

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tuberkulosis

##### 1. Definisi tuberkulosis

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis* yang sebagian besar menyerang paru dan dapat menyerang organ tubuh lain<sup>13</sup>

Indonesia merupakan negara ke dua dengan penderita tuberkulosis terbanyak setelah India, pada tahun 2016 insiden tuberkulosis di Indonesia sebesar 391 per 100.000 penduduk<sup>6</sup> dan angka insiden di kota Semarang 77 per 100.000 penduduk.<sup>23</sup>

##### 2. Cara penularan

Cara penularan penyakit tuberkulosis adalah pasien TB Bakteri tahan asam (BTA) positif melalui percikan dahak yang keluar saat pasien TB batuk atau bersin. Faktor yang memungkinkan orang sehat terinfeksi bakteri TB ditentukan konsentrasi percikan dalam udara dan lama menghirup. Daya penularan pasien TB BTA Positif tergantung tinggi rendahnya derajat kepositifannya, semakin positif berarti semakin banyak bakteri yang dikeluarkan dari parunya<sup>3</sup>.

Bakteri tuberkulosis dapat bertahan lama dan dalam kondisi rumah yang memiliki lantai yang tidak kedap air seperti lantai plester semen yang rusak/papan/tanah<sup>24</sup>, jenis rumah dengan dinding yang tidak kedap air seperti bambu dan bata yang tidak terplester, ventilasi yang tidak sesuai standar luas bangunan sehingga mengurangi kemungkinan matahari masuk dan udara dari luar untuk saling bertukar. Kondisi lantai, dinding dan ventilasi rumah tersebut dapat meningkatkan kelembaban udara, tingginya kelembaban udara dan minimnya sinar matahari yang masuk ke rumah merupakan tempat yang ideal untuk hidup dan berkembang bakteri penyebab TB<sup>25</sup>.

Seseorang yang beresiko terkena TB ketika memiliki kontak erat dengan pasien TB, seseorang dengan status gizi rendah, seseorang dengan daya tahan tubuh rendah seperti orang dengan HIV/AIDS<sup>26</sup>.

3. Klasifikasi penyakit dan tipe

a. Klasifikasi berdasarkan organ tubuh yang terkena

Tuberkulosis paru dan tuberkulosis ekstra paru. Tuberkulosis paru adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan (parenkim) paru tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus.<sup>27</sup> Dibandingkan TB ekstra paru, penderita TB paru lebih dominan. Pada tahun 2016 di kota Semarang, dari keseluruhan kasus TB yang ditemukan 79,56 % diantaranya adalah penderita TB paru.

b. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis adalah tuberkulosis paru BTA positif dan tuberkulosis paru BTA negatif. Tuberkulosis paru BTA positif yaitu jenis TB paru yang dalam dahaknya ketika pemeriksaan mikroskopis ditemukan bakteri<sup>27</sup>. Selain secara mikroskopis pasien TB paru BTA positif juga dapat ditemukan dari hasil pemeriksaan rontgen, dimana semakin tinggi derajat kepositifannya, maka lesi yang dihasilkan akan semakin lebar<sup>28</sup>. Pasien dengan BTA positif tiap tahunnya mampu menularkan pada 10-15 orang<sup>2</sup>. Daya tular pasien TB BTA positif dipengaruhi derajat kepositifannya. Pasien dengan BTA (+++) lebih menular dari pada pasien paru BTA (+) dan menurut penelitian di Padang pasien BTA (+++) lebih banyak ditemukan dari pada BTA (+) dan BTA (++)<sup>29</sup>.

a. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan

Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya disebut sebagai tipe pasien kasus baru dan kasus yang sebelumnya diobati. Pasien yang sebelumnya pernah diobati terdiri dari kasus kambuh (*Relaps*), kasus setelah putus berobat (*Default/Drop Out*), kasus setelah gagal (*Failure*) dan kasus pindahan (*Transfer In*)<sup>27</sup>.

#### 4. Pengobatan tuberkulosis

Pengobatan tuberkulosis terbagi menjadi 2 fase yaitu fase intensif (2-3 bulan) dan fase lanjutan 4 atau 7 bulan. Panduan obat yang digunakan terdiri dari paduan obat utama dan tambahan.<sup>30</sup>.

