

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Tuberkulosis

2.1.1 Definisi Penyakit Tuberkulosis

Tuberculosis merupakan penyakit yang menular secara langsung yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis*, sebagian besar kuman tersebut menyerang organ paru-paru, tetapi dapat juga menyerang orang tubuh yang lainnya (Febrian, 2015).

Tuberculosis paru adalah penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yaitu kuman aerob yang dapat hidup terutama di paru atau bagian orang tubuh yang lainnya yang mempunyai tekanan parsial oksigen yang tinggi. Kuman ini juga memiliki kandungan lemak yang cukup tinggi pada membranya sehingga dapat menyebabkan kuman tersebut menjadi tahan terhadap asam dan pertumbuhan dari kuman tersebut berlangsung lambat (Rab.T, 2013).

2.1.2 Etiologi Penyakit Tuberkulosis

Penyebab penyakit tuberculosis adalah *Mycobacterium tuberculosis* dan *mycobacterium bovis*. Kuman tersebut mempunyai ukuran 0,5-4 mikron x 0,3-0,6 mikron dengan bentuk batang yang tipis, lurus atau agak bengkok, bergranular atau tidak mempunyai selubung, tetapi mempunyai lapisan luar tebal yang terdiri dari lipoid (terutama asam mikolat).

Bakteri ini mempunyai sifat istimewa, yaitu dapat bertahan terhadap pencucian warna dengan asam dan alcohol, sehingga sering disebut basil tahan asam (BTA), serta tahan terhadap zat kimia dan fisik. Kuman tuberculosis juga tahan dalam keadaan kering dan dingin, bersifat dorman dan aerob.

Bakteri tuberculosis ini mati pada pemanasan 100°C selama 5-10 menit atau pada pemanasan 60°C selama 30 menit, dan dengan alcohol 70-95% selama 15-30 detik. Bakteri ini tahan selama 1-2 jam di udara terutama di tempat yang lembap dan gelap (bisa berbulan-bulan), namun tidak tahan terhadap sinar atau aliran udara (Widoyono, 2011).

2.1.3 Tanda dan Gejala Penyakit Tuberkulosis

Menurut Naga (2012) untuk mengetahui tentang penderita tuberculosis dengan batuk maka harus dikenali tanda dan gejala, diantaranya:

1. Batuk.

Batuk biasanya kronis dan berdahak. Pada anak, dahak sulit untuk dikeluarkan, sedangkan pada sebagian orang dapat terjadinya batuk berdarah.

2. Penurunan berat badan.

Gejala ini hampir sering ditemui pada penderita tuberculosis. Anak dengan tuberculosis terkadang hanya mengalami penurunan berat badan tanpa adanya batuk.

3. Keringat malam.

4. Demam.

Biasanya ringan dan sering tidak diketahui sebabnya.

5. Lemah dan lesu.

Tuberculosis tidak hanya menyerang paru-paru melainkan organ lain juga lain juga, termasuk diantaranya tulang, otak, saluran pencernaan, dan sebagainya sehingga gejala yang ditimbulkan cukup beragam tergantung organ yang terinfeksi.

6. Sesak nafas.

Pada penyakit yang ringan (baru tumbuh) belum dirasakan sesak nafas. Sesak nafas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut, yang infiltrasinya sudah meliputi setengah bagian paru-paru.

7. Malaise.

Gejala malaise sering ditemukan berupa anoreksi tidak nafsu makan, badan makin kurus (berat badan turun), sakit kepala, meriang, nyeri otot. Gejala malaise ini makin lama makin berat dan terjadi hilang timbul tidak teratur.

2.1.4 Penularan Penyakit Tuberkulosis

Penyakit tuberkulosis yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* ditularkan melalui udara atau *droplet nucleisat* seorang pasien TB batuk dan percikan ludahnya yang mengandung bakteri tersebut terhirup oleh orang lain saat bernafas. Bial penderita batuk, bersin, atau berbicara saat berhadapan dengan orang lain, basil tuberkulosis tersembur dan terhisap ke dalam paru-paru orang yang sehat. Masa inkubasi selam 3-6 bulan.

Resiko terinfeksi berhubungan dengan lama dan kulaitas paparan dengan sumber infeksi dan tdak berhubungan dengan faktor genetik dan faktor pejamu lainnya. Resiko tinggi berkembangnya penyakit yaitu pada anak berusia dibawah 3 tahun, resiko rendah pada masa kanak-kanak, dan meningkat lag pada masa remaja, dewasa muda, dan usa lanjut. Bakteri masuk ke dalam tubuh manusi melalui saluran pernafasan dan bisa menyebar ke bagan tubuh lainnya melalui peredaran darah, pembuluh limfe, atau langsung ke organ terdekat (Widoyono, 2011).

2.2 Konsep Tuberkulosis *Multidrug Resistance*

2.2.1 Definisi Tuberkulosis *Multidrug Resistance*

Tuberkulosis *Multidrug Resistance* (TB MDR) *is caused by bacteria that are resistant to at least isoniazid and rifampicin, the most effective anti TB drug* (WHO, 2017). *Mycobacterium tuberculosis* akan menjadi resisten apabila pasien TB tidak melakukan pengobatan secara lengkap. Penatalaksanaan TB resisten terhadap Obat Anti Tuberkulosis (OAT) lebih memerlukan perhatian yang khusus dan rumit dibandingkan dengan penatalaksanaan TB yang tidak mengalami resisten terhadap OAT (Permenkes RI, 2013).

Resistant dapat digolongkan menjadi 2 yaitu :

1. Resistent Primer

Hal ini terjadi apabila pasien TB sebelumnya belum pernah mendapatkan pengobatan OAT atau sudah mendapatkan pengobatan OAT dalam kurun waktu kurang dari satu bulan.

2. Resistant Sekunder

Resistant sekunder atau initial dapat terjadi bila kita tidak tahu pasti apakah sebelumnya pasien tersebut sudah memiliki riwayat pengobatan OAT atau belum pernah resistensi.

2.2.2 Penyebab Tuberkulosis *Multidrug Resistance*

Faktor utama yang menyebabkan TB MDR adalah kegagalan pada masa pengobatan, hal tersebut dapat merugikan bagi dirinya sendiri. Menurut Permenkes RI (2013), tentang pedoman manajemen terpadu pengendalian Tuberkulosis resisten oleh faktor penyebab resistensi OAT terhadap *Mycobacterium tuberculosis* adalah ulah manusia itu sendiri sebagai akibat dari

tata laksana pengobatan yang tidak dilakukan dengan baik. Penatalaksanaan pasien TB yang tidak adekuat tersebut dapat ditinjau dari sisi:

A. Pemberi jasa/petugas kesehatan.

Salah satu faktor penatalaksanaan yang tidak adekuat pada pemberi jasa atau petugas kesehatan disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu:

1. Diagnose yang tidak tepat.
2. Pengobatan tidak menggunakan panduan yang tepat.
3. Dosis, jenis, jumlah obat, dan jangka waktu pengobatan tidak adekuat.
4. Penyuluhan kepada pasien yang tidak adekuat

B. Pasien

Pasien TB juga merupakan salah faktor yang sangat mempengaruhi dalam tata laksana pengobatan yang tidak dilakukan sesuai dengan ketentuan yang ada. Hal ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:

1. Tidak memahami anjuran dokter atau petugas kesehatan.
2. Tidak teratur minum OAT.
3. Mengentikan pengobatan sepihak sebelum waktunya.
4. Gangguan penyerapan obat

C. Program Pengendalian TB

Program pengendalian TB yang tidak adekuat dapat menyebabkan resistensi OAT. Hal ini dikarenakan ada beberapa faktor, yaitu:

