

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tuberkulosis

2.1.1 Definisi

Tuberkulosis adalah penyakit yang disebabkan oleh kuman dari kelompok *mycobacterium tuberculosis* dan bersifat menular. (Kemenkes RI, 2014). Menurut Dirjen P2&PL (2014), tuberkulosis merupakan suatu penyakit yang menular, disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*.

2.1.2 Epidemiologi

Penanggulangan TB telah dilaksanakan sejak tahun 1995, namun sampai dengan saat ini TB masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di dunia. (Permenkes 67, 2016). Menurut WHO tahun 2018, Indonesia merupakan peringkat ke tiga dengan kasus Tuberkulosis di Dunia setelah India dan Tiongkok. Insiden tahun 2018 sebesar 843.000 atau 319 per 100.000 penduduk, kematian karena TBC diperkirakan sebesar 107.000 atau 40 per 100.000 penduduk. Berdasarkan sumber Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, (2018), Jawa Barat menduduki peringkat pertama se Indonesia, dari 842 ribu kasus baru TBC di Indonesia, sekitar 127 ribu kasus ada di di Jabar. Kabupaten Bandung selama tiga tahun terakhir mengalami peningkatan kasus TB yaitu tahun 2017 sebanyak 5295, tahun 2018 sebanyak 6845,

sedangkan tahun 2019 sebanyak 7570 kasus. (Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung, 2019).

2.1.3 Patogenesis

1) Tuberkulosis Primer

Partikel kuman TB yang masuk melalui saluran napas akan bersarang di jaringan paru. Bila ukuran partikel <5 mikrometer, partikel ini dapat masuk ke alveolar. Kuman akan dihadapi pertama kali oleh neutrofil, kemudian makrofag. Kebanyakan partikel ini akan mati oleh makrofag keluar dari percabangan trakeobronkial bersama gerakan silia dan sekretnya (Amin, 2014). Bila kuman hidup, maka kuman akan berkembang biak dalam sitoplasma makrofag. Di sini kuman dapat terbawa masuk ke organ tubuh lainnya. Kuman yang bersarang di jaringan paru akan berbentuk sarang primer atau afek primer atau sarang fokus (Ghon). Sarang primer ini dapat terjadi di setiap bagian jaringan paru. Kuman dapat juga masuk melalui saluran gastrointestinal, jaringan limfe, orofaring, dan kulit, terjadi limfadenopati regional kemudian bakteri masuk ke dalam vena dan menjalar ke seluruh organ seperti paru, otak, ginjal, tulang. Bila masuk ke arteri pulmonalis maka terjadi penjaran ke seluruh bagian paru menjadi TB milier (Amin, 2014). 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 (Ranke). Kompleks primer ini selanjutnya akan menjadi:

- a) Sembuh sama sekali tanpa meninggalkan cacat.
- b) Sembuh dengan meninggalkan sedikit bekas berupa garis-garis fibrotik, kalsifikasi di hilus, dan di antaranya dapat terjadi reaktivasi karena kuman yang bersifat dormant.
- c) Berkomplikasi dan menyebar secara:
 - (1) Perkontinuitatum
 - (2) Bronkogen pada paru yang bersangkutan maupun paru di sebelahnya. Kuman juga dapat tertelan dan menyebar ke usus
 - (3) Limfogen
 - (4) Hematogen

2) berkulosis Pasca-Primer (Tuberkulosis Sekunder)

Kuman yang dormant pada tuberkulosis primer akan muncul bertahun-tahun kemudian sebagai infeksi endogen menjadi tuberkulosis dewasa (tuberkulosis postprimer = TB sekunder). Mayoritas reinfeksi mencapai 90%. Tuberkulosis sekunder terjadi karena imunitas menurun seperti alkohol, malnutrisi, penyakit maligna, diabetes, AIDS, gagal ginjal. Tuberkulosis pasca-primer ini dimulai dengan sarang dini yang berlokasi di regio atas paru. Invasinya adalah ke arah parenkim paru-paru dan tidak ke nodus hiler paru (Amin, 2014). Sarang dini ini mula-mula juga terbentuk sarang pneumonia kecil. Dalam 3-10 minggu sarang ini menjadi tuberkel yakni suatu granuloma yang terdiri dari sel-sel Histiosit dan sel

Datia-Langhans yang dikelilingi oleh sel-sel limfosit dan berbagai jaringan ikat. TB pasca primer juga dapat berasal dari infeksi eksogen dari usia muda menjadi TB usia tua (elderly tuberculosis). Tergantung dari jumlah kuman, virulensinya dan imunitas pasien, sarang dini ini dapat menjadi:

- a) Direabsorpsi kembali dan sembuh tanpa meninggalkan cacat.
- b) Sarang yang mula-mula meluas, tetapi segera menyembuh dengan serbuk jaringan fibrosis. Ada yang membungkus diri menjadi keras, menimbulkan perkapuran. Sarang dini yang meluas sebagai granuloma berkembang menghancurkan jaringan ikat sekitarnya dan bagian tengahnya mengalami nekrosis, menjadi lembek membentuk jaringan keju. Secara keseluruhan akan terdapat tiga macam sarang yakni:
 - (1) Sarang yang sudah sembuh (tidak perlu pengobatan lagi)
 - (2) Sarang aktif eksudatif (perlu pengobatan lengkap dan sempurna)
 - (3) Sarang antara aktif dan sembuh (untuk menghindari eksaserbasi kembali, sebaiknya pengobatan sempurna) (Amin, 2014).

