

BAB 2

STUDI LITERATUR

2.1 Konsep TB

2.1.1 Definisi Tuberkulosis

Tuberkulosis paru adalah penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yakni kuman aerob yang dapat hidup terutama di paru atau diberbagai organ tubuh yang lainnya yang mempunyai tekanan parsial oksigen yang tinggi (Rab, 1996). Menurut Alsagaf & Mukhti (2005) Tuberkulosis paru adalah penyakit menular yang disebabkan oleh basil mikobakterium tuberkulosis yang menyerang pernapasan bagian bawah. Menurut Sumantri (2010)

2.1.2 Patofisiologi Tuberkulosis Paru

Infeksi diawali karena seseorang menghirup hasil *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri menyebar melalui jalan napas menuju alveoli lalu berkembang biak dan terlihat menumpuk. Perkembangan *Mycobacterium tuberculosis* juga dapat menjangkau sampai ke area lain dari paru-paru (lobus atas). Basil juga menyebar melalui sistem limfe dan aliran darah ke bagian tubuh lain (ginjal, tulang, dan korteks serebri) dan area lain dari paru-paru (lobus atas). Selanjutnya, sistem kekebalan tubuh memberikan respons dengan melakukan reaksi inflamasi. Neutrofil dan makrofaga melakukan aksi fagositosis (menelan bakteri), sementara limfosit spesifik tuberkulosis menghancurkan (melisiskan) basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan ini mengakibatkan terakumulasinya eksudat dalam alveoli yang menyebabkan bronkopneumonia. Infeksi awal biasanya timbul dalam waktu 2-10 minggu setelah terpapar bakteri (Sumantri,2010).

Interaksi antara *Mycobacterium tuberculosis* dan sistem kekebalan tubuh pada masa awal infeksi membentuk sebuah massa jaringan baru yang disebut granuloma. Granuloma terdiri atas gumpalan basil hidup dan mati yang dikelilingi oleh makrofag seperti dinding. Granuloma selanjutnya berubah bentuk menjadi masa jaringan fibrosa. Bagian tengah dari massa tersebut disebut ghon tuberculosis. Materi yang terdiri atas makrofag dan bakteri menjadi nekrotik yang selanjutnya membentuk materi yang penampakkannya seperti keju (*necrotizing caseosa*), hal ini akan menjadi klasifikasi dan akhirnya membentuk jaringan kolagen kemudian bakteri menjadi nonaktif (Sumantri, 2010). Setelah infeksi awal, jika respon imun tidak adekuat maka penyakit akan menjadi lebih parah. Penyakit yang kian parah dapat timbul akibat infeksi tulang atau bakteri yang sebelumnya tidak aktif kembali menjadi aktif. Pada kasus ini, ghon tubercle mengalami ulserasi sehingga menghasilkan *necrotizing caseosa* didalam bronkhus. Tuberkel yang ulserasi selanjutnya menjadi sembuh dan membentuk jaringan parut. Paru-paru yang terinfeksi kemudian meradang mengakibatkan timbulnya bronkopneumonia, membentuk tuberkel, dan seterusnya. Pneumonia seluler ini dapat sembuh dengan sendirinya (Sumantri, 2010). Proses ini berjalan terus dan basil terus difagosit atau berkembang biak didalam sel makrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu membentuk sel tuberkel epiteloid yang dikelilingi oleh limfosit (membutuhkan 10-20 hari). Daerah yang mengalami nekrosis dan jaringan granulasi yang dikelilingi sel epiteloid dan fibroblas akan menimbulkan respons berbeda, kemudian pada akhirnya akan membentuk suatu kapsul yang dikelilingi oleh tuberkel (Sumantri, 2010). Klasifikasi tuberkulosis dibagi menjadi empat, yaitu sebagai berikut:

2.1.3 Klasifikasi Tuberkulosis

berdasarkan organ tubuh yang terkena, yaitu:

- a. Tuberkulosis paru, adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan (parenkim) paru. tidak termasuk pleura (selaedput paru) dan kelenjar pada hilus.
- b. Tuberkulosis ekstra paru, adalah tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (pericardium), kelenjar limfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain.