##### a) Tahap intensif

Pada tahap intensif penderita meminum obat setiap hari dan harus diawasi oleh pengawas menelan obat (PMO). Penderita TB menular akan menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu, jika tahap ini penderita meminum obat secara tepat dan dalam waktu 2 bulan penderita TB paru BTA Positif akan menjadi BTA Negatif dalam waktu 2 bulan<sup>7</sup>.

##### b) Tahap lanjutan

Pada tahap lanjutan penderita TB akan mendapat jumlah obat yang lebih sedikit dari ada tahap intensif akan tetapi dengan waktu lebih lama. Tahapan ini untuk mematikan bakteri yang sedang *dorman* untuk mencegah kekambuhan<sup>7</sup>.

Kunci dari pengobatan TB adalah kepatuhan dan keteraturan menelan obat. Pasien TB yang tidak teratur meminum obat berisiko mengalami kekambuhan (*Relaps*) 9,450 kali dari pada yang teratur minum obat<sup>31</sup>. Untuk mempercepat kesembuhan pasien TB selain mengonsumsi Obat Anti Tuberkulosis (OAT) secara tepat, juga disarankan untuk mengonsumsi Vit D untuk mempercepat kesembuhan dengan parameter pemeriksaan sputum mikroskopis dan gambaran radiologis<sup>32</sup>.

#### B. *Drop Out* Pengobatan Tuberkulosis

##### 1. Definisi

*Drop out* pengobatan TB adalah penderita TB yang telah melakukan pengobatan lebih dari 1 bulan dan tidak mengambil obat 2 bulan berturut-turut atau lebih sebelum masa pengobatan selesai.

Untuk pasien *drop out* ini maka petugas akan melacak keberadaan penderita dan diberi penyuluhan tentang pentingnya melakukan

pengobatan secara teratur. Jika penderita akan melanjutkan pengobatan maka akan dilakukan pemeriksaan dahak terlebih dahulu. Jika pemeriksaan dahak positif maka akan memulai dengan pengobatan pada kategori-2 dan jika hasil pemeriksaan negatif maka akan melanjutkan sisa pengobatan kategori-1 lanjutan.<sup>7</sup> Pada umumnya pasien yang melakukan *drop out* pengobatan setelah diperiksa dahak tetap positif<sup>4</sup>.

Faktor yang menyebabkan kegagalan pengobatan (*Failure*) TB di Indonesia 50% diantaranya disebabkan oleh *drop out* pengobatan. Angka *drop out* pengobatan TB di Indonesia yang ditentukan pemerintah maksimal sebesar 10%. Ketika angka *drop out* pengobatan TB masih dibawah 10%, maka hal ini akan menurunkan kasus pengobatan berulang (*Relaps*) 10-20% ditahun yang akan datang<sup>27</sup>.

Seseorang yang *drop out* pengobatan mempunyai resiko 2,3 kali lebih besar untuk terkena TB *Multi Drug Resistant* (MDR), dari pada pasien TB yang berobat teratur<sup>33</sup>. TB MDR, yaitu seseorang yang mengalami kekebalan multi terhadap obat anti TB, yang memunculkan bakteri lebih kuat). Pasien TB MDR harus menjalani pengobatan yang lebih lama, obat lebih banyak, efek samping pengobatan lebih buruk dan tingkat kesembuhan rendah<sup>14</sup> bahkan menyebabkan kematian<sup>2</sup>. Selain itu Pasien TB MDR memungkinkan melakukan penularan bakteri resisten pada orang sehat, sehingga orang yang belum pernah terkena TB bisa langsung terkena TB MDR ketika tertular bakteri resisten<sup>15</sup>.

