

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengetahuan

2.1.1 Definisi Pengetahuan

Kepatuhan berasal dari kata dasar patuh, yang berarti disiplin dan taat. Kepatuhan adalah sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan (Niven, 2008). Secara umum, kepatuhan terhadap pengobatan didefinisikan sebagai sejauh mana pasien mengikuti regimen yang telah diresepkan (Boogaard *et al.*, 2011). Kepatuhan berasal dari kata dasar patuh, yang berarti disiplin dan taat.

Pengetahuan merupakan kemampuan untuk membentuk model mental yang menggambarkan objek dengan tepat dan mempresentasikannya dalam aksi yang dilakukan terhadap suatu objek. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan suatu kejadian tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagai besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoadmodjo, 2007).

Pengetahuan berkaitan langsung dengan pendidikan seseorang. Pendidikan adalah usaha manusia untuk menumbuhkan dan mengembangkan potensi-potensi bawaan baik jasmani maupun rohani sesuai dengan nilai-nilai yang ada didalam masyarakat dan kebudayaan. Tingkat pendidikan adalah status yang dimiliki oleh penderita berdasarkan riwayat pendidikan yang telah ditempuh sebelumnya berdasarkan surat tanda tamat belajar yang dimiliki baik formal maupun non formal. Tingkat pendidikan dibedakan menjadi kelompok tidak sekolah, tamat sekolah dasar, tamat sekolah lanjutan tingkat pertama, tamat sekolah lanjutan tingkat atas dan tamat pendidikan kademi atau pendidikan tinggi (Suswanti, 2006)

Djannah, *dkk* (2009) dalam penelitiannya di Yogyakarta mengungkapkan bahwa semakin tinggi pengetahuan terhadap suatu objek maka akan semakin baik pula sikap seseorang terhadap objek tersebut. Pengetahuan dan pemahaman seseorang tentang penyakit tuberkulosis dan pencegahan penularannya memegang peranan penting dalam keberhasilan upaya pencegahan penularan penyakit tuberkulosis. Berdasarkan pengalaman dan penelitian

terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoadmodjo, 2007)

2.1.2 Tingkatan Pengetahuan

Menurut (Notoatmodjo, 2012) menjelaskan bahwa pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan, yaitu:

2.1.2.1 Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, “tahu” ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2.1.2.2 Memahami (*Comprehension*)

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

2.1.2.3 Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi rill sebenarnya.

2.1.2.4 Analisis (*Analysis*)

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

2.1.2.5 Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

2.1.2.6 Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut (Notoatmodjo, 2003) pengetahuan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu :

a) Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman sendiri maupun orang lain, pengalaman yang sudah diperoleh dapat memperluas pengetahuan seseorang.

b) Tingkat pendidikan

Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang. Secara umum, seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah.

c) Keyakinan

Biasanya keyakinan diperoleh secara turun temurun dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Keyakinan ini bias mempengaruhi pengetahuan seseorang, baik keyakinan itu sifatnya positif maupun negatif.

d) Fasilitas

Fasilitas-fasilitas sebagai sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, misalnya radio, televisi, majalah, koran dan buku.

e) Penghasilan

Penghasilan tidak berpengaruh langsung terhadap pengetahuan seseorang. Namun bila seseorang berpenghasilan cukup besar maka dia akan mampu untuk menyediakan atau membeli fasilitas-fasilitas sumber informasi.

f) Sosial budaya

Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi dan sikap seseorang terhadap sesuatu.

2.1.4 Pengukuran Pengetahuan

Menurut (Arikunto, 2010), pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian atau responden kedalam pengetahuan yang ingin diukur dan disesuaikan dengan tingkatannya. Adapun jenis pertanyaan yang dapat digunakan untuk pengukuran pengetahuan secara umum dibagi 2 jenis yaitu :

a) Pertanyaan subjektif

Penggunaan pertanyaan subjektif dengan jenis pertanyaan esai digunakan dengan penilaian yang melibatkan factor subjektif dari penilai, sehingga hasil nilai akan berbeda dari setiap penilai dari waktu ke waktu.

b) Pertanyaan objektif

Jenis pertanyaan objektif seperti pilihan ganda (*multiple choice*), betul salah dan pertanyaan menjodohkan dapat dinilai secara pasti oleh penilai.

