin, Pirazinamid dan Etambutol. Obat-obat ini yang sangat mujarab dan yang paling minim toksisitasnya, tetapi juga bisa menyebabkan resistensi dengan instan jika dipakai sebagai obat tunggal. Karena itu terapi selalu dilaksanakan dengan kombinasi dari 3-4 obat.

Obat Sekunder: Streptomisin, klofazimin, fluokinolon dan sikloserin. Obat-obatan ini mempunyai aktivitas yang lebih rendah dan lebih toksis, karena itu hanya dipakai jika ditemukan resistensi pada obat-obat primer (kemenkes RI, 2011).

Faktor–faktor yang dapat menghambat pengobatan Tuberkulosis yakni:

a. Minimnya daya tahan hospes pada mikrobakteria
b. Kurangnya daya bakterisid obat-obatan yang ada
c. Kebalnya bakteri terhadap obat
d. Masalah efek samping

obat-obatanya yakni :

1. Isoniazid

   Obat ini disebut juga dengan INH (*Isonikotinil hidrazid*) dan memiliki sifat bakterisid. Ditemukan bahwa 90% populasi kuman dapat punah hanya beberapa hari pertama pengobatan. Obat ini sangat manjur pada bakteri yang sedang dalam pertumbuhan. Dosis perhari : 300-400 mg, Mekanisme kerja: INH sebagai molekul tidak terionisasi bisa menelusuri membran sitoplasma bakteri dan sesudah di dalam sel, INH akan membentuk asam isonikotinat

yang nantinya mengambil alih tempat asam nikotinat yang mengakibatkan tahap metabolisme bakteri terganggu, Efek samping: Timbulnya toksisitas disaraf tepi, kesemutan, nyeri otot atau gangguan kesadaran, timbulnya kelainan pada kulit seperti gatal.

2. Rifampisin

Memiliki sifat bakterisid, dapat mematikan kuman yang bersifat aktif yang tidak dapat dibunuh oleh isoniazid. Dosis perhari :450-600 mg, Mekanisme kerja : Menghalangi polymerase RNA mikobakteri dengan menghambat terbentuknya rantai sisntesis RNA. Efek samping: Ruam kulit, demam, menggigil nyeri tulang, mual, muntah dan kemungkinan terjadi diare.

3. Pirazinamid

Bersifat bakterisid, dapat mematikan kuman yang ada didalam sel dalam suasana asam. Dosis perhari: 30 mg/kgBB, Mekanisme kerja: saat diubah menjadi asam pirazinat oleh enzim pyrazinamidase yang berasal dari basil TBC. Ketika pH dalam makrofag direndahkan, maka kuman yang ada di "sarang" infeksi yang asam bisa mati. Kegunaannya ditingkatkan oleh Isoniazid. Obat ini hanya digunakan pada fase intensif, pada fase pemeliharaaan hanya bila terdapat pada fase intensif. Pada fase pemeliharaan hanya jika ditemukan multiresistensi. Efek samping: Hepatitis, nyeri sendi, demam, mual dan kemerahan pada kulit.

4. Streptomisin

Memiliki sifat bakterisid pada berbagai bakteri Gram-negatif dan Gram-positif termasuk *M.tuberculosa*. Dosis perhari : i.m 0,5-1 g, maksimal 2 bulan. Pasien yang berusia hingga 60 tahun dosisnya 0,75 g/hari sedangkan diusia 60 tahun atau lebih diberikan 0,50 g/hari, Mekanisme kerja: menghambat sintesa protein kuman, dengan peningkatan RNC ribosomal. Efek samping: yang paling utama perusakan syaraf yang berikatan dengan kesetaran dan pendengaran yang bisa menyebabkan ketulian. Efek samping lainnya yakni demam, sakit kepala, mual dan eritema dikulit.