1. Persediaan OAT yang kurang
2. Kualitas OAT yang disediakan rendah (*Pharmaco-vigillance*)

2.2.3 Kategori Tuberkulosis *Multidrug Resistance*

Terdapat Permenkes RI (2013) terdapat 5 kategori resistensi terhadap OAT, yaitu :

1. *Monoresistan*: resisten terhadap salah satu OAT, misalnya resisten isoniazid (H)
2. *Poliresistan* : resisten terhadap lebih dari OAT, selain kombinasi isoniazid (H) dan rifampisin (R) misalnya resisten isoniazid dan ethambutol (HE), rifamicipin ethambutol (RE), isoniazid ethambutol dan streptomisin (HES), rifamicin ethambutol dan streptomisin (RES).
3. *Multidrug Resistance (MDR)*: resisten terhadap isoniazid dan rifampisin, dengan atau tanpa OAT lini pertama yang lain, misalnya HR, HRE dan HERS.
4. *Extensive Drug Resistance (XDR)*: MDR TB disertai resisten terhadap salah satu obat golongan fluorokuinolon dan salah satu dari OAT injeksi lini kedua (kapreomisin, kanamisin dan amikasin).
5. *Total Drug Resistance (Total DR)*: resistensi terhadap semua OAT baik lini pertama maupun lini kedua yang sudah dipakai saat ini.

2.2.4 Suspek Tuberkulosis *Multidrug Resistance*

Menurut WHO (2017) Tuberkulosis *Multidrug Resistance* yaitu pasien yang tidak menjalani pengobatan TB yang sudah ditentukan secara teratur dan berkala atau pengobatan yang dilakukan terputus. Penderita TB yang sudah kronik dan suatu saat kambuh lagi dapat dijadikan sebagai suspek TB MDR. Uji yang dapat digunakan untuk memprediksi seseorang dalam resiko TB MDR yaitu uji resistensi obat. Uji tersebut merupakan salah satu langkah awal untuk mengetahui apakah pasien tersebut mengalami TB MDR atau sebelumnya maka harus diketahui terlebih dahulu riwayat pengobatan pasien TB yang telah dilakukan sebelumnya.

Menurut Permenkes (2013) tentang Pedoman manajemen terpadu pengendalian Tuberkulosis Resistensi Obat dapat disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu :

1. Pasien TB kronik.
2. Pasien TB kategori 2 yang tidak konversi.
3. Pasien TB yang mempunyai riwayat pengobatan TB non DOTS.
4. Pasien TB pengobatan kategori 1 yang gagal.
5. Pasien TB pengobatan kategori satu yang tidak konversi setelah pemberian sisipan.
6. Pasien Tb kasus kambuh (*Relaps*) kategori 1 dan kategori 2.
7. Pasien TB yang kembali setelah lalai berobat (*Default*)
8. Suspek TB yang mempunyai riwayat kontak erat dengan pasien TB MDR
9. Pasien konversi TB-HIV yang tidak respon terhadap OAT.

2.2.5 Diagnosis Tuberkulosis *Multidrug Resistance*

Menurut Pedoman Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resistensi Obat (2013) dalam menegakkan diagnosis TB MDR meliputi beberapa hal, yaitu:

1. Strategi diagnosis TB MDR

Pemeriksaan laboratorium yang digunakan untuk uji kepekaan bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dapat dilakukan dengan menggunakan metode standar yang sudah ada di Indonesia, yaitu:

- a. Metode konvensional yaitu dengan menggunakan media padat (*Lowenstein Jensen/ LJ*) atau dengan media cair (MGIT).
- b. Tes Cepat (*Rapid Test*) yaitu dengan menggunakan cara Hain atau Gene Xpret. Pemeriksaan ini dilakukan untuk menguji kepekaan *Mycobacterium tuberculosis* yang dilaksanakan adalah pemeriksaan untuk obat lini pertama dan lini kedua.

2. Prosedur dasar diagnostic untuk suspek TB MDR

- a. Pemeriksaan biakan dan uji kepekaan *Mycobacterium tuberculosis* untuk OAT lini kedua bersamaan dengan OAT lini pertama.

Pemeriksaan ini dilakukan dengan kasus pasien TB kronis dan pasien TB yang sebelumnya telah memiliki riwayat pengobatan TB non DOST. Suspek TB yang mempunyai riwayat kontak erat dengan TB XDR konfirmasi.

- b. Pemeriksaan uji kepekaan *Mycobacterium tuberculosis* untuk OAT lini kedua setelah terbukti menderita TB MDR

Pemeriksaan ini dilakukan terhadap pasien khusus TB pengobatan kategori 2 yang tidak konversi, pasien pengobatan dengan kategori 1 yang gagal, pasien TB pengobatan kategori 1 yang tidak konversi setelah pemberian sisipan, pasien kambuh (*relaps*) kategori 1 dan kategori 2, pasien yang berobat kembali setelah lalai berobat atau *default* kategori 1 dan kategori 2, suspek TB yang mempunyai riwayat kontak erat dengan pasien TB MDR, pasien koinfeksi TB-HIV yang tidak respon terhadap pemberian OAT.

3. Pemeriksaan uji kepekaan *Mycobacterium tuberculosis* untuk OAT lini kedua atas indikasi khusus.

Pemeriksaan ini dilakukan untuk kasus pasien yang hasil biakan tetap positif pada atau setelah bulan ke empat pengobatan dengan menggunakan paduan obat standar yang digunakan pada pengobatan TB MDR dan dengan pasien yang mengalami rekonversi biakan menjadi positif kembali setelah pengobatan TB MDR bulan ke empat.

Ketika menunggu hasil pemeriksaan yang dilakukan untuk menguji kepekaan *Mycobacterium tuberculosis* di laboratorium TB MDR, maka dianjurkan suspek TB MDR tersebut tetap meneruskan pengobatan yang sesuai dengan pedoman penanggulangan Tuberkulosis Nasional di tempat rujukan asal, kecuali pada kasus kronik maka pengobatan untuk sementara waktu tidak diberikan. Suspek TB MDR tersebut akan diberikan penyuluhan tentang pengendalian infeksi.

2.2.6 Penatalaksanaan Tuberkulosis *Multidrug Resistance*

A. Strategi pengobatan pasien TB MDR

Panduan OAT untuk pasien TB MDR merupakan panduan standar yang mengandung OAT lini kedua. Dalam upaya melakukan strategi pengobatan pasien TB MDR mengacu pada panduan strategi DOTS yang dimana semua pasien yang sudah terbukti TB MDR maka akan memperoleh pengobatan TB MDR yang baku dan bermutu. Menurut Permenkes RI 2013 ada beberapa hal yang dilakukan sebelum pengobatan TB dimulai, yaitu:

1. Pemeriksaan fisik
2. Pemeriksaan kejiwaan
3. Pemeriksaan penunjang meliputi: pemeriksaan dahak mikroskopi biakana dan uji kepekaan *Mycobacterium Tuberculosis*, pemeriksaandarah tepi lengkap, pemeriksaan kimia darah, pemeriksaan *Tiroid stimulating hormone* (TSH), pemeriksaan EKG, tes kehamilan, tes HIV (bila status HIV belum diketahui), foto thoraks atau dada, tes pendengaran (pemeriksaan audiometric)
4. Penetapan Pengawas Menelan Obat (PMO) untuk mendampingi pasien TB MDR diperlukan petugas kesehatan yang sudah terlatih.

