**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

**2.1 Konsep *Health belief Model***

**2.1.1 Definisi *Health Belief Model***

*Health Belief Model (HBM)* merupakan model promosi kesehatan yang dikemukakan pertama kali oleh Resenstock tahun 1966 kemudian disempurnakan oleh Becker, dkk pada 1980. Model teori ini merupakan formasi konseptual untuk mengetahui persepsi individu apakah menerima atau tidak tentang kesehatan mereka (Kholid, 2012)

HBM atau model kepercayaan kesehatan adalah sebuah bentuk perilaku dimana seseorang memberikan penilaian dan penjabaran terhadap kesehatan dari segi sosio-psikologis (Maulana, 2009).

*Health belief model* juga dapat diartikan sebagai sebuah konstruk teoritis mengenai kepercayaan individu dalam berperilaku sehat (Notoadmodjo, 2010).

**2.1.2 Manfaat *Health Belief Model***

Model Kepercayaan kesehatan (HBM) ini digunakan untuk meramalkan perilaku peningkatan kesehatan. Model kepercayaan kesehatan merupakan model kognitif yang berarti bahwa khususnya proses kognitif dipengaruhi oleh informasi dari lingkungan. Menurut model kepercayaan kesehatan kemungkinan individu akan melakukan tindakan pencegahan tergantung secara langsung pada hasil dari dua keyakinan atau penilaian kesehatan yaitu ancaman yang dirasakan dari sakit dan pertimbangan tentang keuntungan dan kerugian (Kholid, 2012).

Penilaian tentang ancaman yang dirasakan ini berdasarkan pada ketidakkekebalan yang merupakan kemungkinan bahwa orang-orang dapat mengembangkan masalah kesehatan menurut kondisi mereka. Keseriusan yang dirasakan orang-orang yang mengevaluasi seberapa jauh keseriusan penyakit tersebut apabila mereka mengembangkan masalah kesehatan mereka atau membiarkan penyakitnya tidak ditangani (Maulana, 2009).

Penilaian kedua yang dibuat adalah antara keuntungan dan kerugian dari perilaku dalam usaha untuk memutuskan tindakan pencegahan atau tidak yang berkaitan dengan dunia medis dan mencakup berbagai ancaman, seperti *check up* untuk pemeriksaan awal dan imunisasi (Maulana, 2009).

Penilaian ketiga yaitu petunjuk berperilaku sehat. Hal ini berupa berbagai informasi dari luar atau nasihat mengenai permasalahan kesehatan, misalnya media massa, promosi kesehatan dan nasihat orang lain atau teman (Maulana, 2009).

**2.1.3 Konsep Utama *Health Belief Model***

Menurut Machfoedz (2009) HBM, mengandung konsep utama yaitu memprediksikan mengapa seseorang melakukan tindakan tertentu  untuk menjaga, melindungi dan mengendalikan kondisi sakit, dengan melihat beberapa sudut pandang antara lain :

1. Kerentanan (*Perceived Susceptibility*)

Yaitu seseorang merasakan keyakinan / percaya akan kemungkinan sakit yang terjadi pada dirinya. Misalnya seseorang wanita yang beresiko mempunyai pasangan yang tidak setia, akan merasakan dirinya rentan terkena suatu penyakit menular seksual.

1. Keseriusan (*Perceived Severity*/*seriousility*)

Yaitu Seseorang memprediksikan tingkat keparahan apabila menderita penyakit tersebut.

1. Hambatan (*Perceived Barrier*)

Yaitu hambatan yang ada dalam seseorang berperilaku sehat, misalnya pada kasus perempuan yang beresiko terkena penyakit IMS, Dia akan mencari pencegahan dengan pendeteksian dini melalui pemeriksaan Papsmear, namun dari pihak suami tidak mendukung, hal ini merupakan hambatan.

1. Keuntungan (*Benefit*)

Yaitu seseorang menimbang keuntungan yang diperoleh antara biaya yang dikeluarkan dengan tingkat sakitnya, misalnya apakah efektif biaya yang dikeluarkan pada pemeriksaan Papsmear yang mahal bila dibandingkan dengan tingkat keseriusan atau resiko penyakitnya.