2.1.4 Klasifikasi

Klasifikasi tuberkulosis dibagi menjadi dua yaitu tuberkulosis paru dan tuberkulosis ekstra paru (PDPI, 2011) :

- 1) Tuberkulosis Paru
- 2) Tuberkulosis Ekstra Paru

2.1.5 Gejala Klinis

Menurut PDPI (2011), keluhan yang dirasakan pasien tuberkulosis dapat bermacam-macam atau malah tanpa keluhan sama sekali, berdasarkan keluhan yang sering dirasakan antara lain :

1) Demam

Biasanya subfebris menyerupai demam seperti influenza. Tetapi kadang-kadang panas badan dapat mencapai 40-41°C, demam bisa sembuh dan timbul kembali.

2) Batuk/ Batuk Darah

Gejala ini banyak ditemukan, hal ini terjadi karena adanya iritasi pada bronkus. Awalnya batuk biasa kemudian setelah timbul peradangan, menjadi batuk produktif. Keadaan lanjut adalah berupa batuk darah karena terdapat pembuluh darah yang pecah. Batuk darah pada TB sebagian besar terjadi pada kavitas, namun dapat juga terjadi pada ulkus dinding bronkus.

3) Sesak nafas

Sesak nafas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut, yang infiltrasinya sudah meliputi setengah bagian paru-paru.

4) Nyeri dada

Gejala ini agak jarang ditemukann, namun dapat timbul apabila sudah menimbulkan pleuritis yaitu infiltrasi radang sudah sampai ke pleura. Hal

ini terjadi karena gesekan kedua pleura sewaktu pasien menarik/melepaskan nafasnya.

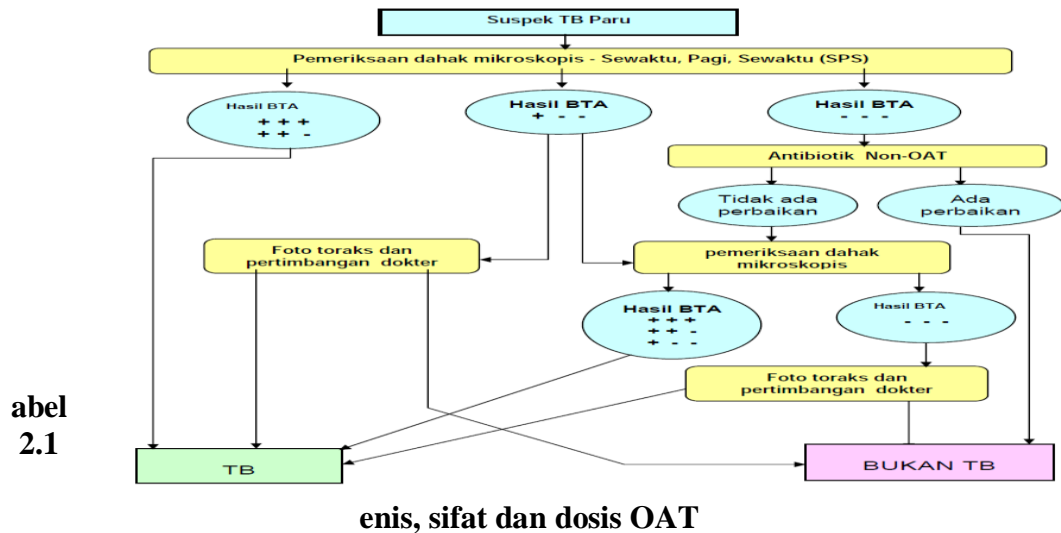
5) Malaise

Penyakit TB yang bersifat radang yang menahun sebagian besar berupa anoreksia. Gejala malaise semakin lama terasa berat dan hilang timbul, gejalanya sering ditemukan berupa nyeri otot, keringat malam, tidak ada nafsu makan, berat badan menurun, dan lain lain. (Amin, 2014).

2.1.6 Diagnosis dan Penatalaksanaan

Diagnosis tuberkulosis dapat ditegakkan berdasarkan gejala klinik, pemeriksaan fisik/jasmani, pemeriksaan bakteriologik, radiologik dan pemeriksaan penunjang lainnya (PDPI, 2011). Pada program TB nasional, penemuan BTA melalui pemeriksaan dahak mikroskopis merupakan diagnosa utama. Pemeriksaan lain sebagai penunjang diagnosis TB antara lain pemeriksaan foto toraks, tes tuberkulin, biakan dan uji kepekaan. Foto toraks tidak selalu memberikan gambaran aktifitas penyakit, jadi tidak dibenarkan mendiagnosis TB hanya berdasarkan pemeriksaan foto toraks saja. (Kemenkes, 2014).