2. Faktor yang berhubungan dengan *drop out* pengobatan TB paru
  - a. Usia

Pasien yang melakukan *drop out* pengobatan 75% merupakan pasien TB dengan usia produktif. Pasien dengan usia produktif sebagian besar memiliki tingkat mobilitas yang tinggi, sehingga kemungkinan besar tidak teratur menelan obat sesuai aturan<sup>19</sup>.

b. Jenis kelamin

Sebagian besar pasien TB yang melakukan *drop out* pengobatan adalah laki-laki, umumnya laki-laki merupakan kepala keluarga dan pencari nafkah utama di dalam keluarga. Aktifitas dan mobilitas yang tinggi menyebabkan penderita tidak teratur menelan obat<sup>19</sup>.

c. Pendidikan

Pasien TB yang melakukan *drop out* pengobatan sebagian besar berpendidikan SMP<sup>19</sup>. Masyarakat yang berpendidikan <SMP dua kali lebih besar beresiko melakukan *drop out* pengobatan dari pada yang berpendidikan lebih tinggi dari SMP<sup>16</sup>. Rendahnya tingkat pendidikan berhubungan dengan rendahnya daya serap informasi sehingga dapat mempengaruhi kemampuan untuk menerima informasi tentang penyakit<sup>19</sup>.

d. Tingkat pengetahuan

Penderita TB yang melakukan *drop out* pengobatan sebagian besar (75%) tidak mengetahui penyebab TB, meski 100% mengetahui cara penularanya. Semua penderita juga mengetahui berapa lama pengobatan yang harus dilakukan, tetapi hanya setengah saja yang mengetahui efek buruk dari berhenti pengobatan<sup>18</sup>. Seluruh narasumber yang melakukan *drop out* tidak mengetahui tahapan pengobatan TB<sup>20</sup>.

e. Pendapatan keluarga

Masyarakat yang tergolong miskin beresiko *drop out* 2,2 kali lebih besar dibanding masyarakat kaya<sup>16</sup>. Penyakit TB banyak diderita orang dengan pendapatan rendah, sehingga uang yang digunakan untuk transportasi atau waktu yang digunakan untuk mengambil obat dirasa tidak menguntungkan secara perekonomian<sup>18</sup>. Menurut penelitian di Tegal biaya adalah satu faktor menghentikan pengobatan. pasien yang berhenti pengobatan ini memilih jenis obat yang tidak gratis. Di tempat pengambilan obat disediakan obat yang gratis dengan sediaan dalam 1 kapsul

berisi 4 obat, sehingga ketika pasien minum dan ada efek samping pengobatan, petugas tidak mengetahui dari jenis kandungan yang mana yang menyebabkan efek samping di pasien. Sedangkan obat yang pembiayaan mandiri 1 paket terdiri 4 obat yang dipisah, jadi saat mengalami efek samping akan mudah diatasi<sup>20</sup>.

f. Efek samping obat

Pasien yang mengalami efek samping obat akan berpotensi 13,5 lebih besar untuk melakukan *drop out* pengobatan<sup>21</sup> awal dan pusing dijumpai pada 25% pasien yang *drop out* pengobatan, selain itu ada yang mengalami gangguan pendengaran dan kaki bengkok<sup>20</sup> dan sayangnya informasi ini tidak diberitahukan pada petugas dan mereka memutuskan untuk berhenti berobat<sup>18</sup>.

g. Jarak rumah dengan tempat pengambilan obat

Penderita yang memiliki akses ke fasilitas kesehatan sangat jauh berpotensi melakukan *drop out* pengobatan sebesar dua kali lebih besar dibanding penderita dengan akses yang dekat dengan fasilitas kesehatan<sup>16</sup>. Penelitian di Salatiga pasien yang jauh berpotensi melakukan *drop out* pengobatan 11 kali lebih besar dari pada yang memiliki jarak dekat dengan pusat kesehatan. Penelitian di kota Malang 50% penderita TB yang *drop out* pengobatan memiliki jarak rumah yang jauh dengan puskesmas<sup>18</sup>. Jauhnya jarak rumah dengan tempat pengambilan obat berhubungan dengan *drop out* pengobatan. Semakin jauh jarak rumah dengan tempat pengambilan obat maka waktu tempuh akan semakin lama dan penderita merasa waktu tempuh lebih baik digunakan untuk aktivitas lain<sup>17</sup>.

h. Faktor pelayanan kesehatan

Untuk pasien *drop out* ini maka petugas akan melacak keberadaan penderita dan diberi penyuluhan tentang pentingnya melakukan pengobatan secara teratur, tetapi hanya 50% yang didatangi oleh petugas<sup>18</sup>.