1. *Self Eficacy*

Yaitu kemampuan seseorang untuk mendapatkan hasil tertentu. Yakin terhadap efektivitas pengobatan

1. *Cues To Action*,

Yaitu isyarat pada suatu tindakan atau kesiapan seseorang dalam bertindak.

**2.1.4 Aspek pokok perilaku kesehatan**

Menurut Rosenstock tahun 1966 seperti yang dikutip dari Notoadmodjo (2012) , model ini merupakan pendekatan pendidikan kesehatan. Konsep :  perilaku kesehatan merupakan fungsi dari pengetahuan dan sikap. Secara khusus bahwa persepsi seseorang tentang kerentanan dan kemujaraban pengobatan dapat mempengaruhi keputusan seseorang dalam perilaku kesehatannya.

Aspek-aspek pokok perilaku kesehatan menurut Rosenstock dalam Notoadmodjo (2012) :

1. Ancaman
2. Persepsi tentang kerentanan diri terhadap penyakit (atau kesediaan menerima diagnosa penyakit).
3. Persepsi tentang keparahan penyakit/kondisi kesehatannya.
4. Harapan
5. Persepsi tentang keuntungan suatu tindakan
6. Persepsi tentang hambatan-hambatan untuk melakukan tindakan itu.
7. Pencetus tindakan:
8. Media
9. Pengaruh orang lain
10. Hal-hal yang mengingatkan (*reminders*)
11. Faktor-faktor Sosio-demografi (pendidikan, umur, jenis kelamin/gender, suku bangsa).
12. Penilaian diri (Persepsi tentang kesanggupan diri untuk melakukan tindakan itu).

**2.2 Konsep Pengetahuan**

**2.2.1 Definisi Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindera manusia yakni : penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoadmodjo, 2010).

Pengetahuan (*knowledge*) adalah suatu proses dengan menggunakan pancaindera yang dilakukan seseorang terhadap objek tetentu dapat menghasilkan pengetahuan dan keterampilan (Hidayat, 2008).

**2.2.2 Jenis Pengetahuan**

Pemahaman masyarakat mengenai pengetahuan dalam konteks kesehatan sangat beraneka ragam. Pengetahuan merupakan bagian perilaku kesehatan.

Menurut Notoadmodjo (2010), jenis pengetahuan di antaranya sebagai berikut.

1. Pengetahuan implisit

Pengetahuan implisit adalah pengetahuan yang masih tertanam dalam bentuk pengalaman seseorang yang berisi faktor-faktor yang bersifat nyata, seperti keyakinan pribadi perspektif, dan prinsip. Pengetahuan seseorang biasanya sulit ditransfer ke orang lain baik secara tertulis ataupun lisan. Pengetahuan implisit sering kali berisi kebiasaan dan budaya bahkan bisa tidak disadari. Contoh sederhana: seseorang yang telah mengetahui tentang bahaya merokok bagi kesehatan, namun ternyata dia merokok

1. Pengetahuan eksplisit.

Pengetahuan ekspilisit adalah pengetahuan yang telah didokumentasikan atau disimpan dalam wujud nyata, bisa dalam wujud perilaku kesehatan. Pengetahuan nyata dideskripsikan dalam tindakan-tindakan yang berhubungan dengan kesehatan. Contoh sederhana: seseorang yang telah mengetahui tentang bahaya merokok bagi kesehatan dan ternyata dia tidak merokok.

* + 1. **Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan**

1. Umur

Umur adalah usia individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat beberapa tahun. Semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja dari segi kepercayaan masyarakat yang lebih dewasa akan lebih percaya dari pada orang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman jiwa (Notoadmodjo, 2010).

Menurut Depkes RI (2009), umur dikategorikan menjadi balita usia 0-5 tahun, kanak-kanak usia 5-11 tahun, remaja awal 12-16 tahun, remaja akhir usia 17-25 tahun, dewasa awal usia 26-35, dewasa akhir usia 36-45 tahun, lansia awal usia 46-55 tahun, lansia akhir usia 56-65 tahun, dan manula usia > 65 tahun

1. Pendidikan

Tingkat pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah suatu cita-cita tertentu (Sarwono dan Eko, 1992, yang dikutip Nursalam, 2008). Pendidikan adalah salah satu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi.