Bagan 2.1 Alur Diagnosis TBC



Jenis OAT	Sifat	Dosis yang direkomendasikan (mg/kg)	
		Harian	3x seminggu
Isoniazid (H)	Bakterisid	5 (4-6)	10 (8-12)
Rifampicin (R)	Bakterisid	10 (8-12)	10 (8-12)
Pyrazinamide (Z)	Bakterisid	25 (20-30)	35 (30-40)
Streptomycin (S)	Bakterisid	15 (12-18)	15 (12-18)
Ethambutol (E)	Bakteriostatik	15 (15-20)	30 (20-35)

2.1.7 Sumber dan Cara Penularan

Pasien TB BTA positif dapat menularkan melalui percikan dahak dengan tingkat penularannya adalah 65%. Pada pasien TB BTA negative dengan hasil kultur positif adalah 26%, sedangkan pada pasien TB dengan foto toraks positif dan hasil kultur negative adalah 17%. (Dirjen P2&PL, 2014). Penularan TB paru, terjadi ketika penderita batuk atau bersin yang

keluar menjadi droplet *nuclei* dalam udara sekitar kita. Partikel infeksi ini dapat bertahan selama satu sampai dua jam apabila ventilasi yang buruk dan lembab. Dalam suasana gelap, kuman dapat tahan sehari-hari sampai berbulan-bulan dan akan menempel pada saluran napas atau jaringan paru apabila partikel infeksi ini terisap oleh orang sehat. (Amin, 2014).

2.1.8 Faktor Resiko

Faktor-faktor yang memungkinkan orang terinfeksi penyakit TB paru antara lain status sosial ekonomi yaitu berupa pekerjaan, pendidikan, pendapatan, kelas sosial individu/rumah tangga dan hubungan di dalam masyarakat akan mempengaruhi akses pelayanan kesehatan, ketahanan pangan, kondisi hidup dan kerja, pengetahuan, sikap dan perilaku kesehatan yang akan mempengaruhi risiko kontak dengan penderita TB. (Manalu, 2010 dalam Lönnroth K, 2011).

1) Riwayat Kontak

Menurut hasil penelitian, setelah dilakukan kunjungan rumah kepada keluarga pasien TB BTA positif, diperoleh OR sebesar 5 risiko riwayat kontak responden terhadap kejadian TB paru BTA Positif. Artinya keluarga pasien TB yang memiliki riwayat kontak risiko tinggi mempunyai risiko menderita TB Paru BTA Positif 5 kali lebih besar dibandingkan dengan keluarga pasien yang memiliki riwayat kontak risiko rendah (Rohayu, et al., 2016). Hasil penelitian Rusnoto menyatakan bahwa, sebesar 79,781 kali penularan dibandingkan dengan keluarga yang tidak mempunyai pasien TB BTA positif. Sehingga keluarga serumah pasien TB terutama TB BTA

positif dengan riwayat kontak lebih dari atau sama dengan tiga bulan sangat berisiko sekali tertular terutama kontak yang berlebihan melalui pelukan, berbicara langsung, penciuman. Hal ini disebabkan kuman *Mycrobacterium* TB sangat mudah menular melalui ekskresi inhalasi seperti melalui nafas dan batuk karena bersifat aerob, memiliki ukuran yang sangat kecil dan mampu bertahan hidup dalam sputum yang kering. Hasil penelitian ditemukan pasien TB paru yang berasal dari keluarga yang serumah dengan penderita TB paru terdeteksi sebesar 63,8%. (Rusnoto, 2007 dalam Herawati, 2013).

2.2 Kontak Serumah

Kontak serumah adalah keluarga atau yang kontak dengan penderita TB tinggal dalam satu rumah. Apabila ada anggota keluarga penderita penyakit TB, sebaiknya kamar tidur terpisah dengan anggota keluarga lainnya agar tidak terjadi penularan. Sebagai contoh bila rumah tersebut ada sumber penularan (penderita TBC ataupun ISPA), maka potensi penularan akan dapat lebih mudah dan cepat terhadap orang yang tinggal bersama dalam suatu ruangan tersebut (Nurhidayah dkk, 2010:15).

Semua kontak penderita TB BTA positif wajib diperiksa dahak. Penularan terjadi melalui percikan dahak yang dapat menularkan kepada anggota keluarga dan dapat pula terjadi kepada petugas kesehatan. (Depkes RI, 2011). Ada beberapa faktor yang mendukung penularan TB, antara lain kondisi ventilasi yang tidak memenuhi syarat, lingkungan perumahan kotor, kepadatan penghuni, dan kelembaban dalam rumah merupakan media transisi

kuman TB untuk dapat hidup dan menyebar. Hal tersebut memberikan gambaran bahwa pemaparan kuman TBC dapat dipengaruhi oleh faktor individu, keeratan kontak dan faktor lingkungan rumah seseorang (Riadi, 2011).