i. Motivasi penderita dan keluarga

Penderita yang memiliki motivasi untuk sembuh yang rendah berkemungkinan untuk *drop out* 27 kali lebih besar dengan penderita TB yang memiliki motivasi yang tinggi<sup>17</sup>. Motivasi penderita yang rendah dikarenakan rendahnya keinginan penderita untuk sembuh, karena penderita TB merasa bosan dengan pengobatan dengan jangka waktu lama dan obat harus diminum secara teratur. Rendahnya motivasi keluarga pun berhubungan dengan *drop out* pengobatan TB. Kesibukan anggota keluarga dan pengetahuan yang rendah tentang penyakit TB mempengaruhi motivasi keluarga<sup>17</sup>.

j. Pengawas menelan obat (PMO)

Pasien TB yang memiliki PMO yang memiliki kinerja buruk memiliki kemungkinan untuk melakukan *drop out* pengobatan 9,33 kali lebih besar dari pada penderita TB yang memiliki PMO dengan kinerja yang baik. Kurangnya kinerja PMO dikarenakan PMO memiliki kesibukan lain selain menjadi PMO dan ditambah dengan rendahnya tingkat pengetahuan PMO tentang penyakit TB, tahapan pengobatan TB dan bahaya jika tidak teratur meminum obat<sup>17</sup>.

k. Pasien merasa sembuh

Penelitian yang dilakukan di Tegal seluruh responden penelitian telah melakukan pengobatan lebih dari 2 bulan sehingga telah melewati tahap intensif. Setelah melewati tahap intensif gejala sakit telah mulai berkurang, kondisi tubuh sudah terasa ada perbaikan sehingga pasien merasa telah sembuh<sup>20</sup>.

l. Pengaruh psikososial

Penelitian di Kalimantan Barat menemukan bahwa pasien yang berhenti pengobatan, pernah berobat ditempat lain selain tempat pertama yang mendiagnosa TB. Tempat lain ini adalah tabib disekitar tempat tinggal. Subjek penelitian menyatakan bahwa

tabib memberikan diagnosa lain atas sakit yang diderita seperti paru-paru akut, alergi dan paru-paru basah. Pendapat lain ini membuat subjek penelitian yang awalnya percaya sakit TB dan melakukan pengobatan TB menjadi berhenti pengobatan<sup>22</sup>.

### C. Konsep Perilaku Kesehatan

#### 1. Perilaku

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktifitas organisme (mahluk hidup) yang bersangkutan. Menurut teori Skinner perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Perilaku terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme dan kemudian organisme tersebut merespon. Sehingga teori ini disebut teori S-O-R atau Stimulus Organisme Respon<sup>34</sup>.

#### 2. Teori perilaku

a. *Theory of Reasoned Action* (TRA) atau teori tindakan beralasan merupakan teori yang pertama kali dicetuskan pada tahun 1980. Teori ini di susun menggunakan asumsi dasar bahwa manusia berperilaku dengan cara sadar dan mempertimbangkan segala informasi yang tersedia<sup>35</sup>.

##### 1) Niat

Niat seseorang untuk melakukan sesuatu menentukan akan dilakukan atau tidak dilakukannya perilaku tersebut. Penderita TB yang melakukan *drop out* pengobatan didahului dengan niat. Niat dipengaruhi oleh 3 komponen yaitu<sup>36</sup>:

##### a) Sikap terhadap perilaku

Sikap merupakan kecenderungan psikologis yang terarah dan dinamis, yang terbentuk oleh pengalaman dari seseorang terhadap obyek dan situasi yang berhubungan. Sikap penderita TB dipengaruhi oleh kepercayaan penderita TB tentang hasil dari perilaku pengobatan dan evaluasi terhadap hasil pengobatan TB yang dilakukan.