Pendidikan diklasifikasikan menjadi :

1. Pendidikan tinggi: akademi/ PT
2. Pendidikan menengah: SLTP/SLTA
3. Pendidikan dasar : SD

Dengan pendidikan yang tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi baik dari orang lain maupun dari media masa, sebaliknya tingkat pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan dan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan (Koentjaraningrat, 1997, dikutip Nursalam, 2008).

1. Pengalaman

Pengalaman merupakan guru yang terbaik (*experient is the best teacher*), pepatah tersebut bisa diartikan bahwa pengalaman merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh suatu kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu pengalaman pribadi pun dapat dijadikan sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan persoalan yang dihadapi pada masa lalu (Notoatmodjo, 2010).

* + 1. **Tingkat Pengetahuan**

Dari pengalaman dan penelitian, ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih baik dibandingkan perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan karena didasari oleh kesadaran, rasa tertarik, dan adanya pertimbangan dan sikap positif (Hidayat, 2008).

Menurut Notoatmojo (2010) tingkatan pengetahuan terdiri atas :

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk didalamnya adalah mengingat kembali (*Recall*) terhadap suatu yang khusus dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh karena itu, “Tahu“ merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah gunanya untuk mengukur bahwa orang tahu yang dipelajari seperti: menyebutkan, menguraikan, mendefenisikan, menyatakan, dan sebagainya.

1. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan secara benar tentang objek yang diketahui, dapat menjelaskan materi tersebut dengan benar.

1. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang dipelajari pada situasi atau kondisi nyata.

1. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen–komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tetapi masih ada kaitannya satu sama lain.

1. Sintesis (*Syntesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian–bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

1. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penelitian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria–kriteria yang ada.

**2.2.5 Pengukuran Pengetahuan**

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket (kuesioner) yang menanyakan tentang materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin diketahui atau diukur berdasatkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada. Apabila data pengetahuan yang terkumpul bersifat kuantitatif maka pengukuran dapat diproses dengan cara dijumlahkan, dibandingkan dengan jumlah yang diharapkan dan diperoleh prosentase lalu ditafsirkan dengan kalimat yang bersifat kualitatif misalnya baik 76-100%, cukup 56-75%, dan kurang dibawah 55%. (Arikunto, 2010).

* 1. **Konsep Sikap**

**2.3.1 Definisi Sikap**

Sikap adalah suatu proses penilaian yang dilakukan seseorang terhadap suatu objek (Sarwono & Eko, 2014).

Menurut La pierre dalam Azwar (2011) memberikan definisi sikap sebagai suatu pola perilaku, tendensi, atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial, atau secara sederhana, sikap adalah respon terhadap stimuli sosial yang terkondisikan

**2.3.2 Komponen Sikap**

Azwar (2011) menyatakan bahwa sikap memiliki 3 komponen yaitu:

1. Komponen kognitif

Komponen kognitif merupakan komponen yang berisi kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap.

1. Komponen afektif

Komponen afektif merupakan komponen yang menyangkut masalah emosional subjektif seseorang terhadap suatu objek sikap. Secara umum, komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu.

1. Komponen perilaku

Komponen perilaku atau komponen konatif dalam struktur sikap menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya.

* + 1. **Fungsi Sikap**

Menurut Sarwono & Eko, 2011 fungsi sikap meliputi :

1. Pengetahuan

Sikap membantu kita untuk menginterpretasi stimulus baru dan menampilkan respons yang sesuai.

1. Identitas

Sikap terhadap kebangsaan Indonesia (nasionalis) yang kita nilai tinggi, mengekspresikan nilai dan keyakinan serta mengkomunikasikan “siapa kita”.

1. Harga diri

Sikap yang kita miliki mampu menjaga atau meningkatkan harga diri.

1. Pertahanan diri (*ego defensif*)

Sikap berfungsi melindungi diri dari penilaian negatif tentang diri kita.

1. Memotivasi kesan (*impression motivation*)

Sikap berfungsi mengarahkan orang lain untuk memberikan penilaian atau kesan yang positif tentang diri kita.