B. Penetapan pasien TB MDR yang akan diobati

Dalam melakukan penetapan terhadap pasien TB MDR yang akan diobati maka dilakukan oleh Tim Ahli Klinik (TAK) yang berikan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan TB MDR (Permenkes RI,2013).

Tabel 2.1 Kriteria untuk penetapan pasien TB MDR yang akan diobati

No.	Kriteria	Keterangan
-----	----------	------------

1.	Kasus TB MDR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil uji kepekaan oleh laboratorium yang tersertifikasi menunjukkan TB MDR. 2. Suspek TB MDR pasien TB kronik, pasien TB kategori dua yang tidak dikoversi, pasien TB kasus kambuh (<i>relaps</i>) kategori 1 dan kotegori 2 dengan hasil Rapid Test yang direkomendasikan program terbukti TB MDR. 3. Suspek TB MDR dengan kondisi klinis yang buruk (diluar criteria suspek TB MDR) berdasarkan hasil <i>Rapid Test</i> yang direkomendasikan program.
2.	Penduduk dengan alamat yang jelas dan mempunyai akses serta	Dibuktikan dengan Kartu Tanda Penduduk (KTP) atupun dengan meggunakan dokumen penduduk

	bersedia untuk datang setiap hari ke fasilitas layanan kesehatan TB MDR	lain dari otoritas setempat
3.	Bersedia menjalani program pengobatan TB MDR dengan menandatangani <i>informed consent</i>	Pasien dan keluarga menandatangani <i>informed consent</i> setelah mendapat penjelasan yang cukup dari Tim Ahli Klinis (TAK)
4.	Usia lebih dari 15 tahun	Diketahui dari Kartu Keluarga atau KTP

C. Pengobatan TB MDR

Pengobatan pasien dengan TB MDR yaitu dengan mengacu pada paduan OAT yang terdiri dari OAT lini pertama dan lini kedua, yang dibagi dalam 5 kelompok berdasarkan potensi dan efikasinya (Kemenkes RI, 2013).

Tabel 2.2 Golongan Obat Anti Tuberkulosis (OAT)

Golongan	Jenis	Obat
Golongan -1	Obat lini pertama	<ul style="list-style-type: none"> • Isoniazid (H) • Rifampisin (R) • Etambutamol (E) • Oirazinamid (Z)

		<ul style="list-style-type: none"> • Stretomisin (S)
Golongan -2	Obat suntik lini kedua	<ul style="list-style-type: none"> • Kanamisin (Km) • Amikasin (Am) • Kpreomisin (Cm)
Golongan -3	Golongan Florokuinolone	<ul style="list-style-type: none"> • Levofloksasinin (Lfx) • Moksifloksasin (Mfx) • Ofloksasin (Ofx)
Golongan -4	Obat Bakteriostarik lini kedua	<ul style="list-style-type: none"> • Etoinamid (Eto) • Protionamid (Pto) • Sikloserin (Cs) • Terizidon (Trd) • Para amino salisilat (Pas)
Golongan -5	Oabay yang belum terbukti efikasinya dan tidak direkomendasikan oleh WHO	<ul style="list-style-type: none"> • Clofazimin (Cfz) • Liezolid (Lzd) • Amoksilin/Asam klavulanat (Amx/Clv) • Clarithromisin (Clr) • Impinem (Ipm)

Sumber : Menurut Permenkes RI (2013) Pedoman Manajemen Terpadu

Pengendalian Tuberkulosis Resisten Obat.

Ada 2 fase dalam melakukan pemberian OAT yaitu yang pertama pada fase awal, obat yang diberikan per oral dikonsumsi setiap hari (7 hari dalam 1 minggu) dan suntikan (injeksi) diberikan 5 hari dalam seminggu (Senin – Jum’at). Untuk memberikan obat melalui suntikan (injeksi) harus dilakukan oleh petugas kesehatan. Pemberian obat per oral dan suntikan (injeksi) dilakukan kurang lebih selama 6 bulan atau 4 bulan setelah terjadi konversi biakan. Kedua pada fase lanjutan, untuk obat per oral dikonsumsi selama 6 hari dalam satu minggu (Permenkes RI, 2013).

Setiap regimen obat TB MDR terdiri kurang lebih ada 4 macam obat dengan efektifitas yang pasti atau pun hampir sama. Penetapan dosis obat berdasarkan berat badan pasien (Kemenkes RI, 2013).

Tabel 2.3 Dosis Obat berdasarkan Berat Badan

OAT	Berat Badan			
	< 33 kg	33-50 kg	51-70 kg	>70kg
Pirazinamid	20-30 mg/kg/hari	750-1500 mg	1500- 1750mg	1750-2000 mg
Kanamisin	15-20 mg/kg/hari	500-750 mg	1000 mg	1000 mg
Etambutol	20-30 mg/kg/hari	800-1200 mg	1200-1600 mg	1600-2000 mg
Kapreomisin	15-20 mg/kg/hari	500-750 mg	1000 mg	1000 mg
Moksifloksasin	7,5-10	400 mg	400 mg	400 mg

	mg/kg/hari			
Levofloksasin	7,5-10 mg/kg/hari	750 mg	750 mg	750-1000 mg
Sikloserin	15-20 mg/kg/hari	500 mg	750 mg	750-1000 mg
Etionamid	15-20 mg/kg/hari	500mg	750 mg	750-1000 mg
PAS	150 mg/kg/hari	8 g	8 g	8 g

2.2.7 Pemantauan Pengobatan Tuberkulosis *Multidrug Resistance*

Dalam masa pengobatan pasien TB MDR harus dipantau ketat oleh petugas kesehatan ataupun Pengawas Menelan Obat (PMO) untuk menilai bagaimana respons terhadap pengobatan yang dijalani dan mengidentifikasi terjadinya efek samping yang timbulkan selama pengobatan. Penilaian respons pengobatan adalah konversi dahak dan biakan yang dilakukan dalam setiap bulan pada fase intensif dan setiap 2 bulan pada fase lanjutan (Permenkes, 2013).

Ada beberapa hal yang perlu dievaluasi pada pasien TB MDR dalam masa pengobatan, yaitu:

1. Pemantauan oleh petugas kesehatan dilakukan setiap hari.
2. Keadaan klinis, berat badan, berkurangnya keluhan atau gejala klinis dipantau setiap bulan.
3. Pemeriksaan dahak dan biakan dilakukan setiap bulan tahap awal dan setiap 2 bulan selama fase lanjutan.

4. Uji kepekaan *Mycobacterium Tuberculosis* dapat dilakukn kembali bila diperlukan, misalkan bila setelah lebih dari 4 bulan tidak terjadi konversi biakan.
5. Foto thoraks setipa 6 bulan sekali atau bila terjadi komplikasi.
6. Tiroid Stimulating Hormone (TSH) dilakukan pada bulan ke 6 pengobatan dan diulangi setiap 6 bulan atau apabila muncul gejala hipotiodisme.
7. Tes kehamilan dilakukan bila ada indikasi.

2.2.8 Strategi Pengendalian Tuberkulosis *Multidrug Resistance*

Komponen dalam Manajamen Terpadu Pengendalian TB Resisten Obat, yaitu:

1. Komitmen Politik yang berkesinambungan

Salah satu hal yang terpenting dalam melakukan strategi pengendalian TB MDR adalah komitmen politik yang berkesinambungan untuk merapkan dan mempertahankan komponen DOTS lainnya. Ada beberpa hal yang dapat dilakukan untuk mendukung adanya pengendalian TB MDR yaitu pengembangan infrastruktur, kerja sama lintas sector, pengembanag Sumber Daya Manusia, adanya dukungan dari kebijakan-kebijakan pengendalian TB untuk pelaksanaan program secara nasional, termasuk tersedianya OAT lini pertam dan lini kedua dan saran prasanaran pendukung lainnya. Untuk mencegah meningkatnya kejadian TB MDR dan timbulnya TB XDR(*Extensively Drug Resistant*) maka di perlukan adanya penguatan Program Pengendalian TB Nasional.