5. Etambutol

Memiliki sifat bakteriostatik. Obat ini menekan penghambatan sintesa RNA pada bakteri yang sedang membelah diri. Dosis perhari :20-25 mg/kg Mekanisme kerja: Menurut penghambatan sintesa RNA pada bakteri yang sedang membelah diri. Efek samping : Timbulnya gangguan penglihatan yaitu menurunnya ketajaman mata, buta wama khusus merah dan hijau. Efek samping lainnya yaitu nyeri sendi, sakit kepala dan gangguan saluran pencernaan (Kemenkes RI, 2011).

2.5.3 Panduan Obat Anti Tuberkulosis

A. OAT kategori I (2HRZE/4H3R3)

Fase intensif terdiri dari isoniazid (H), rifampicin (R), pirazinamid (Z) dan ethambutol (E). Obat-obatan ini diberikan 1 kali sehari selama 2 bulan (2HRZE) selanjutnya diteruskan ke tahap berikutnya yang terdiri dari isoniazid (H) dan rifampicin (R), dikomsumsi 3 kali didalam seminggu selama 4 bulan (4H3R3).

Obat kategori I diberikan untuk:

a. Penderita baru TBC paru BTA (+)
b. Penderita TBC (-) dengan rontgen (+)
c. Penderita TB extra paru

B. Kategori-2 (2HRZES/ HRZE/ 5H3R3E3) Paduan OAT ini diberikan untuk pasien BTA positif yang telah diobati sebelumnya:

1. Pasien kambuh
2. Pasien gagal
3. Pasien dengan pengobatan setelah putus berobat.

C. OAT sisipan (HRZE) Paket sisipan KDT yakni persis seperti paduan paket untuk fase intensif kategori 1 yang diberikan selama sebulan (28 hari).

D. TB Paru pada kasus berhenti berobat Pasien TBC kasus lalai berobat, akan dilakukan pengobatan ulang sesuai dengan syarat-syarat berikut:

a. Berobat > 4 bulan

1. BTA saat ini negative Klinis dan radiologi tidak aktif atau ada perombakan dikarenakan itu pengobatan OAT diberhentikan. Jika gambaran radiologi aktif, dilakukan analisis selanjutnya guna menetapkan diagnosis TBC dengan memperkirakan juga kemungkinan penyakit paru lain. Jika benar TBC maka pengobatan dimulai dari awal dengan paduan obat yang lebih kuat dan jangka waktu pengobatan yang lebih lama.
2. BTA sekarang ini positif dimulai dari awal dengan paduan obat yang lebih kuat dan jangka waktu pengobatan yang panjang.

b. Berobat < 4 bulan

i. Jika sampel swab positif, pengobatan dimulai kembali dengan kombinasi obat yang lebih kuat dan dengan durasi pengobatan yang lebih panjang.

ii. Jika sampel swab negatif, hasil rontgen dada positif TBC aktif pengobatan harus dilanjutkan semaksimal mungkin dan tes resistensi terhadap OAT harus di evaluasi (Kemenkes RI.2011).

Hasil pengobatan pasien TB BTA positif

a. pasien sembuh

   Perawatan pasien sepenuhnya selesai dan pemeriksaan ulang pada spesimen dahak (lanjutan) negatif untuk AP

   dan pada pemeriksaan sebelumnya.

b. Pasien mendapatkan pengobatan yang lengkap merupakan pasien yang sudah menuntaskan pengobatan secara lengkap namun tidak ada hasil pemeriksaan kultur sputum berulang pada AP dan dalam satu pemeriksaan sebelumnya.

c. Pasien meninggal

   Seorang pasien yang meninggal karena sebab apapun sepanjang melakukan pengobatan.

d. Pasien berhenti berobat (*default*) merupakan pasien yang sudah tidak menjalani pengobatan selama dua bulan berturut-turut atau lebih sebelum masa pengobatannya berakhir.

e. Pasien gagal pengobatan

   merupakan Pasien yang hasil pemeriksaan dahak yang diambil tetap positif atau kembali lagi positif pada bulan kelima atau lebih selama menjalani pengobatan.

f. Pasien pindah lokasi pengobatan (*Transfer out*)

   Merupakan pasien yang dipindahkan ke unit pencatatan dan pelaporan (*register*) berbeda.

g. Pasien capai keberhasilan pengobatan (*treatment success*)

   Total pasien yang pulih dan pengobatan lengkap. Diterapkan pada pasien dengan swab atau biakan positif (Kemenkes RI, 2011).