Klasifikasi tuberkulosis berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjadi pada TB Paru, yaitu:

- a. Tuberkulosis paru BTA positif

Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA Satu spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran tuberkulosis. Kasus yang tidak memenuhi definisi pada TB paru BTA positif. Kriteria diagnostik

- b. TB paru BTA negatif

Minimal 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negative, Foto toraks abnormal menunjukkan gambaran tuberculosis, Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.

Klasifikasi tuberkulosis berdasarkan tingkat keparahan penyakit, yaitu:

- a. TB paru BTA negatif foto toraks positif dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu bentuk berat dan ringan. Bentuk berat bila gambaran foto toraks memperlihatkan gambaran kerusakan paru

yang luas (misalnya proses yang lebih tinggi), dan atau keadaan umum pasien buruk..

Klasifikasi tuberkulosis berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya, yaitu:

- a. Kasus Baru, adalah pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu)
- b. .Kasus Kambuh (*Relaps*), adalah pasien TB yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, didiagnosis kembali dengan BTA positif (apusan atau kultur).
- c. Kasus Putus Berobat (*Default/Drop Out/DO*), adalah pasien TB yang telah berobat dan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif.
- d. Kasus Gagal (*Failure*), adalah pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.
- e. Kasus Pindahan (*Transfer In*), adalah pasien yang dipindahkan dari UPK yang memiliki register TB lain untuk melanjutkan pengobatannya.
- f. Kasus lain, seperti semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan diatas. Dalam kelompok ini termasuk Kasus Kronik, yaitu pasien dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulangan (Depkes RI, 2006).

2.1.4 Cara Penularan Tuberkulosis Paru

Menurut Dinkes (2014) ada beberapa cara penularan Tuberkulosis Paru
Yakni:

- a. Sumber penularan adalah pasien TB BTA positif melalui percik renik dahak yang dikeluarkannya. Namun, bukan berarti bahwa pasien TB dengan hasil pemeriksaan BTA negatif tidak mengandung kuman dalam dahaknya. Hal tersebut bisa saja terjadi oleh karena jumlah kuman yang terkandung dalam contoh uji $\leq$ dari 5.000 kuman/cc dahak sehingga sulit dideteksi melalui pemeriksaan mikroskopis langsung.
- b. Pasien TB dengan BTA negatif juga masih memiliki kemungkinan menularkan penyakit TB. penularan pasien TB BTA positif adalah 65%, pasien TB BTA negatif dengan hasil kultur positif adalah 26% sedangkan pasien TB dengan hasil kultur negatif dan foto Toraks positif adalah 17%.
- c. Infeksi akan terjadi apabila orang lain menghirup udara yang mengandung percik dahak yang infeksius tersebut. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (droplet nuclei / percik renik). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak.

2.1.5 Identifikasi terduga pasien TB

Menurut Kemenkes & PPNI (2014) terduga pasien TB paru adalah seseorang yang mempunyai keluhan atau gejala klinis mendukung TB (sebelumnya dikenal sebagai suspek TB). Biasanya terduga TB datang ke fasilitas

pelayanan kesehatan dengan berbagai keluhan dan gejala klinis yang mungkin akan menunjukkan bahwa yang bersangkutan termasuk terduga TB. Gejala utamanya adalah batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih dan gejala tambahan. Gejala tambahan yang sering dijumpai adalah:

a. Gejala respiratorik: dahak bercampur darah, sesak napas dan rasa nyeri dada.

b. Gejala sistemik: badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan menurun, rasa kurang enak badan (malaise), pada malam hari walaupun tanpa kegiatan, demam meriang yang berulang. Perlu diketahui bahwa gejala-gejala tersebut dapat dijumpai pula pada penyakit paru selain TB, seperti bronkiektasis, bronkitis kronik, asma, kanker paru, dan lain-lain.

Di negara endemis TB seperti Indonesia, setiap orang yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan gejala tersebut diatas, harus dianggap sebagai seorang suspek TB dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung terlebih dahulu. Seseorang yang menderita TB ekstra paru mungkin mempunyai keluhan / gejala terkait organ yang terkena, misalnya.

