

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tuberkulosis

1. Definisi

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga menyerang organ tubuh lainnya (Depkes, 2007).

Sebagian besar dinding kuman terdiri atas lipid, kemudian peptidoglikan dan arabinomannan. Lipid inilah yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam (asam alkohol) sehingga bakteri tahan asam (BTA) dan ia juga lebih tahan terhadap gangguan kimia dan fisis. Kuman dapat hidup dalam udara kering maupun dalam keadaan dingin, hal ini terjadi karena kuman berada dalam sifat *dormant*. Sifat *dormant* inilah yang dapat menyebabkan penyakit tuberkulosis menjadi aktif lagi (Bahar, 2003).

2. Cara Penularan

Sumber penularan adalah pasien TB BTA positif. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*). Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari langsung dapat membunuh kuman. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab. Daya penularan seorang pasien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut. Faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman TB ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut (DepKes, 2007).

3. Gejala – Gejala Tuberkulosis

Gejala utama pasien TB paru adalah batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan (DepKes, 2007).

4. Diagnosis Tuberkulosis

Semua suspek TB diperiksa 3 spesimen dahak dalam waktu 2 hari, yaitu *sewaktu - pagi - sewaktu* (SPS). Diagnosis TB Paru pada orang dewasa ditegakkan dengan ditemukannya kuman TB (BTA). Pada program TB nasional, penemuan BTA melalui pemeriksaan dahak mikroskopis merupakan diagnosis utama. Pemeriksaan lain seperti foto toraks, biakan dan uji kepekaan dapat digunakan sebagai penunjang diagnosis sepanjang sesuai dengan indikasinya (DepKes, 2007).

Diagnosis TB Paru pada orang dewasa dapat diketahui dengan ditemukannya BTA pada pemeriksaan dahaknya secara mikroskopis. Apabila positif sedikitnya 2 dari 3 spesimen SPS (*Sewaktu-Pagi-Sewaktu*) maka dapat disimpulkan pasien positif TB Paru. Bila hanya 1 spesimen yang positif maka perlu dilanjutkan dengan pemeriksaan selanjutnya yaitu dengan foto *rontgen* dada. Bila tidak ada perubahan, namun gejala klinis tetap mencurigakan TB Paru, maka dapat dilakukan pemeriksaan dahak ulang (DepKes, 2007).

5. Prinsip Pengobatan

a. Tahap Intensif

Pada tahap intensif penderita mendapat obat setiap hari dan diawasi langsung untuk mencegah terjadinya kekebalan terhadap semua OAT, terutama rifampisin. Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya penderita menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu. Sebagian besar BTA positif menjadi BTA negatif pada akhir pengobatan

intensif. Pengawasan ketat dalam tahap intensif sangat penting untuk mencegah terjadinya kekebalan obat (DepKes, 2007).

b. Tahap Lanjutan

Pada tahap lanjutan penderita mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persister (*dormant*) sehingga mencegah kekambuhan (DepKes, 2007).

Pengobatan TB bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT (Obat Anti Tuberkulosis) (DepKes, 2007). Pengobatan pada penderita tuberkulosis dewasa dibagi menjadi beberapa kategori :

1) Kategori-1 (2HRZE/4H3R3)

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

Obat ini diberikan untuk :

- a) Penderita baru TB Paru BTA positif
- b) Penderita TB Paru BTA negatif *rontgen* Positif yang “sakit berat” dan
- c) Penderita TB Ekstra Paru Berat (DepKes, 2007).

2) Kategori-2 (2HRZES/HRZE/5H3R3E3)

Tahap intensif diberikan selama 3 bulan. Dua bulan pertama dengan Isoniazid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z), Ethambutol (E) dan suntikan streptomisin setiap hari di Unit Pelayanan Kesehatan. Dilanjutkan 1 bulan dengan Isoniazid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z) dan Ethambutol (E) setiap hari. Setelah itu diteruskan dengan tahap lanjutan selama 5 bulan dengan HRE yang diberikan tiga kali dalam seminggu. Perlu

diperhatikan bahwa suntikan streptomisin diberikan setelah penderita selesai minum obat. Obat ini diberikan untuk :

- a) Penderita kambuh (*relaps*)
- b) Penderita gagal (*failure*)
- c) Penderita dengan pengobatan setelah lalai (*after default*) (DepKes, 2007).

3) Kategori-3 (2HRZ/4H3R3)

Tahap intensif terdiri dari HRZ diberikan setiap hari selama 2 bulan, diteruskan dengan tahap lanjutan terdiri dari HR selama 4 bulan diberikan 3 kali seminggu.