2.5.4 Pengawas Menelan Obat (PMO)

Untuk menjamin pemakaian obat secara efisien oleh pasien, perlu ada pengawasan. Hal ini dilakukan oleh pengawas menelan obat (PMO). Sebaliknya PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, pkk, atau tokoh masyarakat lainnya. Hendaknya PMO adalah seorang yang dikenal, dipercaya dan disetujui baik oleh petugas kesehatan ataupun penderita.

Seorang PMO bertugas mengawasi penderita agar menelan obat secara teratur sampai pengobatan selesai, member dorongan kepada penderita agar mau berobat, mengingatkan penderita untuk periksa ulang dahak serta member penyuluhan kepada anggota keluarga TBC yang mempunyai gejala-gejala tersangka TBC untuk segera memeriksakan diri (lusiana, 2020).

Persyaratan menjadi PMO (Pengawas Menelan Obat) yaitu:

a. Seseorang yang dikenal, dipercaya dan disetujui baik oleh petugas kesehatan maupun pasien, selain itu harus disegani dan dihormati oleh pasien.
b. Seseorang yang tinggal dekat dengan pasien.
c. Bersedia membantu pasien dengan sukarela.
d. Bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama dengan pasien

2.5.5 Tujuan dan Prinsip pengobatan

Tujuan pengobatan TBC yakni :

a. memulihkan kondisi pasien dan memperbaiki kinerja tubuh serta peningkatan kualitas hidup.
b. Mencegah adanya kasus kematian oleh karena Tuberkulosis atau hal buruk selanjutnya.
c. Menhindari timbulnya kekambuhan Tuberkulosis
d. Meminimkan penyebaran Tuberkulosis
e. Mencegah terjadinya penularan resistensi obat-obat Tuberkulosis resisten.

Prinsip pengobatanTBC yakni :

a. Pengobatan diterapkan dalam bentuk gabungan OAT yang tepat berisi setidaknya ada empat jenis obat-obatan untuk mencegah timbulnya resistensi.
b. Diberikan ketentuan dosis yang tepat
c. Dikomsumsi secara teratur dan diawasi langsung oleh Pengawas Menelan Obat (PMO) hingga selesai pengobatan.
d. Pengobatan diterapkan dalam jangka waktu yang sesuai, dibagi menjadi tahap awal (intensif) dan tahap lanjutan untuk mencegah kekambuhan (Kemenkes RI,2011).

2.6 Puskesmas

Pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) adalah institusi kesehatan yang melaksanakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan ditingkat pertama, dengan lebih memprioritaskan upaya promotif (promosi) dan preventif (pencegahan), guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya di wilayah kerjanya. Sarana kesehatan merupakan suatu tempat yang dipakai untuk menyelengarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif (promosi), preventif (pencegahan), kuratif (penyembuhan), maupun rehabilitatif (pemulihan) yang diterapkan oleh negara, pemerintah daerah atau masyarakat. Upaya kesehatan perorangan (UKP) merupakan suatu kegiatan dan/atau serangkaian pelayanan kesehatan yang dimaksudkan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan jumlah penderita akibat penyakit dan pemulihan kesehatan individu.

Puskesmas memiliki tugas menerapkan kebijakan kesehatan guna mencapai tujuan peningkatan kesehatan di wilayah kerjanya dalam wujud mendukung tercapainya kesehatan (Permenkes RI No 75 Tahun 2014).

2.6.1 Tujuan puskesmas

Tujuan puskesmas adalah meningkatkan tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional yakni kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat untuk setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas agar tercapainya derajat kesehatan yang setinggi tingginya dalam rangka mewujudkan Indonesia sehat (Permenkes RI No 75 Tahun 2014).

