

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE)

Komunikasi adalah suatu proses penyampaian informasi (pesan, ide, gagasan) dari satu pihak kepada pihak lain agar terjadi saling mempengaruhi diantara keduanya. Pada umumnya, komunikasi dilakukan dengan menggunakan kata-kata (lisan) yang dapat dimengerti oleh kedua belah pihak. Apabila tidak ada bahasa verbal yang dapat dimengerti oleh keduanya, komunikasi masih dapat dilakukan dengan menggunakan gerak-gerik badan, menunjukkan sikap tertentu, misalnya tersenyum, menggelengkan kepala, mengangkat bahu. Cara seperti ini disebut komunikasi dengan bahasa nonverbal (Wikipedia, 2007).

Informasi adalah pengetahuan yang didapatkan dari pembelajaran, pengalaman, atau instruksi. Bagi masyarakat dengan tingkat pendidikan rendah informasi kesehatan sangat dibutuhkan, dalam rangka meningkatkan kualitas hidup sehat. (Wikipedia, 2007).

Edukasi kesehatan pada hakekatnya adalah suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut, masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. (Wikipedia, 2007).

1. Tujuan KIE

Sehingga dengan komunikasi, informasi, dan edukasi yang baik antara petugas kesehatan dengan masyarakat nantinya diharapkan respon deteksi dini penyakit TBC meningkat.

2. Proses KIE

Petugas kesehatan merencanakan pertemuan dengan masyarakat baik secara individu ataupun forum. Memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi masalah penyakit TBC, agar masyarakat tahu lebih mendalam. Sehingga nantinya diharapkan masyarakat lebih merespon diteksi dini penyakit TBC.

B. Deteksi dini.

1. Pengertian deteksi dini.

Suatu upaya untuk mengetahui kemungkinan terjadinya suatu penyakit, sehingga apabila penyakit tersebut benar terjadi kita sudah siap menanggulangi penyakit tersebut (Anonim, 2008).

2. Tujuan deteksi dini.

Dalam hal kesehatan tujuan melakukan deteksi dini adalah agar kita dapat mengetahui adanya kemungkinan terjadinya suatu penyakit sejak awal, artinya kita dapat melakukan upaya penanggulangan sejak penyakit tersebut masih ringan atau belum berbahaya. Maka kita akan lebih siap dalam menghadapi segala kemungkinan/ perkembangan

kondisi yang terjadi. Sehingga apabila penyakit benar terjadi, kita sudah siap dan cepat dalam menanggulangi penyakit tersebut.

Dengan demikian kita dapat meminimalisir dampak yang mungkin timbul akibat penyakit tersebut serta mencegah penyakit tersebut membesar. Dengan persiapan langkah-langkah penanggulangan atas penyakit yang mungkin terjadi, maka dampak yang mungkin timbul dapat segera diatasi. Selain itu dengan upaya penanggulangan yang dini atas penyakit, maka kemungkinan penyakit untuk menjadi lebih besar dapat ditekan/ dihindari (Anonim, 2008).

C. TBC

1. Pengertian TBC

TBC adalah penyakit kronik yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* dan ditandai oleh pembentukan granuloma pada jaringan yang terinfeksi. Tempat penyakit biasanya pada paru tetapi organ lain dapat terkena. Tanpa terapi efektif, biasanya terjadi perjalanan menahun yang membuat pasien kurus dan akhirnya diikuti kematian pada banyak kasus.

Basil *Mycobacterium tuberculosis* dapat hidup dan tetap virulen beberapa minggu dalam keadaan kering, tetapi dalam cairan akan mati dalam suhu 60 derajat celsius selama 15-20 menit. Fraksi protein basil tuberkulosis menyebabkan sifat tahan asam dan merupakan faktor

penyebab terjadinya fibrosis. Basil tidak membentuk toxin, baik endotoxin maupun exotosin (Amin dan Bahar, 2006).

Penyakit Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium Tuberculosis*), sebagian besar kuman TB menyerang Paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya.

Kuman Tuberkulosis :

Kuman ini berbentuk batang, mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam pada pewarnaan, Oleh karena itu disebut pula sebagai Basil Tahan Asam (BTA), kuman TB cepat mati dengan sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup beberapa jam ditempat yang gelap dan lembab. Dalam jaringan tubuh kuman ini dapat Dormant, tertidur lama selama beberapa tahun (Utama, 2008).