2. Strategi penemuan pasien TB resisten Obat yang rasional melalau pemeriksaan dan uji kepekaan

Penegakan diagnose TB MDR adalah dengan melakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis, baiakan dan juga uji kepekaan yang dilakukan di laboratorium rujukan yang sudah tersertifikasi oleh laboratorim supra nasional. Daiagnosa yang tepat dan akurat merupakan salah satu landasan utama dalam Program Pengendalian TB Nasional. Resistensi terhadap OAT harus didoagnosa secara tepat sebelum dilakukan pengobatan kembali secara efektif.

3. Pengelolaan pasien TB Resisten Obat yang baik menggunakan strategi pengobatan yang tepat dengan OAT lini kedua.

Dalam masa pengobatan pasien TB MDR harus didampingi oleh petugas kesehatan atau PMO. Pengobatan TB MDR didukung oleh pelayanan kesehatan serta adanya prosedur tetap untuk mengawasi dan mengatasi kejadian efek samping obat (Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, 2011). OAT lini kedua lebih rumit dalam pengolahannya anatar lain dalam menentukan panduan obat, dosis, cara pemberian, lama pemberian, perhitungan kebutuhan, penyimpanan dan lain sebagainya. Selain itu juga OAT lini kedua harganya jauh lebih mahal, potensi yang dimiliki lebih rendah, efek samping lebih banyak dan lebih berat dari OAT lini pertama.

4. Jaminan ketersediaan OAT lini kedua berkualitas yang tidak putus

OAT lini kedua lebih rumit karena memiliki waktu kedaluarsa yang lebih singkat, cara penghitungan kebutuhan harus di sesuai dengan kebutuhan pasien, cara penyimpana khusus yang tidak memungkinkan untuk dikamas dalam sistem paket dan juga jangka waktu pemberian obat disesuaikan dengan respons pengobatan.

2.3 Konsep Perilaku Pengobatan

Menurut Simamora (2004) kepatuhan adalah tingkat perilaku penderita terhadap pengambilan suatu tindakan pengobatan. Dalam melakukan pengobatan seseorang dikatakan tidakpatuh apabila seseorang tersebut melalikan kewajiban dalam berobat, sehingga dapat mengakibatkan terhalangnya kesembuhan. Kepatuhan penderita adalah sejauh mana perilaku penderita sesuai dengan ketetapan yang telah diberikan oleh profesional kesehatan (Ester, 2000).

Kepatuhan merupakan salah satu modal yang dasar seseorang untuk berperilaku. Kepatuhan (*adherence*) didefinisikan sebagai tingkatan perilaku seseorang yang mendapatkan pengobatan, mengikuti diet atau melaksanakan gaya hidup sesuai dengan rekomendasi pemberi pelayanan kesehatan (WHO, 2003).

Penderita yang patuh berobat adalah yang dapat menyelesaikan pengobatan secara teratur dan lengkap tanpa terputus minimal 6 bulan igga dengan 9 bulan (Depkes RI, 2000). Sedangkan penderita yang dikatakan tidak yaitu penderita yang lalai tidak datang untuk berobat lebih dari 3 hari hingga 2 bulan lebih dari tanggal perjanjian dan dikatakan *Droup outjika* lebih dari 2 bulan berturut-turut tidak datang berobat setelah dikunjungi petugas kesehatan (Depkes RI, 2000).

2.4 Konsep *Theory Planned Behavior* Menurut Nursalam 2016

2.4.1 Definisi *Theory Planned Behavior*

Theory Planned Behavior atau teori perilaku yang terencana merupakan pengembang lebih lanjut dari *Theory of Reasoned Action* (TRA).Ajzen (1998) *Theory Planned Behaviorditambahkan* kontruk yang belum ada dalam *Theory of Reasoned Action* yaitu *Preceived Behavior Control* (PBC).Penamabahan satu faktor tini dalam

upaya memahami keterbatasan yang dimiliki individu dalam rangka menentukan perilaku tertentu (Nursalam, 2016).

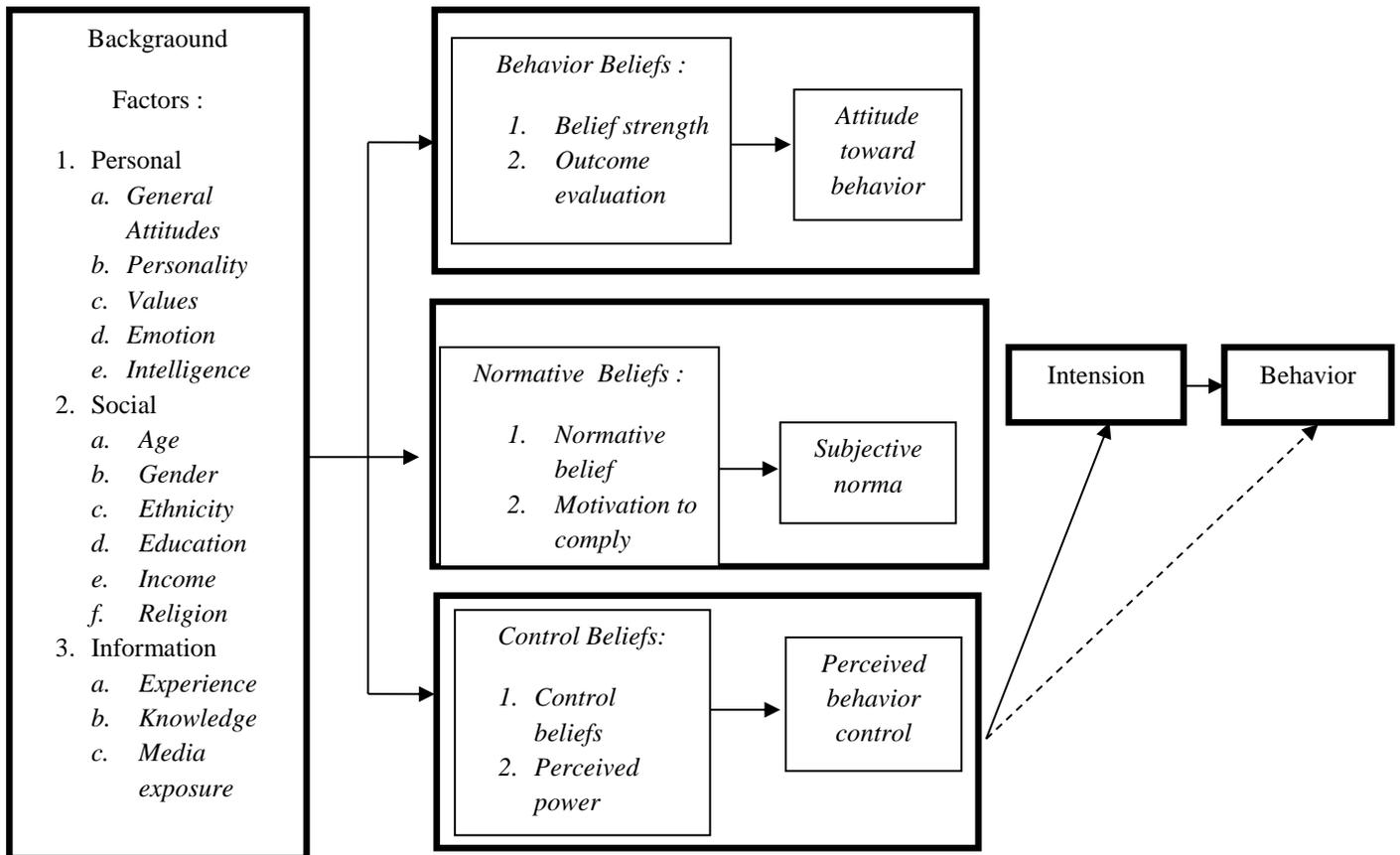
Penjelasan lain bahwa *Theory of Reasoned Action* dan *Theory Planned Behavior* berfokus pada konstruksi teoritis yang berkaitan dengan faktor intensi individu sebagai penentu dari kemungkinan melakukan perilaku tertentu. Baik *Theory of Reasoned Action* dan *Theory Planned Behavior* menganggap predictor terbaik perilaku adalah niat terhadap perilaku, yang pada gilirannya ditentukan oleh sikap terhadap perilaku dan persepsi social normative mengenai itu (*perceived behavioral control*).