- a. Pembesaran pada getah bening yang kadang juga mengeluarkan nanah.
- b. Nyeri dan pembengkakan sendi yang terkena TB.
- c. Sakit kepala, demam, kaku kuduk dan gangguan kesadaran bila terkena TB otak

2.1.5 Diagnosis Tuberkulosis Paru

Menurut Kemenkes (2014) untuk menegakkan diagnosis TB paru harus melakukan pemeriksaan bakteriologis. Pemeriksaan bakteriologis dimaksudkan adalah pemeriksaan mikroskopis langsung, biakan dan tes cepat. Apabila pemeriksaan secara bakteriologis negatif, maka penegakkan diagnosis dapat dilakukan dengan secara klinis dengan menggunakan hasil pemeriksaan klinis penunjang (setidak-tidaknya foto toraks) yang sesuai dan ditetapkan dengan oleh dokter terlatih TB. Pada sarana terbatas penegakkan diagnosis secara klinis dilakukan setelah pemberian terapi antibiotika spektrum luas (Non OAT dan Non Kuinon) yang tidak memberikan perbaikan klinis. Tidak dibenarkan mendiagnosis TB dengan melakukan pemeriksaan Serologis, berdasarkan foto toraks saja dan tes tuberkulin. Karena tidak terlalu memberikan gambaran spesifik TB paru sehingga menyebabkan terjadi overdiagnosis atau underdiagnosis.

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang TB

Menurut Kemenkes (2014) ada beberapa pemeriksaan penunjang yang perlu diperhatikan. Yakni:

1. Pemeriksaan Dahak mikroskopis langsung

- a. Untuk kepentingan diagnosis dengan cara pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung, terduga pasien TB diperiksa contoh uji dahak SPS (sewaktu – pagi – sewaktu).
- b. Ditetapkan sebagai pasien TB apabila minimal 1 dari pemeriksaan contoh uji dahak SPS hasilnya BTA positif

2. Pemeriksaan dahak.

a. Pemeriksaan dahak mikroskopis langsung Pemeriksaan dahak berfungsi untuk menegakkan diagnosis, menilai keberhasilan pengobatan dan menentukan potensi penularan. Pemeriksaan dahak untuk penegakan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 3 contoh uji dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan berupa dahak Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS):

1. S (sewaktu): dahak ditampung pada saat terduga pasien TB datang berkunjung pertama kali ke fasyankes. Pada saat pulang, terduga pasien membawa sebuah pot dahak untuk menampung dahak pagi pada hari kedua.

2. P (Pagi): dahak ditampung di rumah pada pagi hari kedua, segera setelah bangun tidur. Pot dibawa dan diserahkan sendiri kepada petugas di fasyankes.

3. S (sewaktu): dahak ditampung di fasyankes pada hari kedua, saat menyerahkan dahak pagi.

b. Pemeriksaan Biakan Pemeriksaan biakan untuk identifikasi *Mycobacterium tuberculosis* (M.tb) dimaksudkan untuk menegakkan diagnosis pasti TB pada pasien tertentu, misal:

1. Pasien TB ekstra paru.

2. Pasien TB anak.

3. Pasien TB dengan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis langsung BTA negatif. Pemeriksaan tersebut dilakukan disarana laboratorium yang terpantau mutunya. Apabila dimungkinkan pemeriksaan dengan

menggunakan tes cepat yang direkomendasikan WHO maka untuk memastikan diagnosis dianjurkan untuk memanfaatkan tes cepat tersebut.

3. Pemeriksaan uji kepekaan obat

Uji kepekaan obat bertujuan untuk menentukan ada tidaknya resistensi M. TB terhadap OAT. Untuk menjamin kualitas hasil pemeriksaan, uji kepekaan obat tersebut harus dilakukan oleh laboratorium yang telah tersertifikasi atau lulus uji pemantapan mutu/Quality Assurance (QA). Hal ini dimaksudkan untuk memperkecil kesalahan dalam menetapkan jenis resistensi OAT dan pengambilan keputusan paduan pengobatan pasien dengan resisten obat. Untuk memperluas akses terhadap penemuan pasien TB dengan resistensi OAT, Kemenkes RI telah menyediakan tes cepat menyediakan tes cepat yaitu Gen expert ke fasilitas kesehatan (laboratorium dan RS) diseluruh provinsi (Kemenkes, 2014)