Berdasarkan Depkes RI (2011), adapun pengawasan terhadap penderita, kontak dan lingkungan antara lain :

- 2.2.1 Oleh penderita, dapat dilakukan dengan menutup mulut sewaktu batuk dan membuang dahak tidak disembarangan tempat.
- 2.2.2 Oleh masyarakat dapat dilakukan dengan meningkatkan kekebalan terhadap bayi diberikan vaksinasi.
- 2.2.3 Oleh petugas kesehatan dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit TB anatar lain gejala, penularan, pentingnya pemeriksaan BTA bagi keluarga pasien TB, PHBS, penceahan, dan sebagainya.
- 2.2.4 Isolasi, pemeriksaan kepada orang-orang yang terinfeksi, pengobatan khusus TBC. Perawatan rawat inap dilakukan hanya penderita memerlukan perawatan khusus.
- 2.2.5 Des-Infeksi, cuci tangan dan pengawasan kebersihan alat rumah tangga yang ketat, selain itu perlu perhatian khusus terhadap muntahan dan ludah (piring, tempat tidur, pakaian) serta ventilasi rumah dan sinar matahari yang cukup, imunisasi orang-orang kontak. Selain itu, tindakan vaksinasi dilakukan bila diperlukan dalam upaya pencegahan.

2.2.6 Penyelidikan orang-orang kontak. Pemeriksaan BTA atau *Tuberculin-test* bagi semua anggota keluarga pasien TB bila perlu dilakukan foto rontgen. Apabila cara-cara ini negatif, perlu diulang pemeriksaan secara intensif tiap bulan selama 3 bulan.

2.2.7 Pengobatan. Penderita TB di haruskan tuntas melaksanakan pengobatan selama 6-12 bulan dengan dosis dan anjuran dokter, hal ini mencegah terjadinya resistensi obat.

Kontak serumah perlu dilakukan screening TB yaitu pemeriksaan dahak, namun tidak semua kontak mau diperiksa dahaknya. Setiap orang berbeda beda dalam menangkap dan bereaksi terhadap informasi, tergantung dari pendidikan, pekerjaan dan suku bangsa. (Notoatmodjo, 2014).

2.3 Pemeriksaan BTA

Prosedur pertama untuk menentukan pasien tersebut TB atau tidak yaitu dilakukan Pemeriksaan mikroskopis BTA (*Basil Tahan Asam*). Sputum adalah *mucus* yang keluar saat batuk dari saluran pernapasan atas. Orang normal dalam keadaan normal tidak menghasilkan sputum, sehingga sputum tidak dapat di keluarkan. Salah satu caranya adalah dengan analisa pewarnaan *flouresenatau tinctorial*, uji antigen atau probe asam nukleat spesifik, sampel diambil dari spesimen *lavase* bronkoalveolus atau sekresi trakea. (Sacher Ronald A. 2014).

Sekresi *mucus* adalah bagian dari proses pembersih bronco pulmonaris yang normal yang membentuk suatu lapisan menutupi epitel bersilia dengan tebal sekitar 5 um. Kemudian cairan ini menuju orofaring, dengan ini orang

normal tidak akan menyadarinya karena dari orofaring sekresi tertelan. Batuk atau ekspektorasi sekresi trakeobronkus merupakan hal abnormal, dengan jumlah bahan yang dibutuhkan secara kasar serta dengan keparahan penyakit (Sacher Ronald A. 2014). Dinamakan basil tahan asam adalah pewaranaan tidak mudah tapi bila sudah terwarnai dapat menahan warnanya meskipun diberikan asam atau alkohol. *Mycobacterium tuberculosis* yang berbentuk spora ini dapat menyebabkan TB dan merupakan patogen manusia yang sangat penting. (Brokks Geo F, 2001 dalam Diana susanti, dkk 2013).

2.4 Pengetahuan

2.4.1 Pengertian

Pengetahuan adalah hasil pengindraan objek tertentu. Pengetahuan manusia sebagian besar diperoleh melalui indra mata dan telinga. (Notoatmodjo, 2014). Suatu tindakan dapat dipengaruhi oleh pengetahuan. Menurut WHO (1990) dalam Notoatmodjo (2014), seseorang berperilaku kesehatan karena adanya alasan pokok, yaitu Pemikiran dan perasaan (*Thought and feeling*), yang meliputi pengetahuan, kepercayaan (*believe*), sikap (*attitude*) dan nilai (*value*) terhadap kesehatan. Orang Penting sebagai Referensi (*Personal References*), Sumber daya (*Resources*) yang meliputi fasilitas uang, waktu, tenaga, dsb serta kebudayaan (*Culture*). Enam tingkatan pengetahuan yang terdapat di dalam domain kognitif (Notoatmodjo, 2014), yaitu:

1) Tahu (*know*)

Tahu merupakan tingkat pengetahuan paling rendah, dimana diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Mengingat kembali bahan yang dipelajari atau yang telah diterima secara spesifik.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami adalah ketika seseorang dapat menjelaskan objek dengan benar dan diinterpretasikan. Seseorang dapat diartikan paham terhadap objek terhadap materi dapat menjelaskan dan menyebutkan. contoh, objek yang dipelajari disimpulkan, diralamalkan dan sebagainya.

3) Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi adalah suatu kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari sebelumnya. Sebagai contoh, aplikasi terhadap penggunaan hukum-hukum, prinsip, metode, dan sebagainya dalam konteks atau yang lain.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan yang dapat menjabarkan materi atau suatu obyek yang berkaitan dengannya. masih di dalam suatu struktur organisasi yang berkaitan antara satu sama lainnya.

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis adalah suatu kemampuan menyusun suatu formulasi baru dengan menghubungkan kriteria-kriteria dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi merupakan kemampuan untuk memberikan penilaian terhadap objek atau materi yang didasarkan pada sesuatu yang ditentukan sendiri dengan menggunakan kriteria yang sudah ada.

Wawancara atau angket dapat dilakukan untuk mengukur pengetahuan tentang materi yang ingin diukur dari responden. Kedalaman domain pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur pada penelitian ini ialah sampai kedalaman aplikasi.

2.4.2 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Seseorang :

1) Faktor Internal meliputi:

a) Umur

Menurut Nursalam (2011), semakin umur bertambah maka tingkat kematangannya akan lebih matang dalam berpikir, menentukan sikap. Kepercayaan masyarakat menganggap orang yang umurnya lebih dewasa maka akan lebih dipercaya dibandingkan yang belum cukup dewasa karena yang lebih dewasa segi umur mempunyai pengalaman jiwa yang lebih banyak.

Menurut Piaget bahwa kognitif anak-anak pada dasarnya berbeda dengan dengan dewasa dan berubah seiring bertambahnya usia. Teori piaget ini jelas relevan dalam proses perkembangan

kognitif anak sehingga dapat mengetahui adanya tahap-tahap perkembangan tertentu pada kemampuan berpikir anak di levelnya. (Fatimah Ibda, 2015)

Dengan bertambahnya usia seseorang maka semakin banyak terjadi perubahan pada sistem tubuh dan organannya, salah satunya yaitu penurunan fungsi. Pada lansia (>60 tahun), mengalami penurunan fungsi kognitif yaitu menurunnya kemampuan intelektual, kemampuan transmisi saraf otak menjadi lambat dan hilangnya memori juga informasi yang ada.

b) Pengalaman

Pepatah mengatakan guru yang terbaik (experience is the best teacher) adalah pengalaman. Pengalaman adalah sumber pengetahuan, atau pengalaman itu adalah cara untuk memperoleh suatu kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu untuk memperoleh pengetahuan bisa dari pengalaman pribadi. (Notoadmodjo, 2014).

c) Pendidikan

Pendidikan merupakan faktor yang menentukan perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan. Pendidikan yang kurang dapat menghambat sikap tersebut, sebaliknya pendidikan yang tinggi akan memudahkan menentukan sikap tersebut karena semakin banyak pengetahuan yang dimiliki. (Nursalam, 2011).

d) Pekerjaan

Pekerjaan adalah sesuatu yang dilakukan untuk memenuhi dan menunjang kebutuhan hidupnya dan keluarganya (Menurut Thomas 2007, dalam Nursalam 2011).

e) Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan suatu sifat yang di hubungkan secara sosial dan budaya, jenis kelamin terbagi menjadi dua yaitu laki-laki dan perempuan.

1) Faktor eksternal

a) Informasi

Menurut Long (1996) dalam Nursalam dan Pariani, (2010), informasi adalah sesuatu yang dapat membantu mengurangi cemas sehingga informasi dapat meningkatkan pengetahuan seseorang.

b) Lingkungan

Menurut Notoatmodjo (2014), berdasarkan hasil observasi dan beberapa pengalaman di lapangan (masyarakat) bahwa perilaku seseorang diawali dengan pengalaman-pengalaman disertai faktor eksternal (lingkungan fisik dan non fisik), termasuk perilaku kesehatan.

c) Sosial budaya

Status sosial dan tingkat pendidikan yang tinggi akan mempengaruhi tingkat pengetahuan. Semakin tinggi tingkat pendidikan dan status sosial seseorang maka tingkat pengetahuannya akan semakin tinggi pula.

2.5 Kepatuhan

2.5.1 Pengertian

kepatuhan dapat di deskripsikan dengan beberapa terminology, yaitu *compliance*, *adherence* dan *persistence*. *Compliance* adalah patuh melakukan apa yang disarankan oleh dokter secara pasif (Osterberg & Blaschke dalam Nurina, 2012). *Adherence* adalah melihat sejauh mana pengambilan\obat yang diresepkan oleh penyedia layanan kesehatan. (Osterberg & Blaschke dalam Nurina,2012). Berdasarkan psikologi kesehatan, kepatuhan melihat kepada perilaku seorang individu sepadan dengan tindakan atau nasehat yang dianjurkan oleh praktisi kesehatan atau secara tidak langsung melihat di media massa dan sebagainya. (Ian & Marcus, 2011). Kepatuhan merupakan suatu perubahan perilaku dari perilaku tidak baik ke perilaku yang baik atau dikatakan mentaati aturan (Green dalam Notoatmodjo, 2014).