Penyakit TBC adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri Mikobakterium tuberkulosa. Bakteri ini berbentuk batang dan bersifat tahan asam sehingga dikenal juga sebagai Batang Tahan Asam (BTA). Bakteri ini pertama kali ditemukan oleh Robert Koch pada tanggal 24 Maret 1882, sehingga untuk mengenang jasanya bakteri tersebut diberi nama baksil Koch. Bahkan, penyakit TBC pada paru-paru kadang disebut sebagai Koch Pulmonum (KP) (Medicastore, 2009).

2. Penularan

Tuberkulosis ditularkan dari orang ke orang melalui jalan udara. Walaupun cara penularan lain mungkin dan telah didokumentasikan kadang-kadang namun tak satu pun yang sangat penting. Basil tuberkel dalam sekresi pernafasan membentuk inti untuk droplet air yang dikeluarkan selama batuk, bersin, dan bicara. Droplet kecil menguap dalam jarak singkat dari mulut, sehingga basil yang telah keringkan setelah itu tetapi ditularkan udara untuk waktu yang lama. Infeksi pada hospes yang rentan timbul bila beberapa basil terinhalasi. Tidak besar jumlah basil yang diekresikan oleh kebanyakan orang yang terinfeksi, khas kontak dirumah selama beberapa bulan diperlukan untuk penularan. Tetapi tuberkulosis larinx, penyakit endobronkial, penyebaran tuberkulosis transbronkial belakangan ini menular (Amin dan Bahar, 2006).

Sifat menular ini berhubungan dengan jumlah organisme di dalam sputum yang dibatukan, luas penyebaran dan frekuensi batuk. Mikobakteria rentan terhadap radiasi ultraviolet dan penularan infeksi jarang terjadi di luar rumah siang hari. Ventilasi adekuat merupakan tindakan terpenting yang dapat digunakan untuk mengurangi sifat menular dari lingkungan. Kebanyakan pasien menjadi tak menular dalam 2 minggu setelah pemberian kemoterapi yang tepat karena penularan jumlah organisme yang di ekresikan dan penurunan batuk. Penyakit TBC biasanya menular melalui udara yang tercemar dengan bakteri

Mikobakterium tuberkulosa yang dilepaskan pada saat penderita TBC batuk, dan pada anak-anak sumber infeksi umumnya berasal dari penderita TBC dewasa.

Bakteri ini bila sering masuk dan terkumpul di dalam paru-paru akan berkembang biak menjadi banyak (terutama pada orang dengan daya tahan tubuh yang rendah), dan dapat menyebar melalui pembuluh darah atau kelenjar getah bening. Oleh sebab itulah infeksi TBC dapat menginfeksi hampir seluruh organ tubuh seperti: paru-paru, otak, ginjal, saluran pencernaan, tulang, kelenjar getah bening, dan lain-lain, meskipun demikian organ tubuh yang paling sering terkena yaitu paru-paru (Medicastore, 2009).

3. Manifestasi Klinis

Penderita TBC akan mengalami berbagai gangguan kesehatan, seperti batuk berdahak kronis, demam subfebril, berkeringat tanpa sebab di malam hari, sesak napas, nyeri dada, dan penurunan nafsu makan. Semuanya itu dapat menurunkan produktivitas penderita bahkan kematian.

Gejala umum : Batuk terus menerus dan berdahak selama 3 minggu atau lebih.

Gejala lain yang sering dijumpai :

- a. Dahak bercampur darah
- b. Batuk darah
- c. Sesak nafas dan rasa nyeri dada

- d. Badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan menurun, rasa kurang enak badan (malaise), berkeringat malam walaupun tanpa kegiatan, demam meriang lebih dari satu bulan.

Gejala-gejala tersebut diatas dijumpai pula pada penyakit paru selain TBC. Oleh sebab itu orang yang datang dengan gejala diatas harus dianggap sebagai seorang “suspek tuberkulosis” atau tersangka penderita TB, dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung. Selain itu, semua kontak penderita TB Paru BTA positif dengan gejala sama, harus diperiksa dahaknya (Amin dan Bahar, 2006).