2.4.2 Bagan Theory Planned Behavior

Theory Planned Behavior menyampaikan bahwa perilaku yang di tampilkan oleh individu timbul karena ada niat atau intense untuk berperilaku. Munculnya niat berperilaku ditentukan oleh tiga faktor penentu (Nursalam, 2016), yaitu:

1. *Behavioral beliefs*, yaitu suatu keyakinan individu akan hasil dari suatu perilaku (*beliefs strength/behavioral beliefs*) dan evaluasi hasil tersebut (*outcome evaluation*).
2. *Normative beliefs*, yaitu keyakinan tentang harapan normative orang lain (*normative beliefs*) dan motivasi untuk memenuhi kebutuhan harapan tersebut (*motivation to comply*)
3. *Control beliefs*, yaitu keyakinan tentang keberadaan hal-hal yang mendukung atau menghambat perilaku yang akan ditampilkan (*control beliefs*) dan persepsinya tentang seberapa kuat hal-hal yang mendukung dan menghambat perilakunya tersebut (*perceived power*). Hambatan yang

mungkin timbul pada saat perilaku ditampilkan dapat bersal dari dalam diri sendiri maupun lingkungan.



Gambar 2.1 Bagan *Theory of Planned Behavior* (Ajzen, 2005)

Secara berurutan *behavioral beliefs* menghasilkan sikap terhadap perilaku positif atau negative normative beliefs menghasilkan tekanan social yang dipersepsikan (*perceived social pressure*) atau norma subjektif (*subjective norm*) dan *control beliefs* menimbulkan *perceived behavioral* atau control perilaku yang dipersepsikan (Nursalam, 2016).

Bagan diatas menjelaskan ada empat hal yang saling berkaitan dengan perilaku seseorang yaitu :

1. Hubungan yang langsung antara tingkah laku dan intensi. Hal tersebut dapat diartikan bahwa intensi merupakan salah satu faktor terdekat yang dapat memunculkan tingkah laku seseorang yang akan ditampilkan.
2. Intensi dipengaruhi oleh tiga hal yaitu: sikap individu terhadap tingkah laku yang dimaksud (*attitude toward behavior*), norma subjektif (*subjektif norm*) dan kendali perilaku yang dipersepsikan (*perceived behavior control*).
3. Masing-masing faktor yang memmpengaruhi intensi (sikap, norma subjektif dan PBC) dipengaruhi oleh anteseden lainnya, yaitu *beliefs*. Sikap dipengaruhi oleh oleh *behavioral beliefs*, norma subjektif dipengaruhi oleh *normative beliefs* dan PBC dipengaruhi oleh *beliefs* tentang control yang dimilik disebut *control beliefs*. Baik sikap, norma subjektif dan PBC merupakan fungsi perkalian dari masing-masing *beliefs* dengan faktor lainnya yang mendukung.
4. PBC merupakan ciri khas teori ini dibandingkan dengan *Theory of Reasoned Action* (TRA), pada bagan diatasterdapat dua cara yang mehubungkan tingkah laku dengan PBC. Pertama yaitu diwakili dengan garis penuh yang menghubungkan PBC dengan tingakh laku yang secara tidak langsung melalui perantara intesi. Kedua yaitu hubungan secara lagsung tanpa perantara antara PBC dengan tingkah laku yang digambarkan dengan garis putus-putus, tanpa melalui intensi (Ajzen 2005 dalam Nursalam 2016).

2.4.3 Intensi

Intensi merupakan indikasi seberapa kuat keyakinan seseorang akan mencoba suatu perilaku, dan seberapa besar usaha yang akan digunakan untuk melakukan sebuah perilaku. Hartono (2007) mendefinisikan intensi atau niat sebagai keinginan untuk berperilaku. Dengan kata lain dapat dikatakan, bahwa seseorang berperilaku karena keinginan, kesengajaan atau karena memang sudah direncanakan. Niat berperilaku (behavior intention) masih merupakan suatu keinginan atau rencana. Dalam hal ini, niat belum merupakan perilaku, sedangkan perilaku (behavior) adalah tindakan yang nyata yang dilakukan (Nursalam, 2016).

Intensi merupakan faktor motivasional yang memiliki pengaruh pada perilaku, sehingga orang dapat mengharapkan orang lain berbuat sesuatu berdasarkan intensinya (Ajzen 1988,1991 dalam Nursalam 2016). Pada umumnya, intensi memiliki korelasi yang tinggi dengan perilaku, oleh karena itu dapat digunakan untuk meramalkan perilaku. Intensi diukur dengan sebuah prosedur yang menepatkan subjek di dimensi probabilitas subjektif yang melibatkan suatu hubungan antara dirinya dengan tindakan. Berdasarkan *Theory Planned Behavior*, intensi memiliki tiga determinan yaitu : sikap, norma subjektif dan juga kendali perilaku yang dipersepsikan (Ajzen 1998 dalam Nursalam 2016).

Untuk melihat besar bobot pengaruh masing-masing determinan digunakan perhitungan analisis *multiple regensi* dengan persamaan berikut:

$$B \sim I = (A_b) W_1 + (SN) W_2 + (PBC) W_3$$

Keterangan:

B = *Behavior*

$I = Intension$

$A_b = Attitudes$

$SN = Subjective norms$

$PBC = Perceived Behavior Control$

$W_{123} = Weight$

Keakuratan intensi dalam memprediksi tingkah laku tentu bukan tanpa syarat karena ditemukan pada beberapa studi bahwa intensi tidak selalu menghasilkan tingkah laku yang dimaksudkan, pernyataan ini juga diperkuat oleh pernyataan Ajzen (2005) menurutnya walaupun banyak ahli yang sudah membuktikan hubungan yang kuat antara intense dengan tingkah laku, namun pada beberapa kali hasil studi ditemukan pula hubungan yang lemah antara keduanya. Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan intensi dalam memprediksi tingkah laku:

1. Kesulitan antara intensi dan tingkah laku

Pengukuran intensi harus disesuaikan dengan perilaku dalam hal konteks dan waktunya.

2. Stabilisasi intensi

Faktor yang kedua yang mempengaruhi adalah kesetabilan intensi seseorang. Hal ini jika terdapat jarak atau jangka waktu yang cukup panjang antara pengukuran intensi dengan pengamatan tingkah laku. Setelah dilakukan pengukuran intensi, sangat mungkin ditemui hal-hal atau kejadian yang dapat mencampuri atau mengubah intensi seseorang untuk berubah, sehingga pada

tingkah laku awal yang ditampilkannya tidak sesuai dengan intensi awal. Semakin panjang interval waktunya, maka semakin besar kemungkinan intense akan berubah.