Menurut (Arikunto, 2006) pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu :

- 1) Baik: Hasil presentase 76% - 100%
- 2) Cukup: Hasil presentase 56% - 75%
- 3) Kurang: Hasil presentase < 56%

Ada beberapa macam terminologi yang biasa digunakan dalam literatur untuk mendeskripsikan kepatuhan pasien diantaranya *compliance*, *adherence*, dan *persistence*. *Compliance* adalah secara pasif mengikuti saran dan perintah dokter untuk melakukan terapi yang sedang dilakukan (Osterberg & Blaschke dalam Nurina, 2012). *Adherence* adalah sejauh mana pengambilan obat yang diresepkan oleh penyedia layanan kesehatan. Tingkat kepatuhan (*adherence*) untuk pasien biasanya dilaporkan sebagai persentase dari dosis resep obat yang benar-benar diambil oleh pasien selama periode yang ditentukan (Osterberg & Blaschke dalam Nurina, 2012).

Menurut (Kozier, 2010) kepatuhan adalah perilaku individu (misalnya: minum obat, mematuhi diet, atau melakukan perubahan gaya hidup) sesuai anjuran terapi dan kesehatan. Tingkat kepatuhan dapat dimulai dari tindak mengindahkan setiap aspek anjuran hingga mematuhi rencana.

Sedangkan Sarafino (Yetti, 2011) mendefinisikan kepatuhan sebagai tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya. Dikatakan lebih lanjut, bahwa tingkat kepatuhan pada seluruh populasi medis yang kronis adalah sekitar 20% hingga 60%. Dan pendapat Sarafino pula (dalam Tritiadi, 2007) mendefinisikan kepatuhan atau ketaatan (*compliance* atau *adherence*) sebagai: “tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau oleh orang lain”.

Pendapat lain dikemukakan oleh Sacket (Neil Niven, 2000) mendefinisikan kepatuhan pasien sebagai “sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan”. Pasien mungkin tidak mematuhi tujuan atau mungkin melupakan begitu saja atau salah mengerti instruksi yang diberikan.

Kemudian (Taylor, 1991), mendefinisikan kepatuhan terhadap pengobatan adalah perilaku yang menunjukkan sejauh mana individu mengikuti anjuran yang berhubungan dengan kesehatan atau penyakit. Dan Delameter (2006) mendefinisikan kepatuhan sebagai upaya keterlibatan aktif, sadar dan kolaboratif dari pasien terhadap perilaku yang mendukung kesembuhan.

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku kepatuhan terhadap pengobatan adalah sejauh mana upaya dan perilaku seorang individu menunjukkan kesesuaian dengan peraturan atau anjuran yang diberikan oleh professional kesehatan untuk menunjang kesembuhannya.

2.2 Tuberkulosis

2.2.1 Definisi Tuberkulosis

TBC adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang paling umum mempengaruhi paru-paru. Penyakit ini ditularkan dari orang ke orang melalui cairan dari tenggorokan dan paru-paru seseorang dengan penyakit pernapasan aktif (WHO, 2012).

Tuberkulosis paru adalah penyakit radang parenkim paru karena infeksi kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Tuberkulosis paru mencakup 80% dari keseluruhan kejadian penyakit tuberkulosis, sedangkan 20% selebihnya merupakan tuberkulosis ekstrapulmonar (Djojodibroto, 2009).

Tuberkulosis adalah suatu penyakit infeksi kronis yang menyerang paru dan dapat terjadi pada organ ekstra paru seperti pleura, selaput otak, kulit, kelenjar limfe, tulang, sendi, usus, sistem urogenital dan lain-lain.

Dari ketiga pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa TBC merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang biasanya menyerang organ paru-paru akan tetapi dapat juga menyerang organ lain seperti tulang, meninges, ginjal, dan nodus limfe.

2.2.2 Epidemiologi

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2016) tuberkulosis atau TB sampai dengan saat ini masih merupakan salah satu masalah kesehatan di dunia walaupun upaya penanggulangan TB telah dilaksanakan di banyak negara sejak tahun 1995.