**2.3.4 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Sikap**

Azwar (2011) menyimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah :

1. Pengalaman pribadi

Middlebrook (dalam Azwar, 2011) mengatakan bahwa tidak adanya pengalaman yang dimiliki oleh seseorang dengan suatu objek psikologis, cenderung akan membentuk sikap negatif terhadap objek tersebut. Sikap akan lebih mudah terbentuk jika yang dialami seseorang terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional. Situasi yang melibatkan emosi akan menghasilkan pengalaman yang lebih mendalam dan lebih lama membekas.

1. Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang *konformis* atau searah dengan sikap orang yang dianggapnya penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

1. Pengaruh Kebudayaan

Burrhus Frederic Skinner, seperti yang dikutip Azwar sangat menekankan pengaruh lingkungan (termasuk kebudayaan) dalam membentuk pribadi seseorang. Kepribadian merupakan pola perilaku yang konsisten yang menggambarkan sejarah penguat (*reinforcement*) yang kita alami (Hergenh dalam Azwar, 2011). Kebudayaan memberikan corak pengalaman bagi individu dalam suatu masyarakat. Kebudayaan telah menanamkan garis pengarah sikap individu terhadap berbagai masalah.

1. Informasi

Indformasi dalam berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain mempunyai pengaruh yang besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan individu. Media massa memberikan pesan-pesan untuk sugestif yang mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Jika cukup kuat, pesan-pesan sugestif akan memberi dasar afektif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah arah sikap tertentu.

1. Lembaga Pendidikan dan Lembaga Agama

Lembaga pendidikan serta lembaga agama sebagai sesuatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu.

Pemahaman akan baik dan buruk, garis pemisah antara sesuatu yang boleh dan tidak boleh dilakukan, diperoleh dari pendidikan dan dari pusat keagamaan serta ajaran-ajarannya. Konsep moral dan ajaran agama sangat menetukan sistem kepercayaan sehingga tidaklah mengherankan kalau pada gilirannya kemudian konsep tersebut ikut berperan dalam menentukan sikap individu terhadap sesuatu hal. Apabila terdapat sesuatu hal yang bersifat kontroversial, pada umumnya orang akan mencari informasi lain untuk memperkuat posisi sikapnya atau mungkin juga orang tersebut tidak mengambil sikap memihak.

Dalam hal seperti itu, ajaran moral yang diperoleh dari lembaga pendidikan atau lembaga agama sering kali menjadi determinan tunggal yang menentukan sikap.

1. Faktor Emosional

Suatu bentuk sikap terkadang didasari oleh emosi, yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan nego. Sikap demikian dapat merupakan sikap yang sementara dan segera berlalu begitu frustrasi telah hilang akan tetapi dapat pula merupakan sikap yang lebih persisten dan bertahan lama.

* + 1. **Pengukuran Sikap**

Menurut Sugiyono (2012), Pengukuran sikap yang menggunakan alat pengumpul data berupa kuesioner bisa dilakukan analisis terhadap data tersebut menggunakan metode deskriptif. Metode deskriptif analisis adalah statistika yang digunakan untuk menganalisa data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya. Untuk menjawab deskripsi masing-masing variabel penelitian, digunakan rentang penilaian sebagai berikut 20-36% = tidak baik, 36,01-52% = kurang baik, 52,01-68% = cukup, 68,01-84% = baik, dan 84,01-100 = baik sekali.

* 1. **Konsep *Tuberculosis***

**2.4.1 Definisi *Tuberculosis***

*Tuberkulosis* adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman dari kelompok Mycobacterium yaitu *Mycobacterium tuberculosis* (Kemenkes RI, 2014).

Menurut Santa (2009), *tuberculosis* adalah jenis penyakit infeksius yang menyerang paru-paru, ditandai dengan pembentukan granuloma dan timbulnya nekrosis jaringan. Penyakit *tuberculosis* ini bersifat menahun dan bisa menular dari si penderita ke orang lainnya.