2.1.7 Pengobatan tuberkulosis Paru

Menurut Kemenkes (2014) pengobatan tb harus selalu meliputi pengobatan tahap awal dan tahap lanjutan dengan :

- a. Tahap Awal: Pengobatan diberikan setiap hari. Paduan pengobatan pada tahap ini adalah dimaksudkan secara efektif menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resisten sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan. Pengobatan tahap awal pada semua pasien baru, harus diberikan selama 2 bulan. Pada umumnya dengan pengobatan secara teratur dan tanpa adanya

penyulit, daya penularan sudah sangat menurun setelah pengobatan selama 2 minggu .

b. Tahap lanjutan: Pengobatan tahap lanjutan merupakan tahap yang penting untuk membunuh sisa kuman yang masih ada dalam tubuh khususnya kuman persister sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan.

2.1.8 Pemantauan kemajuan dan hasil pengobatan TB

Pemantauan kemajuan dan hasil pengobatan pada orang dewasa dilaksanakan dengan pemeriksaan ulang dahak secara mikroskopis. Pemeriksaan dahak secara mikroskopis lebih baik dibandingkan dengan pemeriksaan radiologis dalam memantau kemajuan pengobatan. Laju Endap Darah (LED) tidak digunakan untuk memantau kemajuan pengobatan karena tidak spesifik untuk TB. Untuk memantau kemajuan pengobatan dilakukan pemeriksaan dua contoh uji dahak (sewaktu dan pagi). Hasil pemeriksaan dinyatakan negatif bila ke 2 contoh uji dahak tersebut negatif. Bila salah satu contoh uji positif atau keduanya positif, hasil pemeriksaan ulang dahak tersebut dinyatakan positif. Hasil dari pemeriksaan mikroskopis semua pasien sebelum memulai pengobatan harus dicatat. Pemeriksaan ulang dahak pasien TB BTA positif merupakan suatu cara terpenting untuk menilai hasil kemajuan pengobatan. Setelah pengobatan tahap awal, tanpa memperhatikan hasil pemeriksaan ulang dahak apakah masih tetap BTA positif atau sudah menjadi BTA negatif, pasien harus memulai pengobatan tahap lanjutan (tanpa pemberian OAT sisipan apabila tidak mengalami konversi). Pada semua pasien TB BTA positif, pemeriksaan ulang dahak selanjutnya dilakukan pada bulan ke 5. Apabila hasilnya negatif, pengobatan dilanjutkan hingga seluruh dosis

pengobatan selesai dan dilakukan pemeriksaan ulang dahak kembali pada akhir pengobatan (Kemenkes, 2014)

2.2. Konsep Perilaku

2.2.1 Perilaku Kesehatan

Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap *stimulus* (rangsangan dari luar). Perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap *organisme* dan kemudian organisme tersebut merespons (Skinner dalam Notoatmodjo, 2007). Berdasarkan batasan yang dikemukakan Skinner, maka perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan seperti pelayanan kesehatan, makanan, minuman dan lingkungan (Notoatmojo, 2003). Berdasarkan pengertian di atas perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang, baik yang dapat diamati maupun tidak dapat diamati yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Perilaku kesehatan dapat dikategorikan menjadi empat kelompok (Notoadmojo, 2010) :

1. Perilaku sakit dan penyakit
 - a. Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat. Hal ini mengandung maksud bahwa kesehatan itu sangat dinamis dan *relative*, maka dari itu orang yang sehat pun perlu diupayakan supaya mencapai tingkat kesehatan yang seoptimal mungkin, misalnya makan makanan yang bergizi, olah raga dan sebagainya.
 - b. Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit. Perilaku

pencegahan ini merupakan respon untuk melakukan pencegahan penyakit, termasuk juga perilaku untuk tidak menularkan penyakit kepada orang lain.

c. Perilaku pencarian pengobatan, yaitu perilaku mencari atau melakukan pengobatan seperti usaha mengobati sendiri penyakitnya atau mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan moderen.

d. Perilaku pemulihan pengobatan, yaitu perilaku yang berhubungan dengan usaha-usaha pemulihan kesehatan setelah sembuh dari suatu penyakit.