Data laporan WHO tahun 2015, ditingkat global diperkirakan 9,6 juta kasus TB baru dengan 3,2 juta kasus diantaranya adalah perempuan. Dengan 1,5 juta kematian karena TB dimana 480.000 kasus adalah perempuan. Dari kasus TB tersebut ditemukan 1,1 juta (12%) HIV positif dengan kematian 320.000 orang (140.000 orang adalah perempuan) dan 480.000 TB Resistan Obat (TB-RO) dengan kematian 190.000 orang. Dari 9,6 juta kasus TB baru, diperkirakan 1 juta kasus TB anak (di bawah usia 15 tahun) dan 140.000 kematian/tahun.

2.2.3 Etiologi

Penyebab dari penyakit ini adalah bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Ukuran dari bakteri ini cukup kecil yaitu panjang 1 sampai 10 mikron dan tebal 0,2 sampai 0,6 mikron dan bentuk dari bakteri ini yaitu batang, tipis, lurus atau agak bengkok, bergranul, tidak mempunyai selubung tetapi kuman ini mempunyai lapisan luar yang tebal yang terdiri dari lipoid (terutama asam mikolat). Sifat dari bakteri ini agak istimewa, karena bakteri ini dapat bertahan terhadap pencucian warna dengan asam dan alkohol sehingga sering disebut dengan bakteri tahan asam (BTA). Selain itu bakteri ini juga tahan terhadap suasana kering dan dingin. Bakteri ini dapat bertahan pada kondisi rumah atau lingkungan yang lembab dan gelap biasa sampai berbulan-bulan namun bakteri ini tidak tahan atau dapat mati apabila terkena sinar matahari atau aliran udara (Widoyono, 2011).

2.2.4 Sumber Penularan

Sumber penularan tuberkulosis yaitu terutama pasien yang mengandung kuman TB dalam dahaknya. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (droplet nuclei / percik renik). Infeksi akan terjadi apabila seseorang menghirup udara yang mengandung percikan dahak yang infeksius. Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak yang mengandung kuman sebanyak 0-3500 *M.tuberculosis*. Sedangkan kalau bersin dapat mengeluarkan sebanyak 4500 – 1.000.000 *M.tuberculosis* (Permenkes, 2016).

Penyakit tuberkulosis paru ini dapat ditularkan oleh penderita dengan hasil pemeriksaan BTA positif. Lebih jauh lagi, penularan TB paru dapat terjadi di dalam ruangan yang gelap dan lembab karena kuman *M.tuberculosis* ini dapat bertahan lama apabila di kondisi ruangan yang gelap dan lembab. Dalam hal ini, makin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan, maka orang itu makin berpotensi untuk menularkan kuman tersebut. Selain

itu faktor yang memungkinkan seseorang untuk terpapar yaitu seberapa lama menghirup udara yang sudah terkontaminasi kuman *M.tuberculosis* tersebut dan konsentrasi percikan dalam udara itu (Depkes RI, 2007).

2.2.5 Faktor resiko

Menurut (Suryo, 2010) menjelaskan bahwa faktor resiko yang menyebabkan penyakit TBC adalah sebagai berikut :

1) Faktor Umur

Insiden tertinggi TB paru biasanya mengenai usia dewasa muda. Di Indonesia diperkirakan 75% penderita TB paru adalah kelompok usia produktif, yaitu 15-50 tahun (Suryo, 2010).

2) Faktor Jenis Kelamin

TBC lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan dengan wanita karena laki-laki sebagian besar mempunyai kebiasaan merokok sehingga memudahkan terjangkitnya TB paru (Suryo, 2010).

3) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh terhadap pengetahuan seseorang, di antaranya mengenai rumah yang memenuhi syarat kesehatan dan pengetahuan penyakit TB paru, sehingga dengan pengetahuan yang cukup, maka seseorang akan mencoba untuk mempunyai perilaku hidup bersih dan sehat. Selain itu, tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh terhadap jenis pekerjaannya (Suryo, 2010).