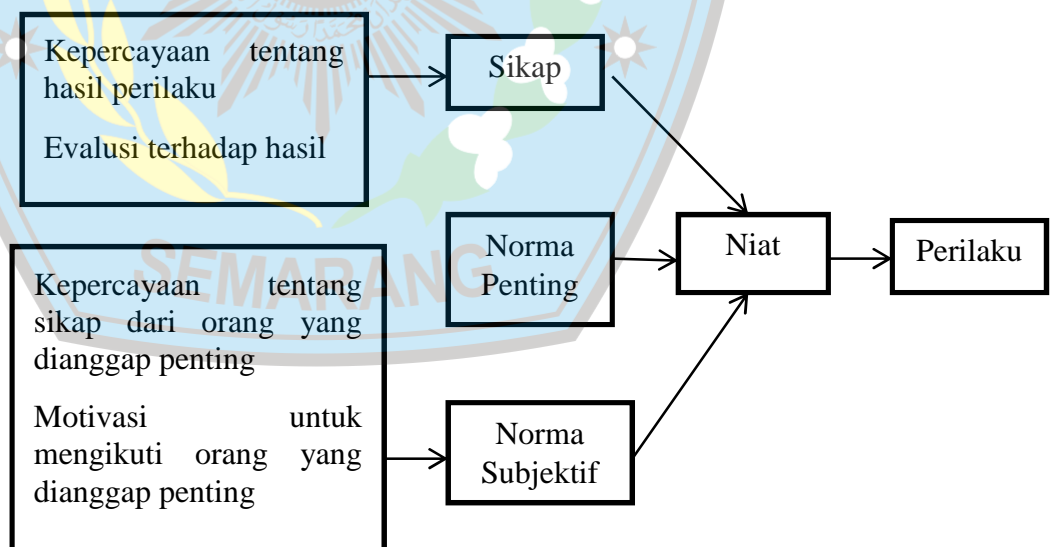
b) Norma subyektif.

Norma subyektif seseorang terbentuk dari keyakinan-keyakinan normatif yang berasal dari orang-orang berpengaruh bagi kehidupan individu. Norma subyektif penderita TB terbentuk berdasarkan kepercayaan tentang sikap seseorang yang dianggap penting dan motivasi untuk mengikuti orang yang dianggap penting tersebut. Seseorang yang dianggap penting penderita TB seperti keluarga dan PMO.

c) Norma penting

Norma penting dalam teori TRA merupakan norma sosial yang dipercaya secara luas oleh masyarakat/lingkungan sosial dimana penderita TB yang melakukan *drop out* pengobatan tinggal.

d) *Theory of Reasoned Action* (TRA)<sup>37</sup>

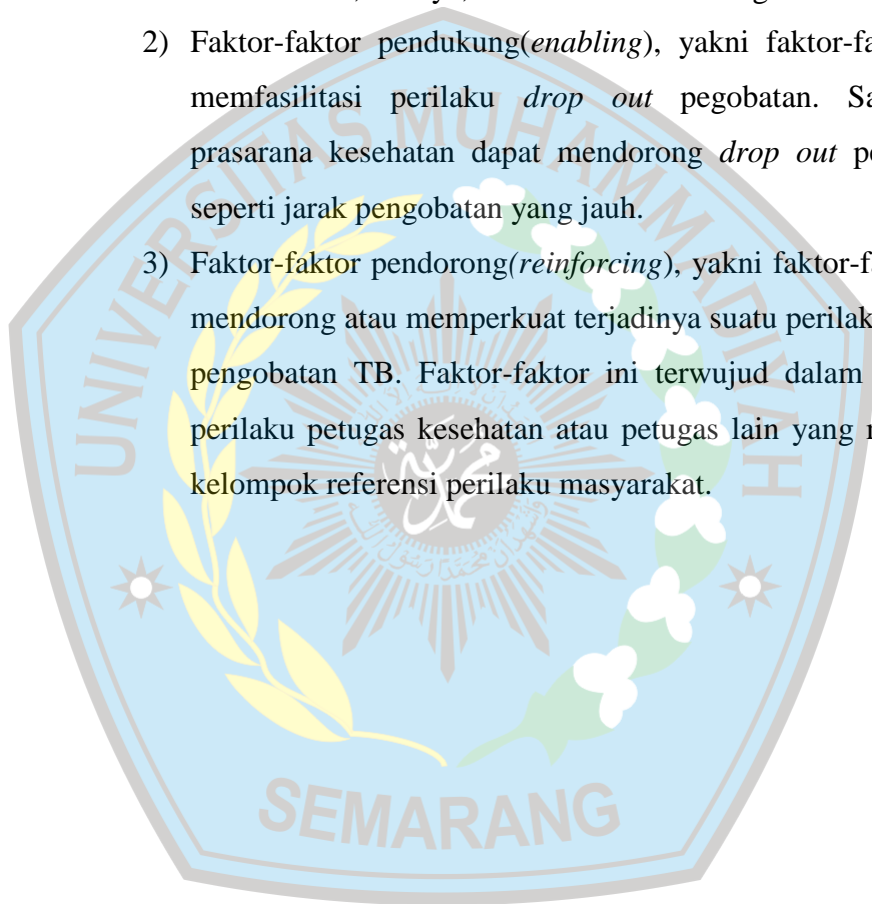


(Gambar 2.1 kerangka teori TRA)