3. *Literal inconsistency*

Pengukuran intense dan tingkah laku susah sesuai (*compatible*) dan jarak waktu pengukuran antara intensi dengan tingkah laku singkat, namun terkadang terjadi ketidaksesuaian antara intensi dengan tingkah laku yang ditampilkan masih ada. Penjelasan *Literal inconsistency* adalah individu yang terkadang tidak konsisten dalam mengaplikasikan tingkah laku sesuai dengan intensi yang telah dinyatakan sebelumnya. Hal ini disebabkan oleh berbagai alasan, diantaranya individu tersebut lupa akan apa yang mereka ucapkan. Maka dari itu untuk mengantisipasi hal ini dapat dilakukan dengan strategi *implementation intention*, yaitu dengan meminta individu untuk merinci bagaimana intense tersebut akan diimplementasikan dalam tingkah laku. Rinciannya biasanya mencakup tentang dimana dan bagaimana tingkah laku tersebut akan dilakukan.

4. *Base rate*

Base rate adalah tingkat kemungkinan sebuah tingkah laku akan dilakukan oleh orang. Tingkah laku dengan *base rate* yang tinggi adalah tingkah laku yang dilakukan hampir oleh setiap orang seperti, makan dan minum. Sedangkan tingkah laku dengan *base rate* yang rendah yaitu tingkah laku yang hampir tidak dilakukan kebanyakan orang seperti, bunuh diri. Intense dapat memprediksi perilaku aktualnya dengan baik jika perilaku tersebut memiliki tingkat *base rate* yang sedang.

Pengukuran intensi dapat digolongkan ke dalam pengukuran *beliefs*. Sebagaimana pengukuran *beliefs*, pengukuran intensi terdiri dari dua hal, yaitu pengukuran isi (*content*) dan kekuatan (*strength*). Isi dari intensi diwakili oleh jenis tingkah laku yang akan diukur, sedangkan kekuatan responden dilihatnya dari *rating* jawaban yang diberikan responden pada pilihan skala yang tersedia. Contohnya pilihan skalanya adalah mungkin-tidak mungkin dan setuju-tidak setuju (Nursalam, 2016).

2.4.3.1 Aspek pengukuran intensi

Menurut Fishbein dan Ajzen (1975 dalam Nursalam 2016) intensi memiliki empat aspek yaitu :

- a. Perilaku (*Behavior*), yaitu perilaku seseorang yang spesifik nantinya akan di wujudkan.
- b. Sasaran (*Target*) yaitu objek yang menjadi sasaran perilaku. Objek yang menjadi sasaran perilaku yang spesifik dapat digolongkan menjadi tiga yaitu, orang tertentu atau objek tertentu (*particular object*), sekelompok orang atau sekelompok objek (*a class of object*), dan orang atau objek pada umumnya (*any object*).
- c. Situasi (*situation*) yaitu keadaan di mana dapat mendukung untuk dilakukannya suatu perilaku (bagaimana dan dimana perilaku itu akan diwujudkan).
- d. Waktu (*time*), yaitu waktu terjadinya perilaku yang meliputi waktu tertentu dalam satu periode atau jangka waktu yang tidak terbatas.

Untuk mengidentifikasi tingkat kekhususan pada target, situasi dan dimensi waktu yang relative mudah tetapi dimensi perilaku relative lebih sulit untuk diidentifikasi. Pengukuran intensi yang terbaik agar dapat memprediksi perilaku adalah dengan memasukkan keempat aspek intense yaitu perilaku, target, situasi dan waktu (Feshbein & Ajzen, 1975 dalam Nursalam 2016).

2.4.4 Sikap

Menurut Ajzen (2005) sikap merupakan besarnya perasaan positif terhadap objek (*favorable*) atau negative (*unfavorable*) terhadap suatu objek, orang, instansi, atau kegiatan. Eagly & Chaikan (1993) dalam Nursalam (2016) mendefinisikan sikap sebagai kecenderungan psikologis yang diekpresikan dengan evaluasi suatu etnis dalam derajat suka dan tidak suka. Sikap dipandang sebagai sesuatu yang afektif atau evaluative.

Konsep sentral yang menentukan *beliefs*. Menurut Fishbein dan Ajzen (2005) dalam Nursalam (2016), *beliefs* mempresentasikan pengetahuan yang dimiliki seseorang terhadap suatu objek, dimana *beliefs* menghubungkan suatu objek dengan beberapa atribut. Kekuatan hubungan ini diukur dengan prosedur yang menepatkan seseorang dalam dimensi probabilitas subjektif yang melibatkan objek dengan atribut terkait.

Menurut (Fishbein dan Ajzen 1975 dalam Nursalam 2016), sikap seseorang terhadap suatu objek sikap dapat diestimasi dengan menjumlahkan hasil kali antara evaluasi terhadap atribut yang diasosiasikan pada objek sikap (*belief evaluation*) dengan probabilitas subjektifnya bahwa suatu objek memiliki atau tidak memiliki atribut tersebut (*behavioral beliefs*), atau dengan kata lain dalam *Theory*

Planned Behavior sikap yang dimiliki seseorang terhadap suatu tingkah laku dilandasi oleh beliefs seseorang terhadap konsekuensi (*outcome*) yang akan dihasilkan jika tingkah laku tersebut dilakukan (*outcome evaluation*) dan kekuatan terhadap beliefs tersebut (*beliefs strength*). *Beliefs* adalah pernyataan subjektif seseorang yang menyangkut aspek-aspek yang dapat dibedakan tentang dunianya, yang sesuai dengan pemahaman tentang diri dan lingkungan .

Dikatakan dengan sikap, *beliefs* mempunyai tingkatan atau kekuatan yang berbeda, yang disebut dengan *beliefs strength*. Kekuatan ini berbeda-beda setiap orang dan kuat lemahnya *beliefs* ditentukan berdasarkan persepsi seseorang terhadap tingkat keseringan suatu objek memiliki atribut tertentu (Fishbein & Ajzen 1975 dalam Nursalam, 2016). Sebagai salah satu komponen dalam rumusan intensi, sikap terdiri atas *beliefs* dan evaluasi *beliefs* (Fishbein & Ajzen, 1975 dalam Nursalam 2016), seperti berikut ini:

$$AB = \sum b_i e_i$$

Keterangan :

AB = Sikap terhadap perilaku

b = *Beliefs* terhadap perilaku tersebut mengarah pada konsekuensi

e = Evaluasi seseorang terhadap outcome (*outcome evaluation*)

Berdasarkan rumusan diatas, sikap terhadap perilaku (AB) di dapatkan dari penjumlahan hasil kalian antara *beliefs* terhadap *outcome* yang dihasilkan (b_i) dengan

evaluasi terhadap *outcome* (ei). Dengan kata lain, seseorang percaya sebuah tingkah laku dapat menghasilkan sebuah *outcome* yang positif, maka ia akan bersikap positif. Begitu pula sebaliknya jika seseorang memiliki keyakinan bahwa dengan melakukan suatu tingkah laku akan menghasilkan *outcome* negatif, maka seseorang tersebut juga akan memiliki sikap negatif terhadap perilaku tersebut.

Pengukuran sikap tidak bisa didapatkan melalui pengamatan langsung. Melainkan harus melalui pengukuran respon. Pengukuran sikap ini didapatkan dari interaksi *beliefs content-outcome evaluation* dan *beliefs strength*. *Beliefs* seseorang mengenai suatu objek atau tindakan dapat dimunculkan dalam format respon bebas dengan meminta subjek untuk menuliskan karakteristik, kualitas atribut dari objek atau konsekuensi tingkah laku tertentu. Fishbein & Ajzen menyebutkan dengan elisitasi. Elisitasi digunakan untuk menentukan *beliefs* utama (*salient beliefs*) yang akan digunakan dalam penyusunan alat ukur instrument (Nursalam, 2016).