4) Pekerjaan

Jenis pekerjaan menentukan faktor risiko apa yang harus dihadapi setiap individu. Apabila pekerja bekerja di lingkungan yang berdebu, paparan partikel debu di daerah terpapar akan memengaruhi terjadinya gangguan pada saluran pernapasan. Paparan kronis udara yang tercemar dapat meningkatkan morbiditas, terutama terjadinya gejala penyakit saluran pernapasan dan umumnya TB paru (Suryo, 2010).

5) Kebiasaan Merokok

Merokok diketahui mempunyai hubungan dengan meningkatkan risiko untuk mendapatkan kanker paru-paru, penyakit jantung koroner, bronkitis kronis, dan kanker kandung kemih. Kebiasaan rokok meningkatkan risiko untuk terkena TB paru sebanyak 2,2 kali (Suryo, 2010).

6) Kepadatan Hunian Kamar Tidur

Persyaratan kepadatan hunian untuk seluruh rumah biasanya dinyatakan dalam m^2 /orang. Luas minimum per orang sangat relatif bergantung dari kualitas bangunan dan fasilitas yang tersedia. Untuk rumah sederhana luasnya minimum $10 m^2$ /orang. Untuk mencegah penularan penyakit pernapasan, jarak antara tepi tempat tidur yang satu dengan yang lainnya minimum 90 cm (Suryo, 2010).

7) Pencahayaan

Upaya untuk memperoleh cahaya cukup pada siang hari, diperlukan luas jendela kaca minimum 20% luas lantai. Jika peletakkan jendela kurang baik atau kurang leluasa, dapat dipasang genting kaca. Cahaya ini sangat penting karena dapat membunuh bakteri-bakteri patogen di dalam rumah, misalnya basil TBC. Oleh karena itu, rumah yang sehat harus mempunyai jalan masuk cahaya yang cukup (Suryo, 2010).

8) Ventilasi

Ventilasi mempunyai banyak fungsi. Fungsi pertama adalah untuk menjaga agar aliran udara di dalam rumah tersebut tetap segar. Hal ini berarti keseimbangan oksigen yang diperlukan oleh penghuni rumah tersebut tetap terjaga. Kurangnya ventilasi akan menyebabkan kurangnya oksigen di dalam rumah. Di samping itu, kurangnya ventilasi akan menyebabkan kelembapan udara di dalam ruangan naik karena terjadinya proses penguapan cairan dari kulit dan penyerapan. Kelembapan ini akan menjadi media yang baik untuk pertumbuhan bakteri-bakteri patogen atau bakteri penyebab penyakit, misalnya kuman TBC (Suryo, 2010).

9) Kondisi rumah

Kondisi rumah dapat menjadi salah satu faktor resiko penularan penyakit TB paru. Atap, dinding dan lantai dapat menjadi tempat perkembangbiakan kuman. Lantai dan dinding yang sulit dibersihkan akan menyebabkan penumpukan debu, sehingga akan dijadikan sebagai media yang baik bagi berkembangbiaknya *Mycobacterium tuberculosis* (Suryo, 2010).

10) Kelembapan Udara

Kelembapan udara dalam ruangan untuk memperoleh kenyamanan, di mana kelembapan yang optimum berkisar 60% dengan temperatur kamar 22° - 30° C. *Mycobacterium*

tuberculosis akan cepat mati bila terkena sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup selama beberapa jam di tempat yang gelap dan lembap (Suryo, 2010).

11) Status Gizi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa orang dengan status gizi kurang mempunyai risiko 3,7 kali untuk menderita penyakit TB paru berat dibandingkan dengan orang yang status gizinya cukup atau lebih. Kekurangan gizi pada seseorang akan berpengaruh terhadap kekuatan daya tahan tubuh dan respon imunologik terhadap penyakit (Suryo, 2010).

12) Keadaan Sosial Ekonomi

Keadaan sosial ekonomi berkaitan erat dengan pendidikan keadaan sanitasi lingkungan, gizi, dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Penurunan pendapatan dapat menyebabkan kurangnya kemampuan daya beli dalam memenuhi konsumsi makanan, sehingga akan berpengaruh terhadap status gizi. Apabila status gizi buruk, akan menyebabkan kekebalan tubuh menurun, sehingga memudahkan terkena infeksi TB paru (Suryo, 2010).