Menurut Kozier (2010), kepatuhan adalah perilaku seseorang sesuai dengan anjuran dari kesehatan seperti melakukan kegiatan minum obat teratur, gaya hidup bersih dan sehat, diet sesuai anjuran dan sebagainya. Tingkat kepatuhan dapat diartikan dari tindak menghiraukan setiap anjuran hingga mematuhi anjurannya. Sedangkan menurut Sarafino (dalam Yetti, dkk 2011) mendefinisikan kepatuhan sebagai tingkatan pasien melaksanakan perilaku yang di anjurkan oleh dokternya. Didapatkan data bahwa tingkat

kepatuhan sekitar 20-60% pada seluruh populasi medis yang kronis. Dapat disimpulkan bahwa perilaku kepatuhan tersebut adalah salah satu yang dilakukan dengan tujuan untuk sembuh disesuaikan dengan apa yang disarankan oleh profesional kesehatan.

2.5.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut Kozier (2010), kepatuhan dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain:

- 1) Motivasi klien untuk sembuh.
- 2) Tingkat perubahan gaya hidup yang dibutuhkan.
- 3) Persepsi keparahan masalah kesehatan.
- 4) Nilai upaya mengurangi ancaman penyakit.
- 5) Kesulitan memahami dan melakukan perilaku khusus.
- 6) Tingkat gangguan penyakit atau rangkaian terapi.
- 7) Tingkat keyakinan bahwa terapi yang dilakukan dapat menyembuhkan atau tidak.
- 8) Kerumitan, efek samping yang diajukan.
- 9) Budaya yang telah melekat di masyarakat menjdai sulit patuh terhadap anjuran petugas kesehatan.
- 10) Tingkat kualitas dan kepuasan terhadap pelayanan kesehatan.
- 11) Kerumitan , efek samping yang diajukan.

Faktor-faktor yang mendukung sikap patuh menurut Feuer Stein, diantaranya :

- 1) Pendidikan

Pendidikan adalah suatu pengembangan dan pembinaan potensi kepribadian baik secara rohani dan jasmani, dimana terjadi proses perubahan perilaku kehidupan manusia menuju kedewasaan dan penyempurnaan.

Domain pendidikan dapat diukur dari (Notoatmodjo, 2014) :

- a) Pengetahuan terhadap pendidikan yang diberikan (knowledge).
 - b) Attitude atau sikap terhadap pendidikan yang diberikan.
 - c) Aplikasi atau tindakan terhadap materi pendidikan yang diberikan.
- 2) Akomodasi
- Diperlukan usaha untuk memahami agar pasien dapat mematuhi pengobatan yaitu dengan memahami kepribadiannya kemudian dilibatkan aktif supaya mandiri.
- 3) Modifikasi faktor lingkungan dan sosial.
- Dukungan sosial dari keluarga dan lingkungan diperlukan agar pasien termotivasi dan patuh.
- 4) Perubahan model terapi.
- Dengan pengobatan dan model terapi sederhana mungkin agar pasien terlibat di dalam aktivitas tersebut.
- 5) Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien.
- 6) Memberikan kesempatan kepada pasien untuk memberikan umpan balik ketika memperoleh informasi diagnosa penyakitnya.

2.5.3 Cara-cara Mengurangi Ketidakpatuhan

- 1) Mengembangkan tujuan dari kepatuhan itu sendiri
- 2) Perilaku sehat
- 3) Dukungan sosial

2.5.4 Cara-cara Meningkatkan Ketidakpatuhan

Kepatuhan dapat ditingkatkan dengan strategi-strategi sebagai berikut :

- 1) Segi Penderita
 - a) Meningkatkan kontrol diri.
 - b) Meningkatkan efikasi diri
 - c) Mencari informasi tentang pengobatan
 - d) Meningkatkan monitoring diri
- 2) Segi Tenaga Medis

Untuk meningkatkan kepatuhan penderita, ada beberapa usaha yang dilakukan tenaga medis, antara lain:

- a) Meningkatkan keterampilan komunikasi
- b) Cara pengobatan dan penyakit pasien diberikan informasi dengan bahasa sesederhana mungkin dan jelas.
- c) Memberikan dukungan sosial
- d) Pendekatan perilaku

2.6 Teori Konsep Model

2.6.1 Teori Konsep Model Lawrance Green

Ada dua faktor pokok yang mempengaruhi perilaku manusia yaitu faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor diluar perilaku (*non*

behaviour causes). Faktor-faktor yang menentukan perilaku berdasarkan Lawrence Green (1993) dalam Notoatmodjo (2014). yaitu:

1) Faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor tradisi dan kepercayaan masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan, pendidikan, sosial ekonomi dan sebagainya yang terdiri dari sikap dan pengetahuan masyarakat terhadap kesehatan.