*Tuberculosis* adalah infeksi penyakit yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis* dengan gejala yang sangat bervariasi (Mansjoer dkk, 2016)

Menurut Kemenkes RI (2014) Secara umum sifat kuman TB *(Mycobacterium tuberculosis)* antara lain adalah sebagai berikut :

1. Berbentuk batang dengan panjang 1 – 10 mikron, lebar 0,2 – 0,6 mikron.
2. Bersifat tahan asam dalam pewarnaan dengan metode Ziehl Neelsen
3. Memerlukan media khusus untuk biakan, antara lain Lowenstein Jensen, Ogawa.
4. Kuman nampak berbentuk batang berwarna merah dalam pemeriksaan dibawah mikroskop.
5. Tahan terhadap suhu rendah sehingga dapat bertahan hidup dalam jangka waktu lama pada suhu antara 4°C sampai minus 70°C .
6. Kuman sangat peka terhadap panas, sinar matahari dan sinar ultraviolet.
7. Paparan langsung terhadap sinar ultraviolet, sebagian besar kuman akan mati dalam waktu beberapa menit.
8. Dalam dahak pada suhu antara 30 – 37°C akan mati dalam waktu lebih kurang 1 minggu.
9. Kuman dapat bersifat *dormant* (”tidur” / tidak berkembang)
   * 1. **Cara Penularan TB**
10. 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 ≤ dari 5.000 kuman/cc dahak sehingga sulit dideteksi melalui pemeriksaan mikroskopis langsung (Kemenkes RI, 2014).
11. Pasien TB dengan BTA negatif juga masih memiliki kemungkinan menularkan penyakit TB. Tingkat 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% (Kemenkes RI, 2014).
12. Infeksi akan terjadi apabila orang lain menghirup udara yang mengandung percik renik dahak yang infeksius tersebut (Kemenkes RI, 2014).
13. 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 (Kemenkes RI, 2014).
    * 1. **Gejala Penyakit *Tuberculosis***

Gejala utama pasien TB paru adalah batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan (Kemenkes RI,2014).

* + 1. **Pemeriksaan penunjang**

Menurut Kemenkes RI (2014), untuk menegakan diagnosis pasti penyakit *tuberculosis* dapat dilakukan melalui pemeriksaan penunjang antara lain :

1. 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 fasilitas kesehatan. 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.

1. Pemeriksaan Biakan

Pemeriksaan biakan untuk identifikasi *Mycobacterium tuberkulosis* (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.

1. 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 resistan obat. Untuk memperluas akses terhadap penemuan pasien TB dengan resistensi OAT, Kemenkes RI telah menyediakan tes cepat yaitu GeneXpert ke fasilitas kesehatan (laboratorium dan RS) diseluruh provinsi (Kemenkes,2014).

* + 1. **Klasifikasi dan Tipe Pasien TB**

1. Definisi Pasien TB
   * + - 1. Pasien TB berdasarkan hasil konfirmasi pemeriksaan bakteriologis

Adalah seorang pasien TB yang dikelompokkan berdasar hasil pemeriksaan contoh uji biologinya dengan pemeriksaan mikroskopis langsung, biakan atau tes diagnostik cepat yang direkomendasi oleh Kemenkes RI (misalnya: GeneXpert). Termasuk dalam kelompok pasien ini adalah:

Pasien TB paru BTA positif

Pasien TB paru hasil biakan M.tb positif

Pasien TB paru hasil tes cepat M.tb positif

Pasien TB ekstra paru terkonfirmasi secara bakteriologis, baik dengan BTA, biakan maupun tes cepat dari contoh uji jaringan yang terkena.

TB anak yang terdiagnosis dengan pemeriksaan bakteriologis.

* + - * 1. Pasien TB terdiagnosis secara Klinis

Pasien yang tidak memenuhi kriteria terdiagnosis secara bakteriologis tetapi didiagnosis sebagai pasien TB aktif oleh dokter, dan diputuskan untuk diberikan pengobatan TB. Termasuk dalam kelompok pasien ini adalah:

1. Pasien TB paru BTA negatif dengan hasil pemeriksaan foto toraks mendukung TB.
2. Pasien TB ekstra paru yang terdiagnosis secara klinis maupun laboratoris dan histopatologis tanpa konfirmasi bakteriologis.
3. TB anak yang terdiagnosis dengan sistim skoring.

Pasien TB yang terdiagnosis secara klinis kemudian terkonfirmasi bakteriologis bakteriologis positif (baik sebelum maupun setelah memulai pengobatan) harus diklasifikasi ulang sebagai pasien TB terkonfirmasi bakteriologis (Kemenkes RI, 2014).