13) Perilaku

Perilaku dapat terdiri atas pengetahuan, sikap, dan tindakan. Pengetahuan penderita TB paru yang kurang tentang cara penularan, bahaya, dan cara pengobatan akan berpengaruh terhadap sikap dan perilaku sebagai orang sakit dan akhirnya berakibat menjadi sumber penular bagi orang disekitarnya (Suryo, 2010).

2.2.6 Bahaya Tuberkulosis

Menurut (Werdhani, 2009) pasien TB yang tidak diobati, setelah 5 tahun akan:

- a. 50% meninggal
- b. 25% akan sembuh sendiri dengan daya tahan tubuh yang tinggi
- c. 25% menjadi kasus kronis yang tetap menular

2.2.7 Gejala Tuberkulosis

Menurut Kementerian Kesehatan (2017) gejala yang ditimbulkan oleh penyakit tuberkulosis yaitu :

1. Gejala awal tuberkulosis (TB) tidak spesifik, umumnya adalah batuk produktif yang berkepanjangan (> 3 minggu)
2. Sesak napas

3. Nyeri dada
4. Anemia atau kurang darah
5. Batuk darah
6. Rasa lelah
7. Berkeringat di malam hari

2.2.8 Pencegahan Tuberkulosis

(Naga, 2012) berpendapat bahwa tindakan yang dapat dilakukan untuk mencegah timbulnya penyakit TBC, yaitu :

1. Bagi penderita, pencegahan penularan dapat dilakukan dengan menutup mulut saat batuk dan membuang dahak tidak di sembarang tempat.
2. Bagi masyarakat, pencegahan penularan dapat dilakukan dengan meningkatkan ketahanan terhadap bayi, yaitu dengan memberikan vaksinasi BCG.
3. Bagi petugas kesehatan pencegahan dapat dilakukan dengan memberikan penyuluhan tentang penyakit TBC, yang meliputi gejala, bahaya dan akibat yang ditimbulkannya terhadap kehidupan masyarakat pada umumnya.
4. Petugas kesehatan juga harus segera melakukan pengisolasian dan pemeriksaan terhadap orang-orang yang terinfeksi, atau dengan memberikan pengobatan khusus kepada penderita TBC. Pengobatan dengan cara dirawat di rumah sakit hanya dilakukan bagi penderita dengan kategori berat dan memerlukan pengembangan program pengobatannya, sehingga tidak dikehendaki pengobatan jalan.
5. Pencegahan penularan juga dapat dicegah dengan melaksanakan desinfeksi, seperti cuci tangan, kebersihan rumah yang ketat, perhatian khusus terhadap muntahan atau ludah anggota keluarga yang terjangkit penyakit TBC (piring, tempat tidur, pakaian) dan menyediakan ventilasi dan sinar matahari yang cukup.
6. Melakukan imunisasi bagi orang-orang yang melakukan kontak langsung dengan penderita, seperti keluarga, perawat, dokter, petugas kesehatan dan orang lain yang terindikasi, dengan vaksin BCG dan tindak lanjut bagi yang positif tertular.
7. Melakukan pemeriksaan terhadap orang-orang yang kontak dengan penderita TBC. Perlu dilakukan tes tuberculin bagi seluruh anggota keluarga. Apabila hasil ini menunjukkan hasil negatif, perlu diulang pemerikaan tiap bulan selama 3 bulan dan perlu pemeriksaan intensif.

8. Dilakukan pengobatan khusus, penderita dengan TBC aktif perlu pengobatan yang tepat, yaitu obat-obat kombinasi yang telah ditetapkan oleh dokter untuk diminum dengan tekun dan teratur selama 6 sampai 12 bulan

(Francis, 2011) menyatakan pencegahan penyakit tuberculosis dapat dilakukan dengan cara penyediaan nutrisi yang baik, sanitasi yang kuat, perumahan yang tidak terlalu padat dan udara yang segar merupakan tindakan efektif dalam pencegahan TBC.