4. Pemeriksaan Klinis

Pemeriksaan pertama terhadap keadaan umum pasien mungkin ditemukan konjungtiva mata atau kulit yang pucat karena anemia, suhu demam (subfibris), badan kurus atau berat badan menurun.

Tempat kelainan lesi TB yang perlu dicurigai adalah bagian apeks paru. Bila dicurigai infiltrat yang agak luas, maka akan didapatkan perkusi yang redup dan auskultasi nafas bronkial. Akan didapatkan juga suara nafas tambahan berupa ronkhi basah, kasar, dan nyaring. Tetapi bila infiltrat ini diliputi oleh penebalan pleura, suara nafasnya menjadi vesikular melemah (Amin dan Bahar, 2006).

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Tuberculin skin testing

Dilakukan dengan menginjeksikan secara intracutaneous 0.1 ml *Tween-Stabilized Liquid* PPD pada bagian punggung atau dorsal dari lengan bawah. Dalam waktu 48 – 72 jam, area yang menonjol (indurasi), bukan eritema, diukur. Ukuran tes Mantoux ini sebesar 5mm diinterpretasikan positif pada kasus-kasus :

- 1) Individu yang memiliki atau dicurigai terinfeksi HIV
- 2) Memiliki kontak yang erat dengan penderita TBC yang infeksius
- 3) Individu dengan rontgen dada yang abnormal yang mengindikasikan gambaran proses penyembuhan TBC yang lama, yang sebelumnya tidak mendapatkan terapo OAT yang adekuat
- 4) Individu yang menggunakan Narkoba dan status HIV-ny tidak diketahui

Sedangkan ukuran 10 mm uji tuberculin, dianggap positif biasanya pada kasus-kasus seperti :

- 1) Individu dengan kondisi kesehatan tertentu, kecuali penderita HIV
- 2) Individu yang menggunakan Narkoba (jika status HIV-ny negative)

- 3) Tidak mendapatkan pelayanan kesehatan, populasi dengan pendapatan yang rendah, termasuk kelompok ras dan etnik yang beresiko tinggi
- 4) Penderita yang lama mondokdirumah sakit
- 5) Anak kecil yang berusi kurang dari 4 tahun

Uji ini sekarang sudah tidak dianjurkan dipakai, karena uji ini hanya menunjukkan ada tidaknya antibodi anti TBC pada seseorang, sedangkan menurut penelitian, 80% penduduk Indonesia sudah pernah terpapar antigen TBC, walaupun tidak bermanifestasi, sehingga akan banyak memberikan false positif.

b. Pemeriksaan radiologis

- 1) Adanya infeksi primer digambarkan dengan nodul terkalsifikasi pada bagian perifer paru dengan kalsifikasi dari limfe nodus hilus
- 2) Sedangkan proses reaktivasi TB akan memberikan gambaran :
 - a) Nekrosis
 - b) Cavitasi (terutama tampak pada foto posisi apical lordotik)
 - c) Fibrosis dan retraksi region hilus
 - d) Bronchopneumonia
 - e) Infiltrate interstitial
 - f) Pola milier
 - g) Gambaran diatas juga merupakan gambaran dari TB primer lanjut
- 3) TB pleurisy, memberikan gambaran efusi pleura yang biasanya terjadi secara massif

4) Aktivitas dari kuman TB tidak bisa hanya ditegakkan hanya dengan 1 kali pemeriksaan rontgen dada, tapi harus dilakukan serial rontgen dada. Tidak hanya melihat apakah penyakit tersebut dalam proses progresi atau regresi.

c. Pemeriksaan darah

Pemeriksaan ini kurang mendapat perhatian karena hasilnya kadang-kadang meragukan, tidak sensitif, tidak juga spesifik. Pada saat TB baru mulai (aktif) akan didapatkan jumlah leukosit yang sedikit meninggi dengan hitung jenis pergeseran ke kiri. Jumlah limfosit masih dibawah normal. Laju endap darah mulai meningkat. Jika penyakit mulai sembuh, jumlah leukosit kembali normal, dan jumlah limfosit masih tinggi. Laju endap darah mulai turun ke arah normal lagi. Bisa juga didapatkan anemia ringan dengan gambaran normokron dan normositer, gama globulin meningkat dan kadar natrium darah menurun.

d. Pemeriksaan sputum

Pemeriksaan sputum adalah penting, karena dengan ditemukannya kuman BA, diagnosis tuberkulosis sudah dapat dipastikan. Kriteria BTA positif adalah bila sekurang-kurangnya ditemukan 3 batang kuman BTA pada satu sediaan (Amin dan Bahar, 2006).

6. Klasifikasi penyakit dan tipe penderita

Penentuan klasifikasi penyakit dan tipe penderita TB memerlukan “definisi kasus” yang memberikan batasan baku dari setiap klasifikasi dan tipe penderita.

Ada empat hal yang perlu diperhatikan dalam menentukan definisi kasus yaitu:

- a. Organ tubuh yang sakit : paru atau ekstra paru
- b. Hasil pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung : BTA positif atau BTA negatif
- c. Riwayat pengobatan sebelumnya : baru atau sudah pernah diobati
- d. Tingkat keparahan penyakit : penyakit ringan atau berat (Amin dan Bahar, 2006).

7. Klasifikasi

a. Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis paru adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan paru, tidak termasuk pleura (selaput paru).

Berdasarkan pemeriksaan dahak, TB Paru dibagi menjadi 2 yaitu :

- 1) Tuberkulosis Paru BTA positif
 - 2) Tuberkulosis Paru BTA negatif
- b. Tuberkulosis Ekstra Paru

Tuberkulosis ekstra paru adalah tuberkulosis yang menyerang organ tubuh selain jaringan paru,, misalnya pleura (selaput paru),

selaput otak, selaput jantung, kejar limfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin dan lain-lain.

Berdasarkan tingkat keparahannya, TB Ekstra Paru dibagi menjadi 2 yaitu:

1) Tuberkulosis Ekstra Paru Ringan

Misal: TB kelenjar limfe, pleuritis eksudatif unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi dan kelenjar adrenal

2) Tuberkulosis Ekstra Paru Berat

Misal: meningitis, milier, perikarditis, peritonitis, pleuritis eksudatif dupleks, TB tulang belakang, TB usus, TB saluran kencing dan alat kelamin (Amin dan Bahar, 2006).

8. Tipe Penderita

Tipe penderita ditentukan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya. Ada beberapa tipe penderita, yaitu:

- a. Kasus baru adalah penderita yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (30 dosis harian).
- b. Kambuh (relaps) adalah penderita TB yang sebelumnya pernah mendapatkan terapi TB dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, kemudian kembali lagi berobat dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif.
- c. Pindahan (transfer in) adalah penderita TB yang sedang mendapatkan pengobatan disuatu kabupaten lain dan kemudian

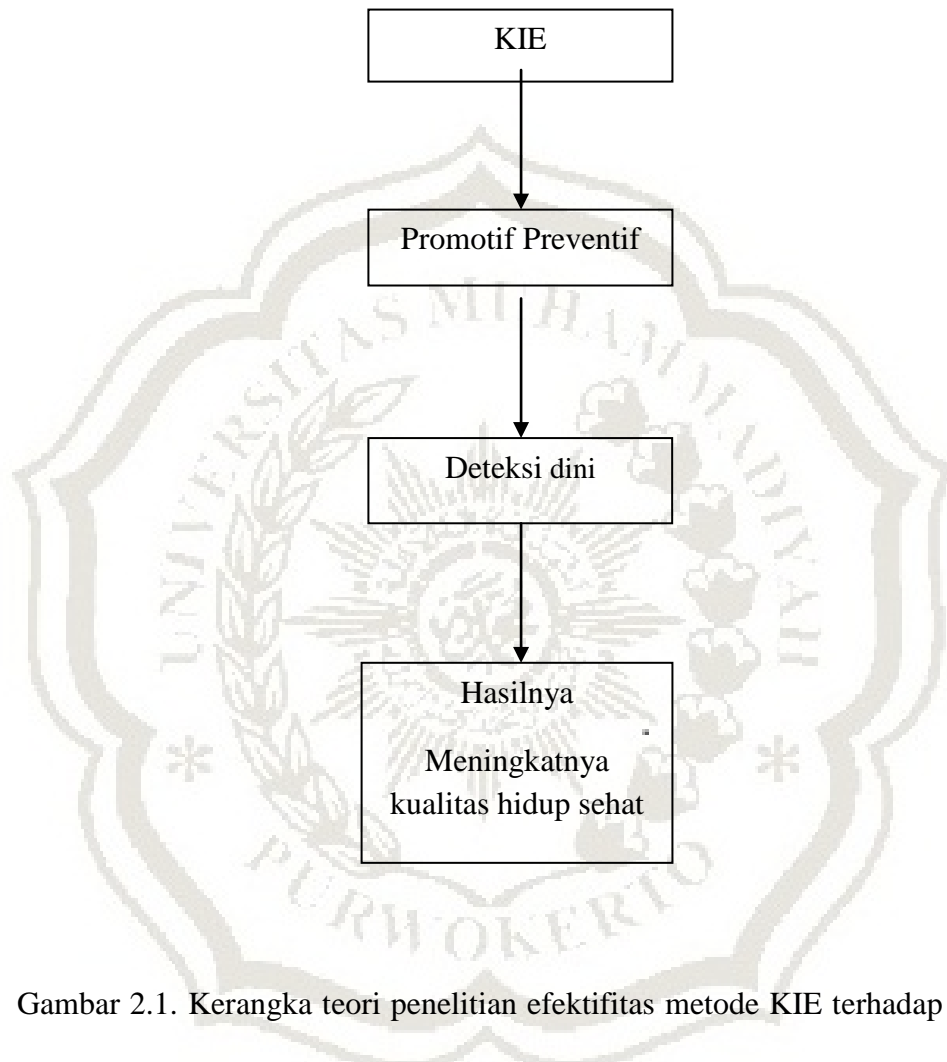
pindah berobat ke kabupaten ini. Penderita tersebut harus membawa surat rujukan/pindahan (FORM TB 09).

- d. Kasus berobat setelah lalai (pengobatan setelah *default/drop-out*) adalah penderita TB yang kembali berobat dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif setelah putus berobat 2 bulan atau lebih.
- e. Gagal adalah penderita BTA negatif, rontgen positif yang menjadi BTA positif pada akhir bulan ke-2 pengobatan.
- f. Lain-lain adalah semua penderita lain yang tidak memenuhi persyaratan tersebut diatas. Termasuk dalam kelompok ini adalah kasus kronik (adalah penderita yang masih BTA positif setelah menyelesaikan pengobatan ulang dengan kategori 2) (Amin dan Bahar, 2006).

9. Pengobatan tuberkulosis

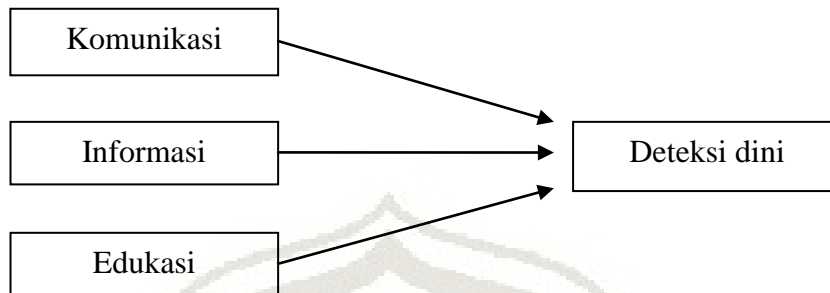
Saat ini telah dapat dilakukan pengobatan TBC secara efektif dan dalam waktu yang relatif singkat. Program pengobatan tersebut dikenal dengan nama DOTS (*Direct Observed Treatment Shortcourse*). Obat yang digunakan adalah kombinasi dari *Rifampicin*, *Isoniazid*, *Pyrazinamid*, *Ethambutol*, dan *Streptomycin*. Pengobatan dilakukan dalam waktu 6-8 bulan secara intensif dengan diawasi seorang PMO (Pengawas Minum Obat) untuk meningkatkan ketaatan penderita dalam minum obat (Amin dan Bahar, 2006)

D. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka teori penelitian efektifitas metode KIE terhadap respon deteksi dini penyakit TBC di Desa Srowot kec. Kalibagor kab. Banyumas 2009

E. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka konsep penelitian efektifitas metode KIE terhadap respon deteksi dini penyakit TBC di Desa Srowot kec. Kalibagor kab. Banyumas 2009.

F. Hipotesis

Dari uraian di atas hipotesis yang dapat diajukan adalah “Adanya efektifitas metode KIE terhadap respon deteksi dini penyakit tuberkulosis”.