1. Klasifikasi pasien TB

Dalam kemenkes RI (2014), selain dari pengelompokan pasien sesuai definisi tersebut datas, pasien juga diklasifikasikan menjadi:

1. Klasifikasi berdasarkan lokasi anatomi dari penyakit:

*Tuberkulosis* paru

Adalah TB yang terjadi pada parenkim (jaringan) paru. Milier TB dianggap sebagai TB paru karena adanya lesi pada jaringan paru.

Limfadenitis TB dirongga dada (hilus dan atau mediastinum) atau efusi pleura tanpa terdapat gambaran radiologis yang mendukung TB pada paru, dinyatakan sebagai TB ekstra paru. Pasien yang menderita TB paru dan sekaligus juga menderita TB ekstra paru, diklasifikasikan sebagai pasien TB paru.

*Tuberkulosis* ekstra paru

Adalah TB yang terjadi pada organ selain paru, misalnya: pleura, kelenjar limfe, abdomen, saluran kencing, kulit, sendi, selaput otak dan tulang. Diagnosis TB ekstra paru dapat ditetapkan berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis atau klinis.*.*

Pasien TB ekstra paru yang menderita TB pada beberapa organ, diklasifikasikan sebagai pasien TB ekstra paru pada organ menunjukkan gambaran TB yang terberat.

1. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya:
2. Pasien baru TB: adalah pasien yang belum pernah mendapatkan pengobatan TB sebelumnya atau sudah pernah menelan OAT namun kurang dari 1 bulan (˂ dari 28 dosis).
3. Pasien yang pernah diobati TB: adalah pasien yang sebelumnya pernah menelan OAT selama 1 bulan atau lebih (≥ dari 28 dosis). Pasien ini selanjutnya diklasifikasikan berdasarkan hasil pengobatan TB terakhir, yaitu:
4. Pasien kambuh: adalah pasien TB yang pernah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap dan saat ini didiagnosis TB berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis atau klinis (baik karena benar-benar kambuh atau karena reinfeksi).
5. Pasien yang diobati kembali setelah gagal: adalah pasien TB yang pernah diobati dan dinyatakan gagal pada pengobatan terakhir.
6. Pasien yang diobati kembali setelah putus berobat *(lost to follow-up):* adalah pasien yang pernah diobati dan dinyatakan *lost to follow up* (klasifikasi ini sebelumnya dikenal sebagai pengobatan pasien setelah putus berobat /default).
7. Lain-lain: adalah pasien TB yang pernah diobati namun hasil akhir pengobatan sebelumnya tidak diketahui.
8. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan uji kepekaan obat Pengelompokan pasien disini berdasarkan hasil uji kepekaan contoh uji dari *Mycobacterium tuberculosis* terhadap OAT dan dapat berupa :
9. *Mono resistan* (TB MR): resistan terhadap salah satu jenis OAT lini pertama saja
10. *Poli resistan* (TB PR): resistan terhadap lebih dari satu jenis OAT lini pertama selain Isoniazid (H) dan Rifampisin (R) secara bersamaan
11. *Multi drug resistan* (TB MDR): resistan terhadap Isoniazid (H) dan Rifampisin (R) secara bersamaan
12. *Extensive drug resistan* (TB XDR): adalah TB MDR yang sekaligus juga resistan terhadap salah satu OAT golongan fluorokuinolon dan minimal salah satu dari OAT lini kedua jenis suntikan (Kanamisin, Kapreomisin dan Amikasin)
13. Resistan Rifampisin (TB RR): resistan terhadap Rifampisin dengan atau tanpa resistensi terhadap OAT lain yang terdeteksi menggunakan metode genotip (tes cepat) atau metode fenotip (konvensional).
14. Klasifikasi pasien TB berdasarkan status HIV
15. Pasien TB dengan HIV positif (pasien ko-infeksi TB/HIV): adalah pasien TB dengan hasil tes HIV positif sebelumnya atau sedang mendapatkan ART atau hasil tes HIV positif pada saat diagnosis TB.
16. Pasien TB dengan HIV negatif: adalah pasien TB dengan hasil tes HIV negatif sebelumnya, atau hasil tes HIV negatif pada saat diagnosis TB.
17. Pasien TB dengan status HIV tidak diketahui: adalah pasien TB tanpa ada bukti pendukung hasil tes HIV saat diagnosisTB ditetapkan.
    * 1. **Pengobatan Pasien TB**