Obat ini diberikan untuk :

- a) Penderita baru BTA negatif dan rontgen positif sakit ringan
- b) Penderita ekstra paru ringan (DepKes, 2007).

4) OAT Sisipan

Bila pada akhir tahap intensif pengobatan penderita baru BTA positif dengan kategori 1 atau penderita BTA positif pengobatan ulang dengan kategori 2, hasil pemeriksaan dahak masih BTA positif, diberikan obat sisipan (HRZE) setiap hari selama 1 bulan (DepKes, 2007).

6. Hasil Akhir Pengobatan

- a. Sembuh adalah pasien telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap dan pemeriksaan ulang dahak (*follow-up*) hasilnya negatif pada AP dan minimal satu pemeriksaan *follow-up* sebelumnya.
- b. Pengobatan lengkap adalah pasien yang telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap tetapi tidak memenuhi persyaratan sembuh atau gagal.
- c. Default (putus berobat) adalah pasien yang tidak menelan obat 2 bulan berturut-turut atau lebih sebelum masa pengobatannya selesai.

- d. Gagal adalah pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada sebulan sebelum AP atau lebih selama pengobatan.
- e. Meninggal, penderita yang dalam masa pengobatan diketahui meninggal karena sebab apapun.
- f. Pindah adalah penderita TB yang masih dalam masa pengobatan pindah ke kabupaten lain (DepKes, 2007).

7. Efek Samping Obat

Pemantauan kemungkinan terjadinya efek samping sangat perlu dilakukan selama pengobatan. Pemantauan dilakukan dengan cara menjelaskan kepada penderita tanda-tanda efek samping dan menanyakan adanya gejala efek samping pada waktu penderita mengambil OAT.

Efek samping ringan dari OAT seperti tidak ada nafsu makan, mual, sakit perut, nyrisendi, kesemutan sampai dengan rasa terbakar di kaki, dan warna kemerahan pada air seni. Efek samping berat dari OAT misalnya gatal dan kemerahan kulit, tuli, gangguan keseimbangan, ikterus tanpa penyebab lain, bingung dan muntah-muntah, gangguan penglihatan, purpura dan syok (Depkes, 2007).

B. Program DOTS Di Indonesia

Strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) adalah strategi penanggulangan TB Paru nasional yang telah direkomendasikan oleh WHO, yang dimulai pelaksanaannya di Indonesia pada tahun 1995/1996. Pada tahun 1995, program nasional penanggulangan TB mulai menerapkan strategi DOTS dan dilaksanakan di Puskesmas secara bertahap. Sejak tahun 2000 strategi DOTS dilaksanakan secara Nasional di seluruh UPK terutama Puskesmas yang di integrasikan dalam pelayanan kesehatan dasar (Depkes, 2007).

Strategi DOTS terdiri dari 5 komponen kunci:

1. Dukungan politik para pimpinan wilayah di setiap jenjang sehingga program ini menjadi salah satu prioritas dan pendanaan pun akan tersedia.
2. Mikroskop sebagai komponen utama untuk mendiagnosa TB melalui pemeriksaan sputum langsung pasien tersangka TB.
3. Pengawas Minum Obat (PMO) yaitu orang yang dikenal dan dipercaya baik oleh pasien maupun petugas kesehatan yang akan ikut mengawasi pasien minum seluruh obatnya.
4. Pencatatan dan pelaporan dengan baik dan benar.
5. Paduan obat anti TB jangka pendek yang benar, termasuk dosis dan jangka waktu yang tepat (DepKes, 2007).

Sejak DOTS diterapkan secara intensif terjadi penurunan angka kesakitan TB menular yaitu pada tahun 2001 sebesar 122 per 100.000 penduduk dan pada tahun 2005 menjadi 107 per 100.000 penduduk. Rencana strategi 2001-2005 berfokus pada penguatan sumber daya, baik sarana dan prasarana maupun tenaga, selain meningkatkan pelaksanaan strategi DOTS di seluruh UPK untuk mencapai tujuan program penanggulangan tuberkulosis nasional, yaitu angka penemuan kasus minimal 70% dan angka kesembuhan minimal 85%. Sehingga dalam jangka waktu 5 tahun kedepan angka prevalensi TB di Indonesia dapat diturunkan sebesar 50% (Depkes, 2007).

Penguatan strategi DOTS dan pengembangannya ditujukan terhadap peningkatan mutu pelayanan, kemudahan akses untuk penemuan dan pengobatan sehingga mampu memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya MDR-TB (*multi drug resistant TB*) (DepKes, 2007).

C. Kinerja Pengawasan Minum Obat (PMO)

Berdasarkan DepKes (2007) tentang Salah satu komponen DOTS adalah pengobatan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan

langsung. Untuk menjamin keteraturan pengobatan diperlukan seorang PMO.