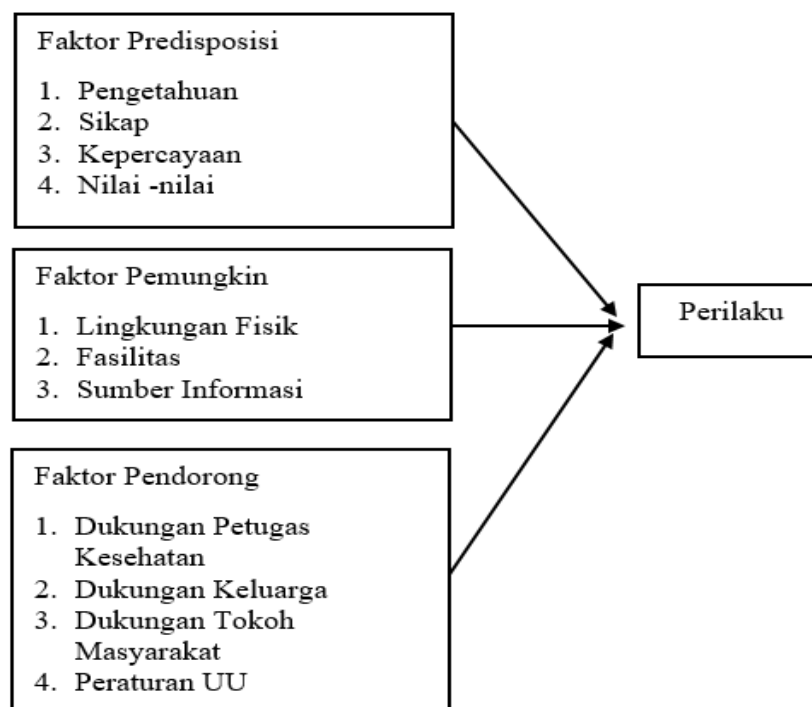
2) Faktor pendukung (*enabling factor*)

Antara lain lingkungan fisik, tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana keselamatan kerja seperti pelatihan, ketersedianya APD, dan sebagainya.

3) Faktor pendorong (*reinforcement factor*)

Faktor-faktor ini meliputi sikap dan perilaku petugas yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat, undang-undang, peraturan-peraturan, pengawasan dan sebagainya.

Bagan 2.3 Kerangka Konsep Teori Lawrence Green



Sumber : Teori Lawrence Green 1993 dalam Notoatmodjo 2014.

2.7 Jurnal Terkait Penelitian

Penelitian yang dilakukan oleh Herda Ariyani tahun 2016. Menyatakan hampir seluruhnya 37 responden (92,5%) yang patuh dan sedikit sekali 3 responden (7,5%) yang tidak patuh selama pengobatan TB paru, sebagian kecil 8 responden (20%) berpengetahuan baik, hampir setengahnya 17 responden (42,5%) berpengetahuan cukup, sebagian kecil 14 responden (35%) berpengetahuan kurang, dan sebagian kecil 1 responden (2,5%) berpengetahuan sangat kurang. Hasil analisa menyatakan terdapat hubungan

antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan dalam pengobatan TB Paru dengan statistik $\alpha = 0.05$ diperoleh $r = 0,383$ dan $\rho = 0,015$.

Hasil penelitian Herawati (2013), yang berjudul Studi Kasus Ketidakpatuhan Orang Kontak Serumah terhadap Anjuran Pemeriksaan Tuberkulosis. Penyebab keluarga kontak serumah tidak patuh pemeriksaan TB adalah dari petugas pengelola pasien TB terdapat persepsi berbagai hambatan yang dialami ketika mengelola pasien dan kontak serumah. Sementara, dari kontak serumahnya adalah pengetahuan dan persepsi kontak serumah tentang TB kurang baik, terdapat stigma negatif mengenai penyakit TB di masyarakat.

Hasil penelitian Puteri Febriana (2016), yang berjudul Pengetahuan Suspek TB Paru Dalam Melakukan Pemeriksaan Sputum Di Puskesmas Kamoning. Menyatakan pengetahuan pengetahuan 60 responden dengan tindakan dalam melakukan pemeriksaan dahak baik dan sikap responden dalam melakukan tindakan pemeriksaan dahak memiliki sikap positif.

Hasil penelitian Didi Setiyadi, dkk (2019), yang berjudul Pengetahuan, Praktik Pencegahan dan Kondisi Rumah Pada Kontak Serumah dengan Penderita TB Paru di Kabupaten Demah. Menyatakan bahwa Pengetahuan praktik pencegahan dan kondisi rumah pada kontak serumah dengan penderita kategori baik/sehat jumlahnya lebih banyak, namun terdapat pada beberapa pertanyaan pada variabel pengetahuan dan yang umumnya tidak diketahui atau dipraktikan atau tidak memenuhi kriteria kondisi rumah sehat oleh kontak serumah.