Menurut buku pedoman penanggulangan *tuberculosis* (Kemenkes,2014) tujuan pengobatan TB adalah:

1. Menyembuhkan pasien dan memperbaiki produktivitas serta kualitas hidup
2. Mencegah terjadinya kematian oleh karena TB atau dampak buruk selanjutnya
3. Mencegah terjadinya kekambuhan TB
4. Menurunkan penularan TB
5. Mencegah terjadinya dan penularan TB resistan obat

Prinsip Pengobatan TB: Obat Anti *Tuberkulosis* (OAT) adalah komponen terpenting dalam pengobatan TB. Pengobatan TB adalah merupakan salah satu upaya paling efisien untuk mencegah penyebaran lebih lanjut dari kuman TB. Pengobatan yang adekuat harus memenuhi prinsip:

1. Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan OAT yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi
2. Diberikan dalam dosis yang tepat
3. Ditelan secara teratur dan diawasi secara langsung oleh PMO (Pengawas Menelan Obat) sampai selesai pengobatan
4. Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup terbagi dalam tahap awal serta tahap lanjutan untuk mencegah kekambuhan (Kemenkes RI, 2014).
   * 1. **Obat Anti *Tuberculosis* (OAT)**

Paduan Obat Anti *Tuberkulosis* (OAT) disediakan dalam bentuk paket, dengan tujuan untuk memudahkan pemberian obat dan menjamin kelangsungan (kontinuitas) pengobatan sampai selesai. Satu (1) paket untuk satu (1) pasien dalam satu (1) masa pengobatan. OAT sebaiknya diminum sebelum makan pagi atau maksimal 1 jam setelah makan (Kemenkes RI, 2014).

Dalam buku pedoman penanggulangan *tuberculosis* (Kemenkes,2014) Obat Anti *Tuberkulosis* (OAT) disediakan dalam bentuk paket Kombinasi Dosis Tetap (KDT) mempunyai beberapa keuntungan dalam pengobatan TB, yaitu:

1. Dosis obat dapat disesuaikan dengan berat badan sehingga menjamin efektifitas obat dan mengurangi efek samping.
2. Mencegah penggunaan obat tunggal sehinga menurunkan resiko terjadinya resistensi obat ganda dan mengurangi kesalahan penulisan resep
3. Jumlah tablet yang ditelan jauh lebih sedikit sehingga pemberian obat menjadi sederhana dan meningkatkan kepatuhan pasien

Paduan OAT Kategori-1 dan Kategori-2 disediakan dalam bentuk paket 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.

Paket Kombipak adalah paket obat lepas yang terdiri dari Isoniasid, Rifampisin, Pirazinamid dan Etambutol yang dikemas dalam bentuk blister. Paduan OAT ini disediakan program untuk digunakan dalam pengobatan pasien yang terbukti mengalami efek samping pada pengobatan dengan OAT KDT sebelumnya.

Paduan OAT Kategori Anak disediakan dalam bentuk paket obat kombinasi dosis tetap (OAT-KDT). Tablet OAT KDT ini terdiri dari kombinasi 3 jenis obat dalam satu tablet. Dosisnya disesuaikan dengan berat badan pasien. Paduan ini dikemas dalam satu paket untuk satu pasien.

Panduan OAT lini pertama :

1. Kategori 1 : 2 (HRZE) / 4 (HR)3

Paduaon OAT ini diberikan untuk pasien baru :

1. Pasien TB paru terkonfirmasi bakteriologis.
2. Pasien TB paru terdiagnosis klinis
3. Pasien TB ekstra paru

Tabel 2.1 : Dosis panduan OAT KDT kategori 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Berat badan | Tahap intensif  Tiap hari selama 56 hari  RHZE (150/75/400/275) | Tahap lanjutan  3x seminggu selama 16 minggu  RH (150/150) |
| 30-37 kg | 2 tablet 4KDT | 2 tablet 2KDT |
| 38-54 kg | 3 tablet 4KDT | 3 tablet 2KDT |
| 55-70 kg | 4 tablet 4KDT | 4 tablet 2KDT |
| >70 kg | 5 tablet 4KDT | 5 tablet 2KDT |

(Kemenkes RI, 2014)