2.6.2 Fungsi dan wewenang puskesmas

Fungsi puskesmas diantaranya:

a. Pusat penggerak pembangunan berorientasi kesehatan.
   Puskesmas senantiasa berupaya mendorong serta mengawasi penyelenggaraan pembangunan lintas sektor, termasuk melalui masyarakat dan usaha-usaha di wilayah kerjanya sehingga memiliki untuk membantu pembangunan kesehatan.
b. Puskesmas pemberdayaan masyarakat.
   Puskesmas senantiasa berusaha supaya individu terkhusus keluarga dan masyarakat mempunyai pemahaman, keinginan dan keahlian merawat pribadi dan upaya masyarakat guna hidup sehat, ikut serta

untuk mengusahakan urusan kesehatan termasuk juga sumber dana, dan ikut serta dalam memantapkan, melaksanakan dan mengawasi pelaksanaan rancangan kesehatan. Pemberdayaan individu, keluarga dan masyarakat ini dilaksanakan dengan memonitor kondisi dan situasi, terutama budaya masyarakat setempat.

c. Pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama.

Puskesmas bertanggung jawab menjalankan pelayanan kesehatan Puskesmas, meliputi: tingkat pertama secara komprehensif, terintegrasi dan berkelanjutan.

Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggung jawab:

i. Pelayanan kesehatan perorangan

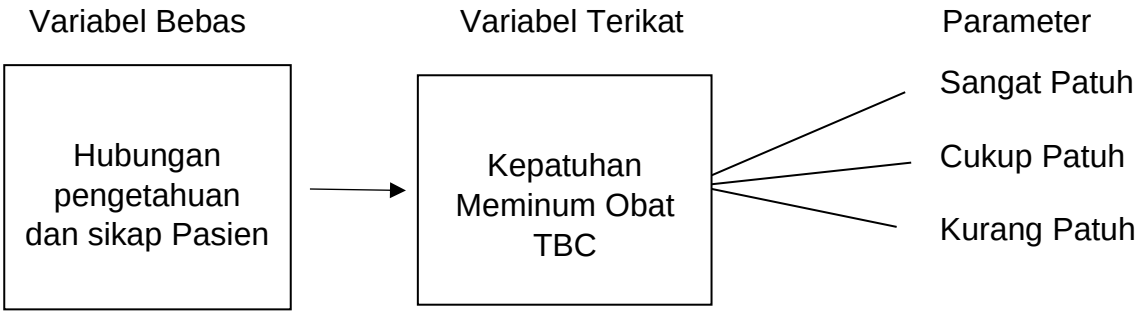
Merupakan pelayanan yang bersifat individu dengan maksud utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan individu.

ii. Pelayanan kesehatan masyarakat

Sifatnya umum, bertujuan memelihara kesehatan dan mencegah penyakit tanpa melupakan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat ini antara lain merupakan promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, pemeliharaan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, kesehatan jiwa serta program kesehatan lainya (Permenkes RI No 75 Tahun 2014).

2.7 Kerangka Konsep

Berdasarkan tujuan penelitian diatas maka kerangka konsep dalam penelitian adalah:



Gambar 2 1 Kerangka Konsep

2.8 Defenisi Operasional

a. Tingkat pengetahuan terhadap kepatuhan penggunaan obat TBC pada pasien merupakan hasil dari pengetahuan yang dimiliki pasien terhadap kepatuhan penggunaan obat yang diukur memakai kuisioner dengan skala Guttman.
b. Sikap adalah suatu respon dari pasien TBC terhadap kepatuhan minum Obat Anti Tuberculosis (OAT) yang dapat diukur menggunakan skala likert, dengan hasil ukur baik, cukup baik, kurang baik, tidak baik.
c. Kepatuhan adalah sejauh mana pasien mengikuti instruksi atau saran medis.

2.9 Hipotesis

1. H0 : tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan sikap pasien terhadap kepatuhan minum obat Tuberculosis di Puskesmas Sentosa Baru Kota Medan.
2. H1: terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan sikap pasien terhadap kepatuhan minum obat Tuberkulosis di Puskesmas Sentosa Baru Kota Medan.