b. Teori L-Green<sup>34</sup>

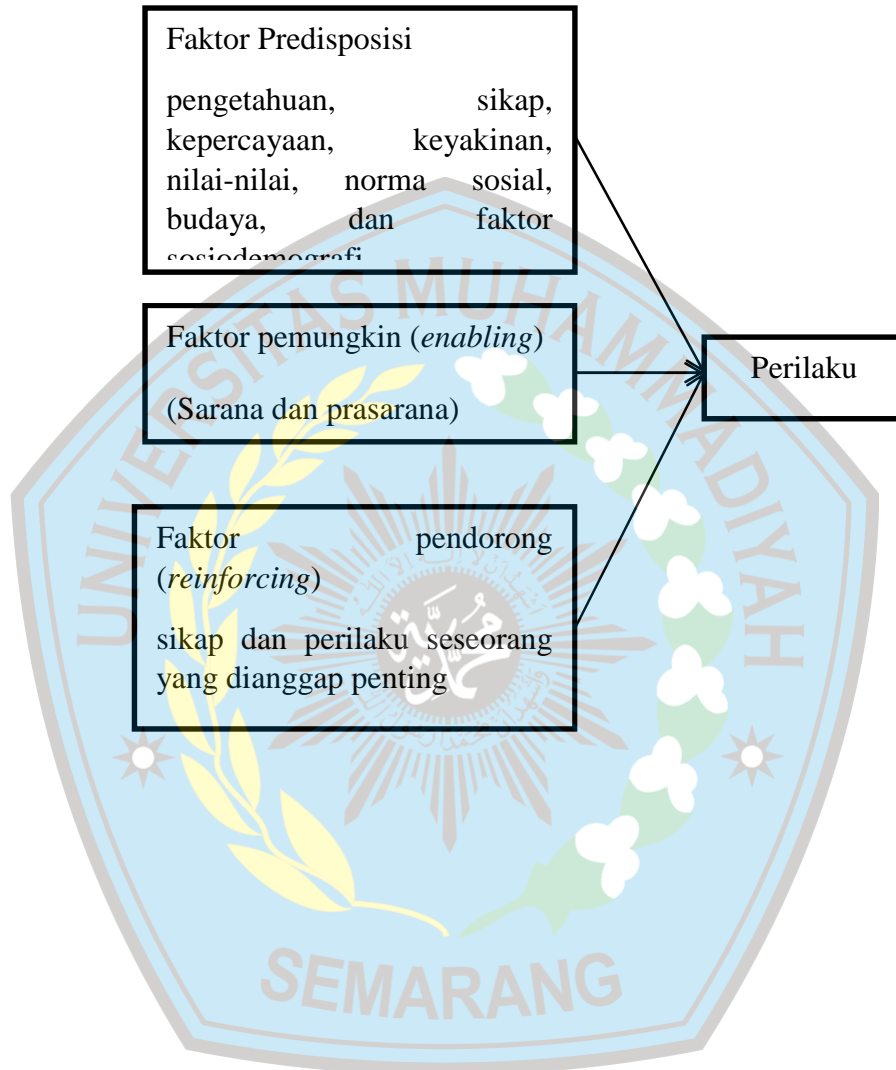
Teori L Green terdiri dari tiga komponen yaitu:

- 1) Faktor-faktor predisposisi, yakni faktor-faktor yang mempermudah terjadinya perilaku penderita TB yang melakukan *drop out* pengobatan. Faktor-faktor ini terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, norma sosial, budaya, dan faktor sosiodemografi.
- 2) Faktor-faktor pendukung(*enabling*), yakni faktor-faktor yang memfasilitasi perilaku *drop out* pengobatan. Sarana dan prasarana kesehatan dapat mendorong *drop out* pengobatan, seperti jarak pengobatan yang jauh.
- 3) Faktor-faktor pendorong(*reinforcing*), yakni faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya suatu perilaku *drop out* pengobatan TB. Faktor-faktor ini terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi perilaku masyarakat.