2. Perilaku pencarian dan penggunaan system atau fasilitas pelayanan kesehatan, atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan. Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati sendiri sampai mencari pengobatan yang lebih baik.

3. Perilaku terhadap makanan yaitu respons seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital bagi kehidupannya. Perilaku ini meliputi pengetahuan, persepsi, sikap dan praktik seseorang terhadap makanan serta unsur-unsur yang terkandung didalamnya (zat gizi), pengelolaan makanan, dan sebagainya sehubungan kebutuhan tubuh kita.

4. Perilaku kesehatan lingkungan
Bagaimana seseorang merespons lingkungan, baik lingkungan fisik maupun social budaya dan sebagainya. Sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya.

Berdasarkan pendapat Ogden (1996) menentukan tiga bentuk perilaku kesehatan yang meliputi :

1. Perilaku sehat (*a health behaviour*) yaitu perilaku yang bertujuan mencegah penyakit (seperti makan, diet kesehatan).
2. Perilaku sakit (*a illness behaviour*) yaitu perilaku mencari pengobatan (seperti pergi ke dokter).
3. Perilaku peran sakit (*a sick role behaviour*) yaitu tindakan yang bertujuan untuk mendapatkan kesehatan (seperti minum obat yang sudah diresepkan, beristirahat).

2.2.2 Proses Perubahan Perilaku

Menurut Roger (1974) dalam Notoatmodjo (2007) mengatakan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni :

- a. *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
- b. *Interest* (merasa tertarik), terhadap stimulus atau objek tersebut. Di sisni sikap subjek sudah mulai timbul.
- c. *Evaluation* (evaluasi), menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik.
- d. *Trial* (mencoba), dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang telah dikehendakioleh stimulus.
- e. *Adoption* (adopsi), dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian, dari penelitian selanjutnay Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini, dimana

didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng. Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan tidak berlangsung lama.

2.2.3 Domain Perilaku

Menurut Bloom dalam Notoatmodjo (2011) membagi perilaku dalam 3 domain (*kawasan*), meskipun kawasan tersebut tidak memiliki batasan yang jelas dan tegas. Pembagian ranah ini dilakukan untuk kepentingan tujuan pendidikan, yaitu mengembangkan dan meningkatkan ketiga domain perilaku tersebut yang terdiri dari ranah kognitif (*kognitif domain*), ranah afektif (*affective domain*), dan ranah psikomotor (*Psicomotor Domain*).

2.2.4 Pencegahan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2007), pencegahan adalah proses, cara, tindakan mencegah atau tindakan menahan agar sesuatu tidak terjadi. Dengan demikian, pencegahan merupakan tindakan. Pencegahan identik dengan perilaku. Pencegahan penyakit dapat dipahami sesuai dengan aktivitas kesehatan pada tingkat primer, sekunder, dan tersier Poter & Perry (2009).

1. Pencegahan Primer

Penyedia pencegahan primer memiliki perlindungan khusus terhadap penyakit untuk mencegah terjadinya suatu penyakit. Contohnya termasuk imunisasi massal (*polio prypiritis diptheria*) untuk mencegah penyakit menular akut yang mengurangi faktor risiko (tidak aktifnya tekanan darah tinggi tekanan darah tinggi) dan pengendalian asap udara (asap pasif, *asbes*) air (polutan kimia) dan kebisingan (pelepasan *luringness* Mesin) Polusi Untuk mencegah penyakit kronis.

2. Pencegahan Sekunder

Masalah sekunder berkaitan dengan upaya pendidikan edukasi yang terorganisir dan digunakan untuk mempromosikan kesimpulan kasus *carly* individu yang menderita penyakit sehingga intervensi segera dapat dilakukan untuk menghentikan proses patologis dan membatasi ketidaksuburan. Pendidikan publik untuk mempromosikan pemeriksaan payudara sendiri dan pemeriksaan diri terhadap testis atau penggunaan alat rumah tangga untuk pendidikan darah okultisme pada spesimen tinja adalah contoh pencegahan sekunder. Bila pencegahan primer tidak tersedia, pencegahan sekunder (diagnosis dini dan suntikan) adalah garis pertahanan pertama yang menyerang penyakit ini. Dalam situasi lain, tindakan pencegahan primer mungkin tersedia namun tidak membantu pencegahan sekunder.

3. Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier diarahkan untuk meminimalkan operasi residual dari penyakit dan membantu klien belajar hidup secara produktif dengan keterbatasan. Program

rehabilitasi jantung yang disertai dengan infark miokard atau obat kardiovaskular merupakan hasil yang sangat baik dari layanan pencegahan tersier.

2.2.4 Upaya Pencegahan Penularan TB

Pencegahan kekambuhan diawali dengan adanya pengetahuan tentang factor resiko kambuh dan didukung oleh perilaku pencegahan itu sendiri. Perilaku pencegahan penyakit adalah perilaku di mana pasien melakukan aktivitas yang bertujuan untuk menurunkan resiko terjadinya penyakit. Perilaku peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit merupakan perilaku yang saling melengkapi satu sama lain untuk memperoleh hasil kesehatan optimal yang diinginkan pasien (Potter&Perry, 2005).

Menurut Notoatmodjo (2003) Tuberkulosis paru bisa diobati, asalkan benar – benar mempunyai keinginan dan semangat yang besar untuk sembuh. Dorongan dari keluarga dan orang disekitar sangatlah diperlukan. Pemeriksaan yang intensif dan teliti serta disiplin minum obat yang diberikan dokter harus dilakukan penderita agar penyakit yang dideritanya segera sembuh. Pengobatan yang dilakukan bertujuan untuk menyembuhkan, mencegah kematian, dan kekambuhan.

1. Tindakan pencegahan Tuberkulosis paru oleh orang yang belum terinfeksi:
 - a. Berusaha mengurangi kontak dengan penderita Tuberkulosis paru aktif.
 - b. Selalu menjaga standar hidup yang baik, caranya bisa dengan mengkonsumsi makanan yang bernilai gizi tinggi, menjaga lingkungan selalu sehat baik itu di rumah maupun di tempat kerja (kantor), dan menjaga

kebugaran tubuh dengan cara menyempatkan dan meluangkan waktu untuk berolah raga.

c. Pemberian vaksin BCG, tujuannya untuk mencegah terjadinya kasus infeksi Tuberkulosis yang lebih berat. Vaksin BCG secara rutin diberikan kepada semua balita.

2. Tindakan pencegahan Tuberkulosis paru oleh penderita agar tidak menular. Bagi mereka yang sudah terlanjur menjadi penderita Tuberkulosis paru aktif tindakan yang bisa dilakukan adalah menjaga kuman (bakteri) dari diri sendiri, hal ini biasanya membutuhkan waktu lama sampai beberapa minggu untuk masa pengobatan dengan obat Tuberkulosis hingga penyakit Tuberkulosis sudah tidak bersifat menular lagi. Menurut Kemenkes (2014) adapun cara untuk membantu menjaga pencegahan Tuberkulosis agar infeksi bakteri tidak menular kepada orang-orang disekitar baik itu teman atau keluarga di rumah:

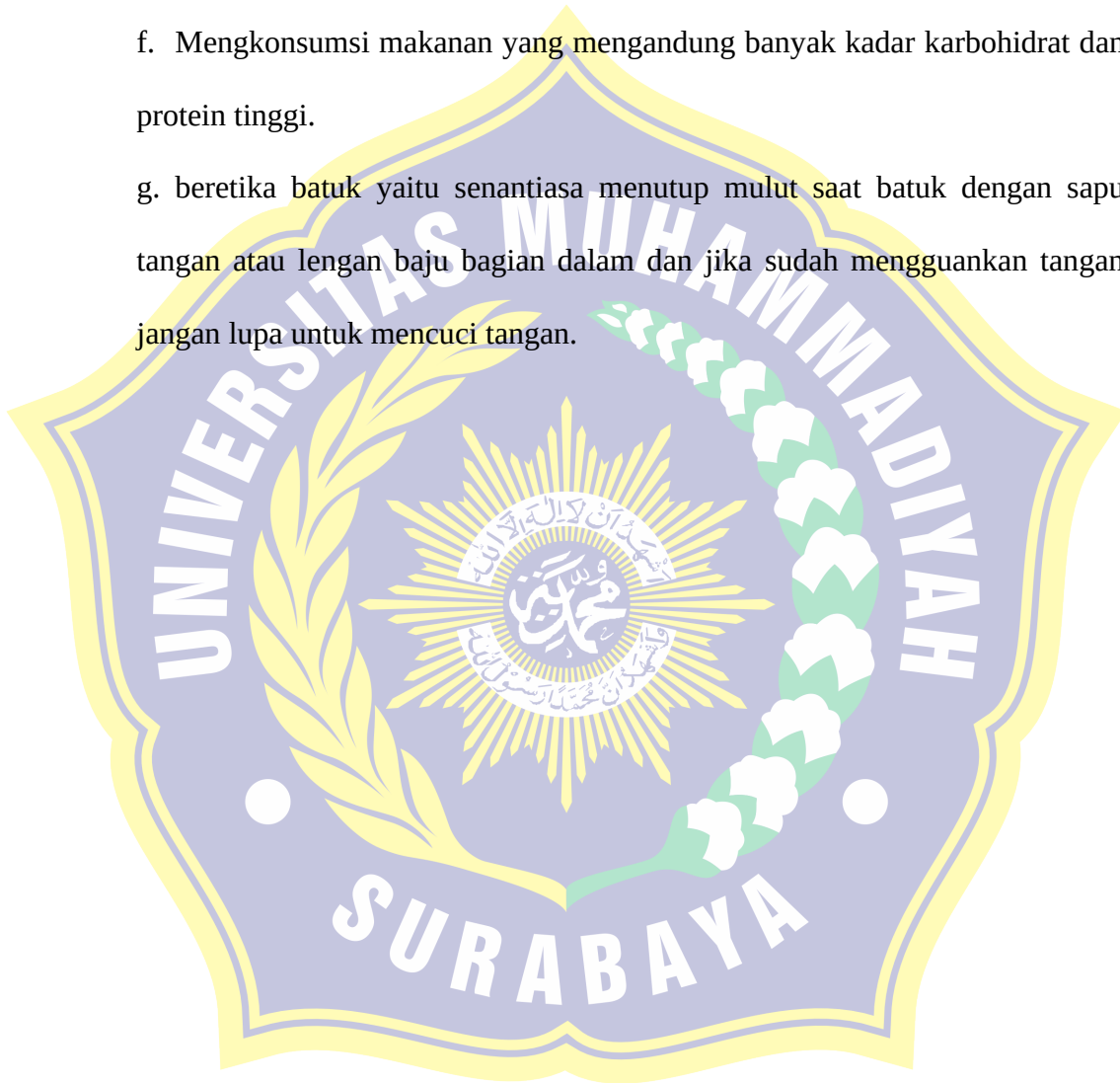
- a. Selama beberapa minggu menjalani pengobatan sebaiknya tidak tidur sekamar dengan orang lain meskipun keluarga sendiri sebagai usaha pencegahan Tuberkulosis paru agar tidak menular.
- b. Selalu menggunakan masker untuk menutup mulut, hal ini merupakan langkah pencegahan Tuberkulosis paru secara efektif dan jangan membuang masker yang sudah tidak dipakai lagi pada tempat yang tepat dan aman dari kemungkinan terjadinya penularan Tuberkulosis paru ke lingkungan sekitar.
- c. Jangan meludah di sembarangan tempat.
- d. Menghindari udara dingin dan selalu mengusahakan agar pancaran sinar matahari dan udara segar dapat masuk secukupnya ke ruangan tempat tidur.

Usahakan selalu menjemur kasur, bantal, dan tempat tidur terutama di pagi dan di tempat yang tepat.