Tabel 2.2: dosis panduan OAT kombipak kategori 1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tahap pengobatan | Lama pengobatan | Dosis per hari/ kali | | | |
| isoniasid  @300 mg | Rifampisin  @ 450 mg | Pirazinamid  @500 mg | Etambutol  @250 mg |
| Intensif | 2 bulan | 1 | 1 | 3 | 3 |
| Lanjutan | 4 bulan | 2 | 1 | - | - |

(Kemenkes RI, 2014)

1. Kategori 2 : 2 (HRZE)S / (HRZE) / 5 (HR)3E3

Paduan OAT ini diberikan untuk pasien BTA positif yang pernah diobati sebelumnya (pengobatan ulang), Pasien kambuh, Pasien gagal pada pengobatan dengan paduan OAT kategori 1 sebelumnya, Pasien yang diobati kembali setelah putus berobat (*lost to follow-up*).

Tabel 2.3 : Dosis Panduan OAT KDT kategori 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Berat badan | Tahap intensif  tiap hari  RHZE (150/75/400/275) + S | | Tahap lanjutan  3 kali seminggu  RH (150/150) + E (400) |
| Selama 56 hari | Selama 28 hari | Selama 20 minggu |
| 30-37 kg | 2 tab 4 KDT +  500 mg inj streptomycin | 2 tab 4 KDT | 2 tab 2 KDT +  2 tab etambutol |
| 38-54 kg | 3 tab 4 KDT +  500 mg inj streptomycin | 3 tab 4 KDT | 3 tab 2 KDT +  3 tab etambutol |
| 55-70 kg | 4 tab 4 KDT +   1. inj streptomycin | 4 tab 4 KDT | 4 tab 2 KDT +  4 tab etambutol |
| >70 kg | 5 tab 4 KDT +  1000 mg inj streptomycin | 5 tab 4 KDT | 5 tab 2 KDT +  5 tab etambutol |

(Kemenkes RI, 2014)

* + 1. **Cara pencegahan penularan Penyakit *tuberculosis***

Menurut Asri (2015) ada beberapa upaya yang bisa dilakukan untuk mencegah penularan *tuberculosis* diantaranya adalah :

1. Menelan OAT secara lengkap dan teratur
2. Penggunaan masker penutup hidung
3. Menutup mulut saat batuk atau bersin
4. Tidak membuang dahak dilantai atau disembarang tempat. Membuang dahak atau ludah ditempat yang terkena sinar matahari. Jika batuk berdahak agar dahaknya ditampung didalam lysol 5% atau ditimbun di dalam tanah
5. Menjemur peralatan tidur. Selain itu penderita TB dianjurkan tidak tidur sekamar dengan anggota keluarganya.
6. Membuka jendela dan pintu setiap pagi hari
7. Tidak tukar-menukar alat makan dan peralatan mandi
8. Menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat salah satunya cuci tangan dengan benar
9. Pemberian imunisasi BCG bagi bayi
10. Pemberian INH profilaksis bagi anak balita yang kontak dengan penderita TB

**2.5 Kerangka Konsep**

**Faktor pengaruh sikap :**

1. Pengalaman
2. Pengaruh Oranglain
3. Kebudayaan
4. Media Massa
5. Lembaga Pendidikan
6. Emosional

**Faktor pengaruh pengetahuan :**

1. Pendidikan
2. Usia
3. Pengalaman

**Pengetahuan**

**Sikap**

**Pencegahan Penularan TB**

1. Menelan OAT secara lengkap
2. Penggunaan masker
3. Menutup mulut saat batuk
4. Tidak membuang dahak disembarang tempat
5. Menjemur peralatan tidur
6. Membuka cendela dan pintu tiap pagi
7. Tidak tukar menukar alat makan
8. PHBS
9. Imunisasi BCG
10. INH profilaksis

***Health Belief Model***

1. *Preceived Suspectibility*
2. *Precevied Severity*
3. *Precevied Barier*
4. *Benefit*
5. *Self Eficacy*
6. *Cues to Action*

Pasien *Tuberculosis*

Keterangan :

: Diteliti

: Tidak diteliti

* 1. **Hipotesis penelitian**

Ada Pengaruh penerapan *health belief model* terhadap pengetahuan dan sikap pasien dalam pencegahan penularan *Tuberculosis* di wilayah kerja Puskesmas Ponggok