2.4.5 Norma Subjektif

Norma subjektif merupakan kepercayaan seseorang mengenai persetujuan orang lain terhadap tindakan atau persepsi yang individu tentang apakah orang lain mendukung atau tidaknya suatu tindakan tersebut (Ajzen 1998 dalam Nursalaam, 2016). Norma subjektif adalah pihak-pihak yang dianggap ikut berperan dalam perilaku seseorang dan memiliki harapan pada orang tersebut, sejauh mana keinginana untuk memenuhi harapan tersebut. Orang lain disebut *referent* dan dapat merupakan orang terdekat seperti orang tua, sahabat atau orang yang dianggap ahli atau penting dalam hidupnya.

Ada dua faktor yang mempengaruhi norma subjektif yaitu :

- a. *Normative beliefs* yaitu keyakinan seseorang bahawa *referent* (orang lain) harus atau tidak melakukan suatu perilaku.
- b. *Motivation to comply* yaitu motivasi individu untuk memenuhi norma dari *referent* tersebut (Ajzen 2005 dalam Nursalam, 2016).

Rumusan norma subjektif pada intensi perilaku tertentu, dirumuskan sebagai berikut (Fishbein & Ajzen 1975 dalam Nursalam, 2016) :

$$SN = \sum b_i m_i$$

Keterangan :

SN : Norma subjektif

b_i : *normatif beliefs*

m_i : motivasi untuk mengikuti anjuran (*motivation to comply*)

Berdasarkan rumusan masalah tersebut, dapat dikatakan bahwa norma subjektif adalah persepsi seseorang terhadap orang-orang yang dianggap penting bagi dirinya untuk berperilaku atau tidak berperilaku tertentu, dan sejauhmana seseorang ingin mematuhi anjuran orang-orang tersebut. Norma subjektif secara umum dapat ditentukan oleh harapan spesifik yang dipersepsikan seseorang, yang merupakan referensi (anjuran) dari orang-orang yang disekitarnya dan oleh motivasi untuk referensi atau anjuran tersebut.

Berdasarkan rumusan tersebut, norma subjektif didapatkan dari hasil penjumlahan hasil kali *normative beliefs*, tentang tingkah laku (b_i) dan dengan *motivation to comply* untuk mengikutinya (m_i). dengan kata lain bahwa,

seseorang yang memiliki keyakinan bahwa individu atau kelompok yang cukup berpengaruh terhadap (*referent*) akan mendukung seseorang untuk melakukan sesuatu hal, maka hal ini akan menjadi tekanan social untuk seseorang tersebut melakukannya. Sebaliknya jika seseorang percaya orang lain yang berpengaruh padanya tidak mendukung tingkah laku tersebut, maka hal ini menyebabkan ia memiliki norma subjektif tidak akan dilakukan.

Pengukuran norma subjektif sesuai dengan antesedennya, yaitu berdasarkan 2 skalanya: *normative belief* dan *motivation to comply*. Maka pengukurannya juga diperoleh dari penjumlahan hasil kali keduanya. Norma subjektif sama halnya dengan sikap, *belief* tentang pihak-pihak yang mendukung atau tidak mendukung didapatkan dari hasil elisitasi untuk menentukan *belief* utamanya (Nursalam, 2016).

2.4.6 Perceived Behavior Control

Kendali perilaku yang dipersepsikan (*perceived behavioral control*) yaitu persepsi seseorang terhadap mudah atau tidaknya sebuah perilaku yang dapat dilakukan. Variabel ini diasumsikan merefleksikan masa lalu dan mengantisipasi halangan yang mungkin terjadi atau persepsi seseorang tentang kemudahn atau kesulitan seseorang dalam berperilaku tertentu (Ajzen 1998 dalam Nursalam, 2016).

Terdapat dua asumsi mengenai kendali perilaku yang dipersepsikan. Pertama yaitu, kendali perilaku yang dipersepsikan memiliki pengaruh motivasional terhadap intensi. Seseorang yang memiliki keyakinan bahwa ia tidak memiliki kesempatan untuk berperilaku, maka dia tidak akan memiliki intensi yang kuat meskipun ia bersikap positif dan di dukung oleh orang-orang disekitarnya. Kedua yaitu, kendali perilaku yang dipersepsikan memiliki kemungkinan untuk dapat mempengaruhi

perilaku seseorang secara langsung, tanpa melalui intension karena ia merupakan substitusi parsial dari pengukuran terhadap kendali actual (Ajzen 1998 dalam Nursalam, 2016)

Perceived Behavior Control dipengaruhi dengan kedua faktor sebelumnya, yaitu dipengaruhi oleh *beliefs*. *Beliefs* yang dimaksudkan yaitu ada atau tidaknya faktor yang menghambat atau mendukung performa tingkah laku seseorang (*control beliefs*). Berikut adalah rumus yang hubungan antara *control beliefs* dengan *Perceived Behavior Control* dapat dilihat dari rumus berikut ini :

$$PBC = \sum c_i p_i$$

Keterangan :

PBC : *Perceived Behavior Control*

Ci : *Control beliefs*

Pi : *Power beliefs*

Perceived Behavior Control dapat diperoleh dengan cara menjumlahkan hasil kali antara keyakinan mengenai mudah atau tidaknya suatu perilaku tersebut dilakukan (*Control beliefs*) dan kekuatan faktor yang dalam memfasilitasi atau menghambat tingkah laku (*Power beliefs*) seseorang. Dengan kata lain, maka semakin besar persepsi seseorang mengenai kesempatan dan sumber daya yang dimiliki (faktor pendukung), serta semakin kecil persepsi tentang hambatan yang dimiliki, maka semakin besar *Perceived Behavior Control* yang dimiliki oleh seseorang.

Pengukuran *Preceived Behavior Control* yang dapat dilakukan hanyalah mengukur persepsi individu yang bersangkutan terhadap control yang ia miliki serta beberapa faktor penghambat atau faktor pendukung tersebut. Beberapa faktor yang dipersepsikan sebagai penghambat atau pendukung didapatkan dari proses elisitasi untuk mendapatkan *beliefs* yang utama.

2.4.7 Variabel lain yang mempengaruhi intensi

Terdapat variabel lain yang mempengaruhi intensi selain dari beberapa faktor utama tersebut (sikap terhadap perilaku, norma subjektif dan kendali perilaku yang dipersepsikan) yaitu, variabel yang mempengaruhi atau berhubungan dengan *beliefs*. Beberapa variabel tersebut dapat dikelompokkan menjadi tiga kelompok (Ajzen 2005 dalam Nursalam, 2016) yaitu :

1. Faktor personal

- a. Sikap terhadap sesuatu

Sikap terhadap sesuatu adalah respon dan penilaian seseorang terhadap sesuatu yang bisa bersifat positif maupun negative.

- b. Kepribadian

Kepribadian adalah organisasi faktor biologis, psikologis dan sosiologi yang mendasari perilaku seseorang.

- c. Nilai hidup

Nilai hidup adalah gagasan kolektif tentang apa yang dianggap baik, penting, diinginkan dan dianggap layak.

- d. Emosi

Emosi adalah kondisi perasaan yang kompleks yang diiringi dengan beberapa gerakan atau aktivitas kelenjar.

e. Kecerdasan

Kecerdasan adalah kemampuan untuk belajar, keseluruhan pengetahuan yang diperoleh dan kemampuan untuk beradaptasi dengan situasi baru atau lingkungan pada umumnya.