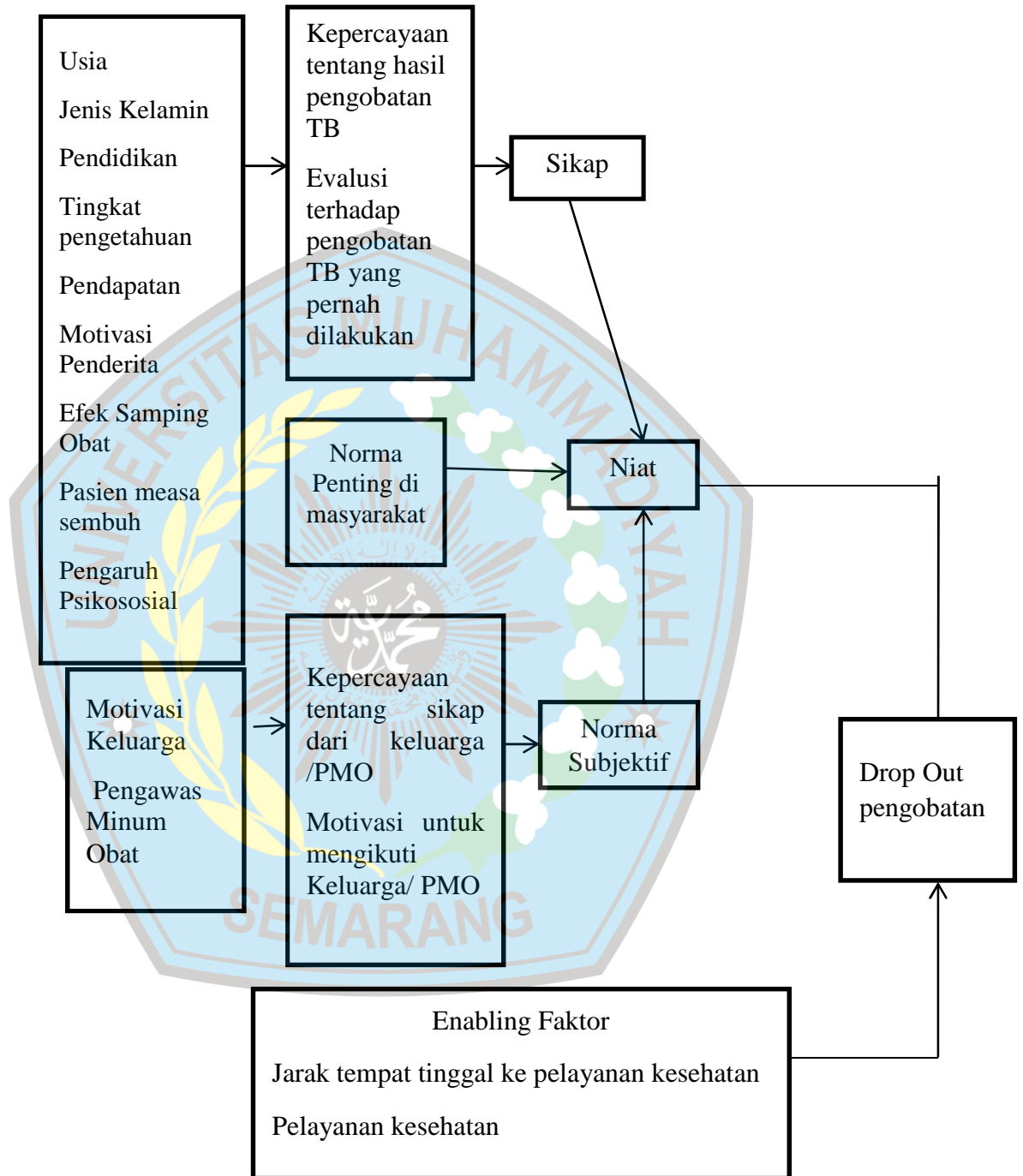


1) Bagan teori L-Green

Gambar2.2 Kerangka teori L-Green



D. Kerangka Teori



Gambar 2.3 Kerangka Teori Modifikasi TRA dan L Green