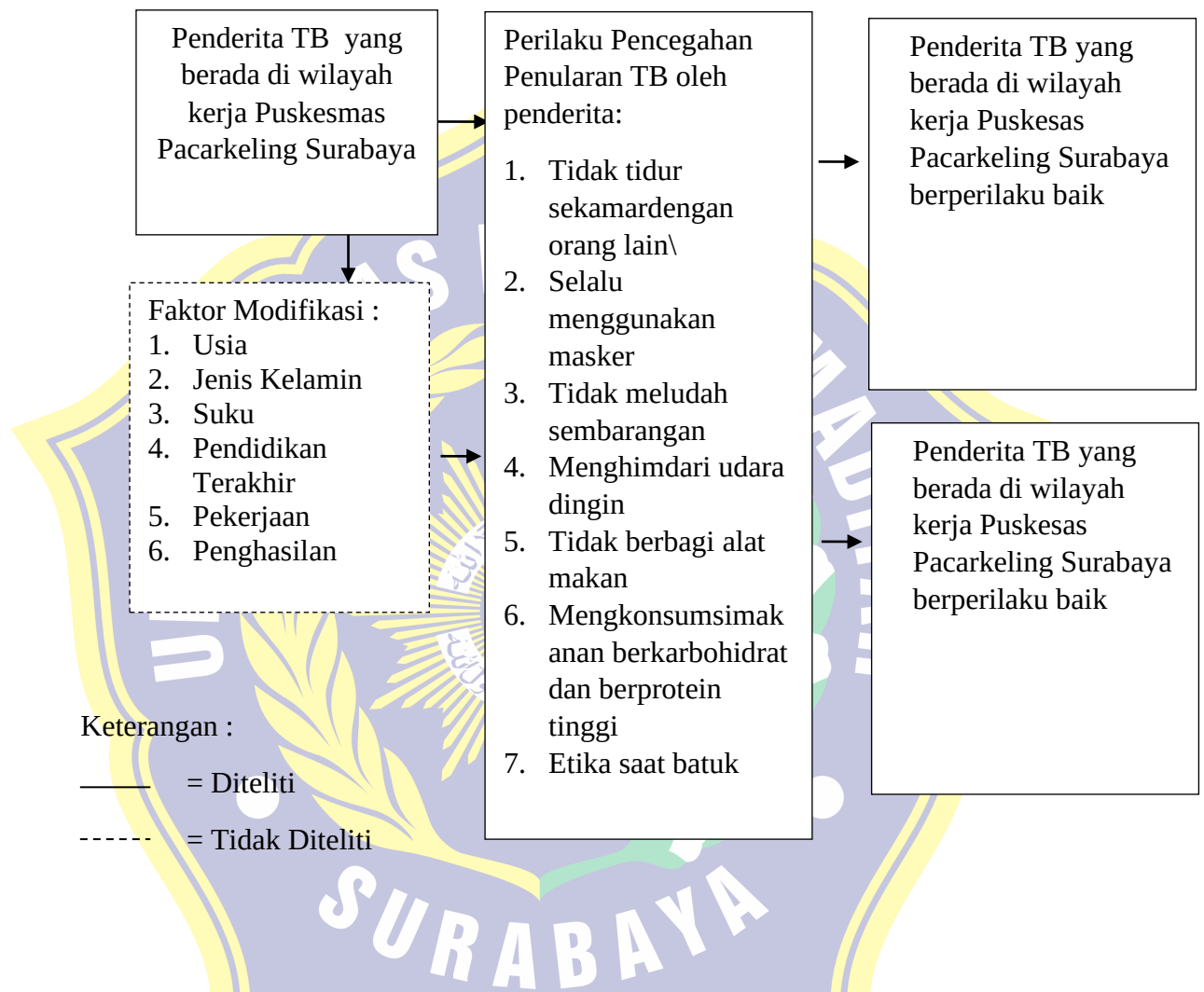
e. Tidak melakukan kebiasaan sharing penguunaan barang atau alat.Semua barang yang digunakan penderita Tuberkulosis paru harus terpisah dan tidak boleh digunakan oleh orang lain.

f. Mengonsumsi makanan yang mengandung banyak kadar karbohidrat dan protein tinggi.

g. beretika batuk yaitu senantiasa menutup mulut saat batuk dengan sapu tangan atau lengan baju bagian dalam dan jika sudah mengguankan tangan jangan lupa untuk mencuci tangan.



2.3. Kerangka Teori



Gambar 2.1 : Kerangka Teori Penelitian Perilaku Penderita Pencegahan Penularan TB di Wilayah Kerja Puskesmas Pacarkeling.