Hasil penelitian Anak Agung Gede Agung, dkk tahun 2012. Menyatakan bahwa Proporsi kontak yang melakukan deteksi dini, baik secara mikroskopik maupun foto rontgen di wilayah kerja Puskesmas I Denpasar Selatan sejak tahun 2010 hingga triwulan pertama tahun 2012 adalah sebesar 22,55%. Diperoleh data hasil penelitian yang melakukan deteksi dini adalah 1,2 orang (rasio jumlah kasus dengan jumlah kontak serumah), yang artinya dari satu penderita BTA positif yang melakukan deteksi dini 1,2 kontak. Rasio ini relatif sangat rendah atau baru 12%, bila dibanding dengan angka harapan program yaitu setiap satu kasus BTA positif harus dilakukan pemeriksaan terhadap 10 kontak.

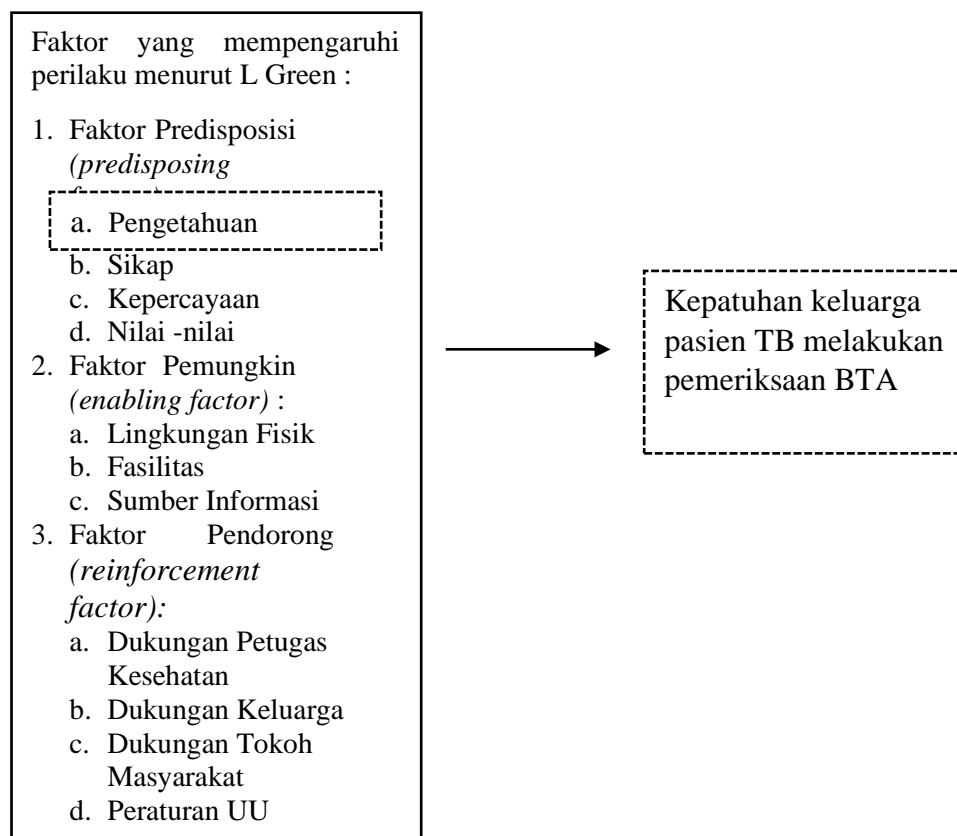
Hasil dari penelitian oleh Ivan Putra, dkk tahun 2015, Penderita yang patuh dalam minum obat TB paru hamper seluruhnya mempunyai kategori pengetahuan yang baik (94,4%) dan sebagian kecil mempunyai kategori pengetahuan yang tidak baik (12,5%). Hasil uji statistik mendapatkan nilai $p < 0,05$ ($p = 0,000$), maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan pasien tentang TB paru dengan kepatuhan minum obat penderita TB paru di Puskesmas Andalas Kota Padang.

Hasil penelitian Made Suadnyani Pasek, dkk (2015), Hasil uji regresi logistik didapatkan hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dan kepatuhan pengobatan. responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik , patuh melakukan pengobatan 19,71 kali lebih besar dibandingkan dengan tingkat pengetahuan tidak baik. (OR = 19,71, CI95% 1,69 hingga 229,17).

2.8 Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan uraian pada tinjauan pustaka maka dapat disusun kerangka konsep yang merupakan ringkasan tinjauan pustaka dan digambarkan dalam bentuk hubungan antara variabel yang secara teoritis sebagai faktor pendukung terjadinya kepatuhan keluarga pasien TB melakukan skrining.

Bagan 2.4 Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan :

 : Diteliti : Tidak diteliti

Sumber : Modifikasi : (Notoatmodjo, 2014) dan (Depkes RI, 2011)