1. Persyaratan PMO

- 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. Siapa yang bisa menjadi PMO

Sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan, misalnya Bidan di Desa, Perawat, Pekarya, Sanitarian, Juru Immunisasi, dan lain lain. Bila tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan, PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, anggota PPTI, PKK, atau tokoh masyarakat lainnya atau anggota keluarga.

3. Tugas seorang PMO

- a. Mengawasi pasien TB agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan.
- b. Memberi dorongan kepada pasien agar mau berobat teratur.
- c. Mengingatkan pasien untuk periksa ulang dahak pada waktu yang telah ditentukan.
- d. Memberi penyuluhan pada anggota keluarga pasien TB yang mempunyai gejala-gejala mencurigakan TB untuk segera memeriksakan diri ke Unit Pelayanan Kesehatan.

Tugas seorang PMO bukanlah untuk mengganti kewajiban pasien mengambil obat dari unit pelayanan kesehatan.

4. Informasi penting yang perlu dipahami PMO untuk disampaikan kepada pasien dan keluarganya:

- a. TB dapat disembuhkan dengan berobat teratur.
- b. TB bukan penyakit keturunan atau kutukan.

- c. Cara penularan TB, gejala-gejala yang mencurigakan dan cara pencegahannya.
- d. Cara pemberian pengobatan pasien (tahap intensif dan lanjutan). Pentingnya pengawasan supaya pasien berobat secara teratur.
- e. Kemungkinan terjadinya efek samping obat dan perlunya segera meminta pertolongan ke UPK (DepKes, 2007).

D. Keteraturan Berobat

Angka kesembuhan pengobatan TB Paru masih lebih rendah dari yang diharapkan, meskipun telah ada cara pengobatan TB Paru dengan efektivitas yang tinggi. Penyakit utama terjadinya hal tersebut adalah pasien tidak mematuhi ketentuan dan lamanya pengobatan secara teratur untuk mencapai kesembuhan. Terutama pemakaian obat secara teratur pada 2 bulan fase inisial sering kali tidak tercapai, sementara itu dengan mempersingkat lamanya pengobatan menjadi 6 bulan telah menunjukkan penurunan angka *drop out*.

Keteraturan berobat yaitu diminum tidaknya obat-obat tersebut, penting karena ketidakteraturan berobat menyebabkan timbulnya masalah resistensi. Karena semua tatalaksana yang telah dilakukan dengan baik akan menjadi sia-sia, bila tanpa disertai dengan sistem evaluasi yang baik pula. Oleh karena itu, peranan pendidikan mengenai penyakit dan keteraturan berobat sangat penting (Taufan,2008).

Dalam proses penyembuhan, penderita TBC dapat diberikan obat anti-TB (OAT) yang diminum secara teratur sampai selesai dengan pengawasan yang ketat. Masa pemberian obat memang cukup lama yaitu 6-8 bulan secara terus-menerus, sehingga dapat mencegah penularan kepada orang lain. Tanpa adanya keteraturan minum obat penyakit sulit disembuhkan. Jika tidak teratur minum obat penyakitnya sukar diobati kuman TB dalam tubuh akan berkembang semakin banyak dan menyerang organ tubuh lain akan membutuhkan waktu lebih lama untuk dapat

sembuh biaya pengobatan akan sangat besar dan tidak ditanggung oleh pemerintah (Ainur, 2008).

Beberapa faktor yang mempengaruhi keteraturan berobat:

1. Tingkat pendidikan
Semakin tinggi tingkat pendidikan responden, maka semakin baik penerimaan informasi tentang pengobatan penyakitnya sehingga akan semakin teratur proses pengobatan dan penyembuhan.
2. Mutu pelayanan kesehatan
Pelayanan kesehatan yang memuaskan pasien tersebut akan menimbulkan keinginan pasien untuk datang kembali.
3. Sarana dan Prasarana Pelayanan
4. Pada sarana dan prasarana memadai, penderita TB paru lebih banyak yang teratur minum obat dan yang tidak teratur terbukti lebih sedikit.
5. Efek samping obat
6. Regimen pengobatan (Mukhsin *et al*, 2006).

E. KEPATUHAN MINUM OBAT

Menurut Notoatmodjo (2010) bahwa kepatuhan minum obat pada penderita merupakan suatu perilaku terbuka (*overt behaviour*). Perilaku tersebut muncul akibat adanya operant respont atau instrumental respon yaitu respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu.

Teori lain yang mengungkapkan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan diantaranya adalah teori Lawrence Green. Menurut teori Lawrence Green perilaku ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yaitu:

1. Faktor- faktor Predisposisi (*predisposing factor*)
Faktor ini mencakup pengetahuan, sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan sebagainya.