2. Faktor social

Ada beberapa faktor social yang mempengaruhi yaitu usia, jenis kelamin, etnis, pendidikan, penghasilan dan agama (Ajzen, 2005 dalam Nursalam, 2016).

a. Usia

Secara fisiologis perkembangan dan pertumbuhan seseorang dapat digambarkan melalui pertambahan usia. Dengan pertambahan usia diharapkan terjadinya pertambahan kemampuan motorik sesuai dengan usianya atau tumbuh kembangnya. Akan tetapi pertumbuhan dan perkembangan seseorang pada titik tertentu akan mengalami kemunduran akibat faktor degenerative. Umur atau usia adalah rentang kehidupan yang dapat diukur dengan menggunakan tahun, dikatakan masa awal dewasa ketika seseorang berusia 18 tahun hingga 40 tahun, dewasa madya adalah usia 41 hingga 60 tahun, sedangkan dewasa lanjut > 60 tahun. Usia yang lebih tua umumnya lebih bertanggung jawab dan lebih teliti dibandingkan usia yang lebih muda. Hal ini terjadi kemungkinan

karena yang lebih muda kurang berpengalaman. Ajzen (2005) menyampaikan bahwa pekerja usia 20-30 tahun mempunyai motivasi relative lebih rendah dibandingkan pekerja yang lebih tua, karena pekerja yang lebih muda belum berdasrakan pada landasan realities, sehingga pekerja muda lebih sering mengalami kekecawaan dalam bekerja. Hal ini dapat menyebabkan rendahnya kinerja dan kepuasan kerja, semakin lanjut usia seseorang maka semakin meningkat pula kedewasaan teknsisnya, seta kedewasaan psikologisnya yang menunjukkan kematangan jiwanya.

Usia semakin lanjut akan meningkatkan pula kemampuan seseorang dalam mengambil sebuah keputusan, mengendalikan emosi, berpikir secara rasional dan sikap toleransi terhadap pandangan orang lain sehingga berpengaruh pula terhadap peningkatan motivasinya.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin persifatan atau pembagaian kelamin yang ditentukan secara biologis yang melekat pada jenis kelamin tertentu.

c. Etnis

Etnis yaitu kelompok social dalam sistem social serta kebudayaan yang mempunyai arti atau kedudukan karena keturunan, adat, agama, bahasa dan lain sebagainya.

d. Pendidikan

Latar belakang pendidikan seseorang dapat mempengaruhi kemampuan pemenuhan kebutuhan yang berbeda-beda yang akhirnya memotivasi kerja seseorang. Seseorang yang memiliki latar belakang atau riwayat pendidikan tinggi akan mewujudkan motivasi kerja yang berbeda dibandingkan dengan seseorang pekerja yang memiliki riwayat pendidikan rendah. Menurut Notoatmodjo (2010) menyebutkan bahwa dengan Pendidikan seseorang akan meningkatkan kematangan intelektual seseorang sehingga dapat mempengaruhi pembuatan sebuah keputusan sebelum melakukan sesuatu atau sebuah tindakan.

Selain itu juga semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah pula seseorang menerima serta mengembangkan teknologi dan pengetahuan, sehingga dapat meningkatkan produktivitas yang pada akhirnya meningkatkan kesejahteraan.

e. Pendapatan

Pendapatan adalah jumlah uang yang telah diterima oleh individu atau seseorang dari suatu aktivitas yang telah dilakukan.

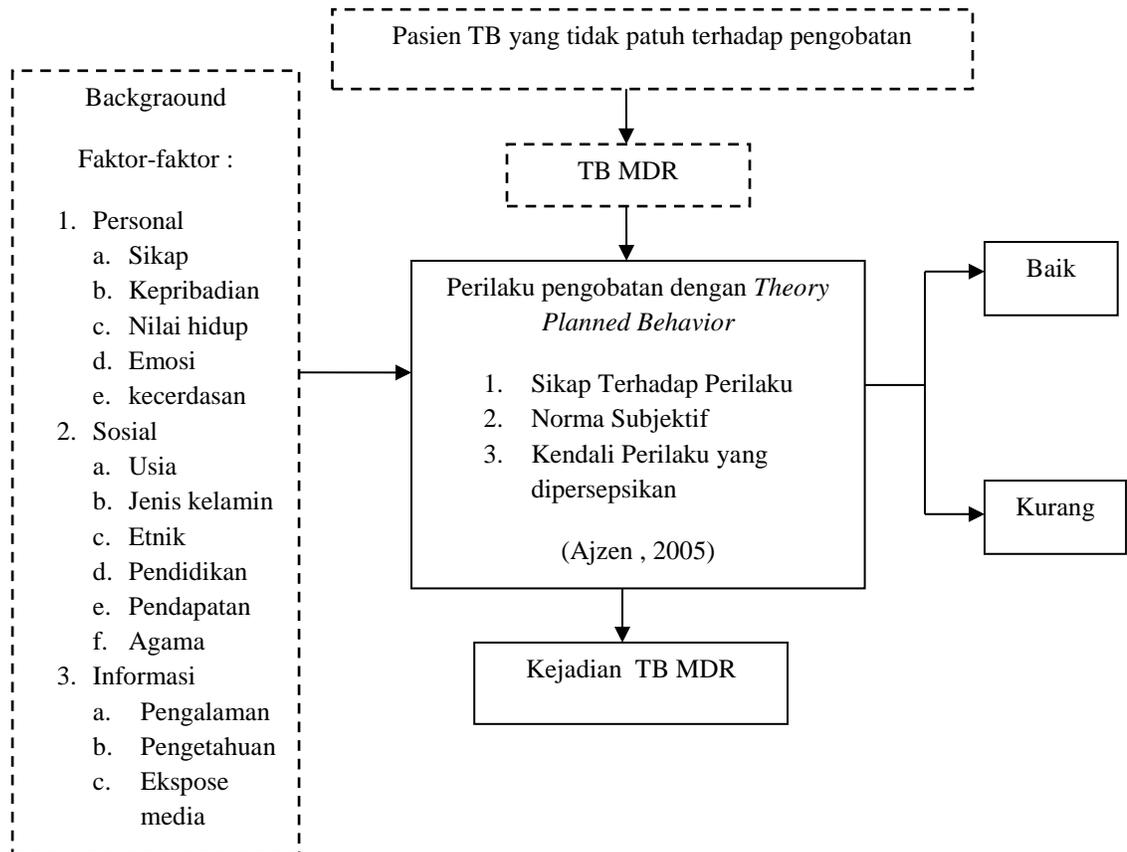
f. Agama

Suatu kepercayaan yang diakui di Indonesia yaitu Islam, Hindu, Budha, Kristen, Khatolik dan Konghuchu.

3. Faktor informasi

Faktor informasi adalah pengalaman, pengetahuan dan ekspose pada media. Pengetahuan merupakan hasil dari “tau” ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan pada suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan perabaan. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui pendidikan, pengalaman orang lain, media massa maupaun lingkungan.

2.5 Kerangka Konseptual



Keterangan :

Diteliti :

Tidak diteliti :

Mempengaruhi :

Gambar 2.2 Kerangka konseptual hubungan perilaku pengobatan dengan pendekatan teori *Planned Behavior* terhadap kejadian TB MDR di TB Care 'Aisiyah Kota Surabaya.

2.6 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

H1 : Ada Hubungan Perilaku Pengobatan dengan Pendekatan Teori *Planned Behavior* terhadap Kejadian TB MDR Di TB Care 'Aisiyah Kota Surabaya.