2.2.9 Pengobatan Tuberkulosis

Menurut (Departemen Kesehatan RI, 2005) pengobatan untuk pasien TB paru membutuhkan waktu panjang selama 6-8 bulan untuk mencapai penyembuhan dan dengan paduan (kombinasi) beberapa macam obat, sehingga tidak jarang pasien berhenti minum obat sebelum masa pengobatan selesai yang berakibat pada kegagalan dalam pengobatan TB. Pengobatan untuk pasien TB paru dibagi kedalam 2 tahapan yaitu tahap awal dan tahap lanjutan. Selain itu, apabila pengobatan tahap ini dilakukan dengan tepat biasanya pasien yang menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu. Lebih jauh lagi, sebagian besar pasien TB BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) dalam 2 bulan, pada tahap awal / intensif lama pengobatan selama 2 bulan masing-masing OAT (HRZE) diberikan setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi obat.

Pada tahap lanjutan pasien akan memperoleh jenis obat yang lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama. Pada tahap lanjutan pasien akan menjalani pengobatan selama 4 bulan masing-masing OAT (HR) diberikan 3 kali seminggu tahapan ini berguna untuk membunuh kuman persisten sehingga mencegah terjadinya kekambuhan. Obat-obatan yang biasa digunakan untuk pengobatan TB paru di Indonesia dibagi menjadi 3 kategori, yaitu :

Tabel 2.1. Kategori OAT dan Tujuan Pengobatan (Depkes RI, 2005)

Kategori Obat	Tujuan Pengobatan
Kategori 1 : 2HRZE/4H3R3	Diberikan untuk penderita TB Paru BTA positif (+), Penderita baru TB Paru BTA negatif (-) rontgen positif yang sakit berat, penderita TB ekstra paru berat.
Kategori 2 : 2HRZES/HRZE/5H3R3E3	Diberikan untuk penderita TB Paru BTA positif (+) sebelumnya pernah diobati yaitu penderita kambuh (<i>relaps</i>), penderita gagal (<i>failure</i>) dan penderita dengan pengobatan setelah lalai (<i>after default</i>).
Kategori 3 : 2HRZ/4H3R3	Diberikan untuk penderita baru BTA negatif (-) dan rontgen positif (+) sakit ringan dan penderita TB ekstra paru ringan.

Disamping ketiga kategori ini, juga disediakan paduan obat sisipan (HRZE). Untuk paduan OAT kategori-1 dan kategori-2 disediakan dalam bentuk paket berupa obat kombinasi dosis tetap (OAT-KDT). Tablet OAT-KDT ini terdiri dari kombinasi 2 atau 4 jenis obat dalam satu tablet. Dosisnya disesuaikan dengan berat badan pasien. Paduan OAT disediakan dalam bentuk paket, dengan tujuan untuk memudahkan pemberian obat dan menjamin kelangsungan (kontinuitas) pengobatan sampai selesai. Satu paket untuk satu pasien dalam satu masa pengobatan (Widoyono, 2011).

2.2.10 Obat Anti Tuberkulosis (OAT)

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI (2016) jenis-jenis Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yaitu :

Tabel 2.2. Jenis-Jenis Obat Anti Tuberkulosis (OAT) (Menkes RI, 2016)

Jenis	Sifat	Efek Samping
Isoniazid (H)	Bakterisidal	Neuropati perifer (Gangguan saraf tepi), psikosis toksik, gangguan fungsi hati, kejang.
Rifampisin (R)	Bakterisidal	<i>Flu syndrome</i> (gejala influenza berat), gangguan gastrointestinal, urine berwarna merah, gangguan fungsi hati, trombositopeni, demam, <i>skin rash</i> , sesak nafas, anemia hemolitik.
Pirazinamid (Z)	Bakterisidal	Gangguan gastrointestinal, gangguan fungsi hati, gout arthritis.
Streptomisin (S)	Bakterisidal	Nyeri ditempat suntikan, gangguan keseimbangan dan pendengaran, renjatan anafilaktik, anemia agranulositosis, trombositopeni.
Etambutol (E)	Bakteriostatik	Gangguan penglihatan, buta warna, neuritis perifer (gangguan saraf tepi).