Berbagai faktor demografi seperti keadaan sosial ekonomi, umur, jenis kelamin, secara tidak langsung dapat mempengaruhi perilaku kesehatan masyarakat.

2. Faktor-faktor pendukung (*Enabling factor*)

Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat, misalnya air bersih, tempat pembuangan tinja, ketersediaan makanan yang bergizi, dan sebagainya. Termasuk juga fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, poliklinik, posyandu, polindes, pos obat desa, dokter atau bidan praktik swasta, dan sebagainya. Untuk berperilaku sehat, masyarakat memerlukan sarana dan prasarana pendukung. Fasilitas ini pada hakikatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan.

3. Faktor-faktor pendorong (*Reinforcing factor*)

Yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas lain, teman, guru, dukungan dari keluarga dan masyarakat. Undang-undang, peraturan-peraturan, baik dari pusat maupun pemerintah daerah juga termasuk dalam faktor ini. Menurut L.Green, dorongan dari rekan kerja, pimpinan, tenaga kesehatan, dan anggota keluarga. Untuk berperilaku sehat, masyarakat kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif dan dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan perilaku contoh (acuan) dari para tokoh masyarakat, tokoh agama, dan para petugas, lebih-lebih petugas kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

Terdapat beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan, kepatuhan menurut Socket yang dikutip oleh Neil Niven (2000) bahwa kepatuhan pasien sebagai mana perilaku pasien sesuai ketentuan yang diberikan oleh professional kesehatan, berikut faktor – faktor yang mempengaruhi kepatuhan :

1) Faktor Penderita Individu

a) Sikap atau motivasi individu ingin sembuh

Motivasi atau sikap yang paling kuat adalah dalam diri individu sendiri. Motivasi individu ingin tetap mempertahankan kesehatan sangat mempengaruhi terhadap faktor- faktor yang berhubungan dengan perilaku penderita dalam kontrol penyakitnya.

b) Kenyakinan

Kenyakinan merupakan dimensi spiritual yang dapat menjalani kehidupan. Penderita yang berpegang teguh terhadap kenyakinannya akan memiliki jiwa yang tabah dan tidak mudah putus asa serta dapat menerima keadaannya.

2) Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan bagian dari penderita yang paling dekat dan tidak dapat dipisahkan. Penderita akan merasa senang dan tenteram apabila mendapatkan perhatian dan dukungan dari keluarga.

3) Dukungan Sosial

Dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga lain merupakan faktor- faktor yang penting dalam kepatuhan terhadap program- program medis. Keluarga dapat mengurangi ansietas yang disebabkan oleh penyakit tertentu dan dapat mengurangi godaan terhadap ketidaktaatan.

4) Dukungan Petugas Kesehatan

Dukungan petugas kesehatan merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi penerapan perilaku kepatuhan.

F. Puskesmas Dan Rekam Medis

1. Puskesmas

a. Definisi

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Secara nasional

standar wilayah kerja puskesmas adalah satu kecamatan. Apabila di satu kecamatan terdapat lebih dari satu puskesmas, maka tanggung jawab wilayah kerja dibagi antar puskesmas dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah yaitu desa/kelurahan atau dusun/rukun warga (RW) (DepKes, 2006).

b. Fungsi dari puskesmas antara lain :

- 1) Sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat di wilayahnya.
- 2) Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat.
- 3) Member pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara menyeluruh.
- 4) Member bantuan secara teknis, bahan-bahan, serts rujukan
- 5) Bekerja sama dengan sector lain melaksanakan program puskesmas (DepKes, 2006).

2. Rekam Medis

Rekam medis adalah kumpulan keterangan tentang identitas, hasil anamnesis, pemeriksaan dan catatan segala kegiatan pada pelayanan kesehatan atas pasien dari waktu ke waktu (Hanafiah, 1999).

Dalam PERMENKES RI No.7494/1989 rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan pelayanan kesehatan (Hanafiah, 1999).

a. Tujuan Penggunaan Rekam Medis

Tujuan penggunaan rekam medis menurut Hanafiah (1999) adalah:

- 1) Menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di RS/Puskesmas.
- 2) Mendukung pelayanan medis.

b. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis menurut Hanafiah (1999) antara lain :

- 1) Sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga ahli lainnya yang berperan di dalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien.
- 2) Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada pasien.
- 3) Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung atau dirawat di RS/Puskesmas.
- 4) Sebagai bahan yang berguna untuk analisa peneliyan dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.
- 5) Melindungi kepentingan hokum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya
- 6) Menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk kepentingan penelitian dan pendidikan.
- 7) Sebagai dasar di dalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medik pasien.
- 8) Sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan.