

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Penyakit Tuberkolosis

##### 1. Definisi dan Etiologi

Penyakit TB paru adalah penyakit menular kronis yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* (Hayati, 2011). Cara penularan yang paling utama penyakit tuberkolosis paru karena terpapar langsung dengan bakteri yang terdapat dalam *droplet* yang dikeluarkan penderita sewaktu bersin, batuk, dan pada saat berbicara (Muttaqin, 2007). Bakteri ini juga mempunyai ciri dengan kandungan lemaknya yang tinggi pada membrana sel, oleh sebab itu mengakibatkan bakteri ini memiliki karakteristik tahan terhadap asam dan pertumbuhannya yang berlangsung dengan lambat (Tabrani, 2010). Waktu terapi yang memerlukan waktu yang lama menyebabkan peningkatan resiko penderita putus obat selama masa penyembuhan dengan berbagai alasan, antara lain merasa telah sehat atau faktor ekonomi. Akibatnya menyebabkan pola pengobatan harus dimulai dari awal dengan biaya menjadi lebih besar serta menghabiskan waktu berobat yang lebih lama dari sebelumnya (Risksedas, 2010).

##### 2. Gejala

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, napsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat pada malam hari tanpa kegiatan fisik, demam lebih dari satu bulan. Gejala-gejala tersebut dapat juga dijumpai pada penyakit paru selain TB, seperti bronkiektasi, bronkitis kronis, asma, kanker paru, dan lain-lain. Prevalensi TB paru di Indonesia saat ini masih tinggi, maka setiap orang yang datang ke Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) dengan gejala

tersebut, dianggap sebagai penderita (*suspect*) pasien TB paru dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung (Depkes, 2008).

Pemeriksaan dahak berfungsi untuk menegakkan diagnosa, menilai keberhasilan pengobatan dan menentukan potensi penularan. Pemeriksaan dahak untuk menegakkan diagnosa dilakukan dengan mengumpulkan 3 spesimen dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan berupa sewaktu-pagi-sewaktu (S-P-S) (Depkes, 2008).

### 3. Perjalanan Penyakit

Menurut Depkes RI (2002) riwayat terjadinya TB paru ada dua yaitu infeksi primer dan pasca primer. Infeksi primer terjadi saat seseorang terpapar pertama kali dengan kuman TBC. Droplet yang terhirup sangat kecil ukurannya, sehingga dapat melewati sistem pertahanan mukosilier bronkus, dan terus berjalan sehingga sampai di alveolus dan menetap di sana. Infeksi dimulai saat kuman TBC berhasil berkembang biak dengan cara pembelahan diri di paru. Saluran limfe akan membawa kuman TBC ke kelenjar limfe di sekitar hilus paru, proses ini disebut sebagai kompleks primer. Waktu antara terjadinya infeksi sampai pembentukan komplek primer adalah sekitar 4-6 minggu. Adanya infeksi dapat dibuktikan dengan terjadinya perubahan reaksi tuberkulin dari negatif menjadi positif (Depkes, 2008).

Kelanjutan setelah infeksi primer tergantung dari banyaknya kuman yang masuk dan besarnya respon daya tahan tubuh (imunitas seluler). Pada umumnya reaksi daya tahan tubuh tersebut dapat menghentikan perkembangan kuman TBC. Meskipun demikian, ada beberapa kuman akan menetap sebagai kuman persisten. Kadang-kadang daya tahan tubuh tidak mampu menghentikan perkembangan kuman, akibatnya dalam beberapa bulan, yang bersangkutan akan menjadi penderita TBC. Masa inkubasi, yaitu waktu yang diperlukan

mulai terinfeksi sampai menjadi sakit, diperkirakan sekitar 6 bulan. Kedua tuberkulosis paska primer biasanya terjadi setelah beberapa bulan atau tahun sesudah infeksi primer, misalnya karena daya tahan tubuh menurun akibat terinfeksi HIV atau status gizi yang buruk. Ciri khas dari tuberkulosis paska primer adalah kerusakan paru yang luas dengan terjadinya kavitas atau efusi pleura (Depkes, 2008).

#### 4. Diagnosis

Dalam menentukan seseorang dengan tuberkolosis atau tidak dapat dengan pemeriksaan laboratorium yang telah menjadi salah satu pelayanan disetiap Puskesmas. Dalam program penanggulangan tuberkolosis khususnya TB paru, dapat dengan pemeriksaan sediaan mikroskopis BTA dari spesimen dahak yang merupakan komponen kunci untuk menegakan diagnosis, evaluasi, dan tindak lanjut pengobatan. Pemeriksaan dahak untuk menegakan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan tiga spesimen dahak yang telah di kumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan yaitu Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS) (Gerdunas TBC, 2001).

Sesuai dengan Depkes RI tahun 2002, pemeriksaan mikroskopis merupakan pemeriksaan dahak yang paling *efisien*, mudah, dan murah. Pemeriksaan mikroskopis bersifat spesifik dan cukup sensitif karena pemeriksaan spesimen dahak dilakukan tiga kali. Dengan pemeriksaan spesimen dari SPS secara mikroskopis dapat menghasilkan data yang tepat dan dapat dijadikan landasan dalam menegakan diagnosis tuberkolosis.

#### 5. Gejala-gejala Tuberkolosis

Terdapat beberapa gejala tuberkolosis diantaranya yaitu:

##### a. Gejala umum

Batuk terus menerus dan berdahak selama tiga minggu atau lebih.

##### b. Gejala lain yang sering dijumpai

- 1) Dahak bercampur darah
- 2) Batuk darah

- 3) Sesak nafas dan rasa nyeri dada
- 4) Badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan turun, malaise, berkeringat malam walaupun tanpa kegiatan, demam meriang lebih dari sebulan (Depkes, 2000).

#### 6. Pengobatan Tuberkolosis

Pada awal tahun 1990, WHO telah mencanangkan penanggulangan tuberkolosis dengan menjalankan program DOTS. Sejak direkomendasikan secara luas ke seluruh dunia pada tahun 1995, program ini telah dilaporkan dapat menekan angka kejadian tuberkolosis. Strategi DOTS mencakup lima komponen penting yaitu (Depkes RI, 2011) :

- a. Komitmen politis, dengan peningkatan dan kesinambungan pendanaan.
- b. Penemuan kasus melalui pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya.
- c. Pengobatan yang standar, dengan supervisi dan dukungan bagi pasien.
- d. Sistem pengelolaan dan ketersediaan OAT yang efektif.
- e. Sistem monitoring pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien dan kinerja program.

Dalam *Pharmaceutical Care* untuk penyakit TB secara umum pengobatan tuberkolosis terbagi menjadi 2 fase, yaitu :

- a. Fase intensif, dalam fase ini obat yang digunakan terdiri atas terapi isoniazid (H) dikombinasikan dengan rifampisin (R) dan pirazinamida (Z) selama dua bulan. Untuk prevensi resistensi ditambahkan etambutol (E) dan streptomisin.
- b. Fase pemeliharaan, pada fase ini menggunakan isoniazid bersama rifampisin selama 7 bulan (Depkes, 2005).

Departemen Kesehatan 2011 melalui Program Nasional Pengendalian Tuberkulosis di Indonesia menggunakan panduan dalam menggunakan OAT sebagai berikut :

- a. Kategori 1 : 2(HRZE)/4(HR)3.
- b. Kategori 2 : 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HR)3E3.
- c. Obat sisipan : (HRZE)
- d. Kategori Anak: 2HRZ/4HR
- e. Obat untuk pasien TB resistan : OAT lini ke-2 yaitu Kanamycin, Capreomisin, Levofloksasin, Ethionamide, sikloserin dan Para Aminosalisilik (PAS), serta OAT lini-1, yaitu pirazinamid dan etambutol.

Paduan OAT kategori-1 dan kategori-2 disediakan dalam bentuk paket berupa obat kombinasi dosis tetap (OAT-KDT). Tablet OAT KDT ini terdiri dari kombinasi 2 atau 4 jenis obat dalam satu tablet. Dosisnya disesuaikan dengan berat badan pasien. Paduan ini dikemas dalam satu paket untuk satu pasien. Selain itu terdapat pula paket Kombipak yaitu paket obat lepas yang terdiri dari Isoniasid, Rifampisin, Pirazinamid dan Etambutol yang dikemas dalam bentuk blister.

Selain ketersediaan obat, parameter lain dalam pengobatan TB dengan metode DOTS adalah kehadiran PMO untuk menjamin keteraturan pengobatan. Diantara tugas PMO adalah sebagai berikut (Depkes RI, 2011) :

- 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 Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Adapun pemantauan hasil pengobatan TB dilakukan dengan pemeriksaan ulang dahak secara mikroskopis. Pemeriksaan dahak secara mikroskopis lebih baik dibandingkan dengan pemeriksaan radiologis dalam memantau kemajuan pengobatan. Untuk memantau kemajuan pengobatan dilakukan pemeriksaan spesimen sebanyak dua kali (sewaktu dan pagi). Hasil pemeriksaan dinyatakan negatif bila ke 2 spesimen tersebut negatif. Bila salah satu spesimen positif atau keduanya positif, hasil pemeriksaan ulang dahak tersebut dinyatakan positif (Depkes RI, 2011).

## **B. Faktor Penghambat dan Pendukung Terapi**

Terdapat beberapa faktor yang menjadi penghambat dan pendukung terhadap pengobatan pada pasien tuberkulosis, diantaranya :

### **1. Kesadaran pasien terhadap kondisi penyakit**

Semakin besar kesadaran pasien terhadap kondisi penyakit yang dideritanya akan mengancam jiwa akan mendorong seseorang untuk melakukan tindakan pencegahan atau penyembuhan penyakit. Kondisi pasien yang sadar akan resiko dari penyakit yang dideritanya akan melakukan pengobatan dengan baik dan benar.

### **2. Pengalaman pribadi dalam terapi**

Pengalaman pribadi yang dialami seorang pasien dalam terapi dengan OAT akan membuat trauma terhadap efek samping yang terjadi.

### **3. Tingkat pendidikan**

Tingkat pendidikan dari pasien akan mempengaruhi dalam pengobatan, semakin tinggi pendidikan semakin tinggi kesadaran akan kesehatan yang berarti pendidikan mempunyai pengaruh positif terhadap pengobatan TB dengan OAT

#### 4. Dukungan emosional dari orang sekitar

Dukungan yang positif terhadap pengobatan dari keluarga, teman, dan petugas kesehatan akan meningkatkan kesungguhan pasien dalam menjalani pengobatan dengan OAT.

#### 5. Waktu

Waktu pengobatan yang relatif lebih lama dari penyakit infeksi pada umumnya akan mempengaruhi terhadap semangat pasien dalam menjalani pengobatan dengan OAT.

#### 6. Letak geografis

Jarak rumah pasien dengan pusat pelayanan kesehatan akan mempengaruhi pasien TB dalam pengobatan. Jarak yang jauh atau medan yang sukar dijalani akan menjadi penghambat, dan sebaliknya jarak yang dekat atau medan yang mudah dilalui akan mejadi faktor pendukung bagi pasien dalam pengobatan dengan OAT.

### **C. Focus Group Discussion (FGD)**

#### 1. Definisi

Definisi awal mengenai metode FGD yaitu suatu kegiatan melakukan eksplorasi suatu isu atau fenomena khusus dari diskusi suatu kelompok individu yang berfokus pada aktivitas bersama diantara para individu yang terlibat di dalam untuk menghasilkan suatu kesepakatan bersama (Kitzinger, 1999).

#### 2. Tujuan

Tujuan diadakannya FGD yaitu untuk memperoleh interaksi data yang dihasilkan dari suatu diskusi sekelompok responden dalam peningkatan kedalaman informasi menyingkap berbagai aspek suatu fenomena kehidupan, sehingga fenomena tersebut dapat didefinisikan dan diberi penjelasan (Afiyanti, 2008).

#### 3. Karakteristik Metode FGD

Ada beberapa karakteristik dari metode FGD, diantaranya ialah

##### a. Membentuk Tim

Tim FGD umumnya mencakup:

1) Moderator

Moderator bertanggung jawab sebagai fasilitator diskusi, oleh sebab itu seorang moderator harus memahami masalah yang dibahas serta tujuan penelitian yang hendak dicapai (keterampilan substantif), serta terampil mengelola diskusi (keterampilan proses).

2) Asisten Moderator/*co-fasilitator*

Seorang asisten moderator/*co-fasilitator* berperan mengamati jalannya FGD, dan bertugas mengingatkan moderator mengenai: waktu, fokus diskusi, apakah masih ada pertanyaan penelitian yang belum terjawab, atau hal lain yang berkaitan dengan tanggung jawab moderator.

3) Pencatat Proses/Notulen

Notulen bertugas mencatat inti permasalahan yang didiskusikan, merekam dengan alat rekam suara, Umumnya dibantu dengan alat pencatatan berupa satu unit *handphone* dan komputer atau laptop untuk memudahkan notulen dalam menjalankan perannya.

4) Penghubung Peserta

Seorang yang menjalankan peran ini umumnya diberikan kepada seorang yang telah mengenal peserta FGD yang dapat menghubungi, dan memastikan partisipasi peserta.

5) Penyedia Logistik

FGD adalah sebuah kegiatan yang melibatkan banyak orang sehingga memerlukan konsumsi sebagai bentuk penghargaan dan tanda terima kasih, menyiapkan alat dokumentasi, dan keperluan yang lain sehingga untuk memperlancar berjalannya kegiatan FGD diperlukan seorang yang bertanggung jawab sebagai penyedia logistik.

6) Dokumentasi

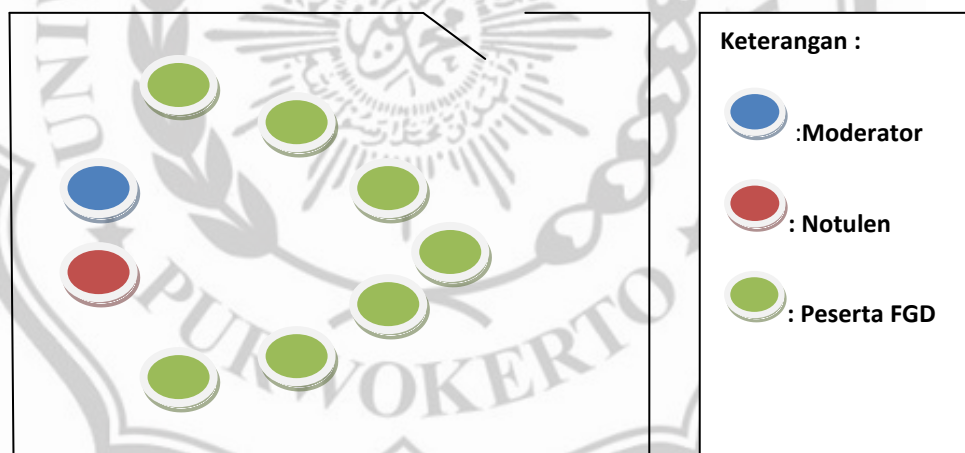
Dokumentasi berperan sebagai seorang yang mendokumentasikan kegiatan FGD seperti memotret, merekam (*audio/video*), dan menjamin berjalannya alat-alat dokumentasi, terutama perekam selama dan sesudah FGD berlangsung.

7) Lain-lain jika diperlukan (*tentatif*)

Seorang yang bertanggung jawab atas kelancaran berjalannya FGD dari gangguan seperti *blocker*.

b. Memilih dan Mengatur Tempat

Pada prinsip awal FGD dapat dilakukan dimana saja, namun harus memiliki beberapa syarat yang harus terpenuhi, diantaranya yaitu tempat yang netral, nyaman, aman, tidak bising, berventilasi cukup, dan bebas dari gangguan yang diperkirakan bisa muncul seperti anak kecil dan lain sebagainya. Untuk gambaran *layout* ruang diskusi dapat dilihat pada gambar berikut :



Gambar 1. *Layout* ruang FGD