

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Pengetahuan**

##### **2.1.1 Pengertian**

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2012).

##### **2.1.2 Tingkat Pengetahuan**

Pengetahuan yang mencakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan (Notoatmodjo, 2012).

###### **1. Tahu (*know*)**

Tahu artinya sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk di dalam pengetahuan ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh badan yang dipelajari / rangsangan yang diterima. Oleh sebab itu, “tahu” ini adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan dan sebagainya.

## 2. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemauan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi secara benar. Orang yang lebih paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, meramalkan, menyimpulkan, dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari.

## 3. Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai suatu kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumusan, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

## 4. Analisa (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan tatanan kerja. Dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan.

## 5. Sintesis (*syintesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari informasi-informasi yang ada. Misalnya, menyusun, rumusan yang telah ada.

## 6. Evaluasi

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penelitian terhadap suatu materi atau obyek. Penelitian-penelitian itu berdasarkan suatu kriteria-kriteria yang telah ada.

### 2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

#### 1. Faktor internal meliputi :

##### a. Pendidikan

Tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan mengetahui pengetahuan yang mereka peroleh, pada umumnya semakin tinggi pendidikan semakin baik pula pengetahuannya (Hendra, 2008).

##### b. Pengalaman

Sesuatu yang pernah dialami seseorang akan menambah pengetahuan tentang sesuatu yang berifat nonforal (Notoatmodjo, 2007).

##### c. Usia

Semakin tua umur seseorang maka proses perkembangan mentalnya bertambah baik, akan tetapi pada umur tertentu bertambahnya proses perkembangan mental tidak seperti ketika berumur belasan tahun (Sari, 2008).

##### d. Informasi

Informasi akan memberi pengaruh pada pengetahuan seseorang. Meskipun seseorang memiliki pendidikan yang rendah tetapi jika dia mendapatkan informasi yang baik dari berbagai media misal seperti TV, radio atau surat

kabar atau hal itu akan dapat meningkatkan pengetahuan seseorang (Hendra, 2008).

2. Faktor eksternal meliputi :

a. Sarana informal (media massa dan elektronik)

Semakin banyak panca indra yang digunakan untuk menerima sesuatu maka akan semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian dan pengetahuan yang diperoleh.

b. Pendidikan formal dan informal

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju arah suatu cita-cita tertentu. Seseorang dengan pendidikan tinggi akan mampu mengatasi, menggunakan koping yang efektif dan konstruktif daripada seseorang yang berpendidikan rendah. Dalam Notoadmodjo (2003) semakin terdidik seseorang semakin baik pula pengetahuan.

c. Sosial, ekonomi, dan budaya

Lingkungan sosial akan mendukung tingginya pengetahuan seseorang, sedangkan ekonomi dikaitkan dengan pendidikan, ekonomi baik tingkat pendidikan akan tinggi, sehingga tingkat pengetahuan akan tinggi juga. Budaya sangat berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan seseorang karena informasi yang baru akan disaring kira-kira sesuai atau tidak dengan yang ada dan agama yang dianut (Notoadmodjo, 2007).



d. Pergaulan atau lingkungan

Pergaulan adalah kehidupan bermasyarakat. Lingkungan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang. Lingkungan memberikan pengaruh pertama bagi seseorang, dimana seseorang dapat mempelajari hal-hal yang baik dan juga hal-hal yang buruk tergantung pada sifat kelompoknya. Dalam lingkungan seseorang akan memperoleh pengalaman yang akan berpengaruh pada cara berfikir seseorang (Sari,2008).

e. Latar belakang pendidikan keluarga

Semakin tinggi pendidikan keluarga semakin mudah menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Pendidikan orang tua merupakan salah satu faktor penting dalam pemenuhan gizi (Soetjningsih, 2004).

## **2.2 Konsep keluarga**

### **2.2.1 Pengertian Keluarga**

Menurut Slameto (2006) keluarga adalah lembaga pendidikan yang pertama dan utama bagi anak-anaknya baik pendidikan bangsa, dunia, dan negara sehingga cara orang tua mendidik anak-anaknya akan berpengaruh terhadap belajar. Sedangkan menurut Mubarak, dkk (2009) keluarga merupakan perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi, dan tiap-tiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu dengan yang lain.

Menurut (Setiadi, 2008) Keluarga adalah bagian dari masyarakat yang peranannya sangat penting untuk membentuk kebudayaan yang sehat. Dari keluargalah, pendidikan kepada individu dimulai dan dari keluarga inilah akan tercipta tatanan masyarakat yang baik, sehingga untuk membangun suatu kebudayaan maka seyogyanya dimulai dari keluarga sebagai referensi secara luas:

1. Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan darah, dan ikatan adopsi.
2. Pada anggota sebuah keluarga biasanya hidup bersama-sama dalam satu rumah tangga, atau jika mereka hidup secara terpisah, mereka akan tetap menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah tangga.
3. Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran-peran sosial keluarga seperti suami istri, ayah dan ibu, anak laki-laki dan anak perempuan, saudara dan saudari.
4. Keluarga sama-sama menggunakan kultur yang sama, yaitu kultur yang diambil dari masyarakat dengan beberapa ciri unik tersendiri.

(Friedman,1998)

#### 2.2.2 Tipe / Bentuk Keluarga

Tipe keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Agar dapat mengupayakan peran serta keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan maka perlu mengetahui berbagai tipe keluarga. Macam-macam tipe keluarga sebagai berikut :

1. Keluarga inti (*Nuclear family*) adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak-anak.
2. Keluarga besar (*Extended family*) adalah keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, misalnya: nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi, dan sebagainya.
3. Keluarga berantai (*Serial family*) adalah keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti.
4. Keluarga duda/janda (*Single family*) adalah keluarga yang terjadi karena perceraian atau kematian.
5. Keluarga berkomposisi (*Composite*) adalah keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama.
6. Keluarga kabitas (*Cahabitation*) adalah dua orang menjadi satu tanpa pernikahan tetapi membentuk suatu keluarga.

Keluarga Indonesia umumnya menganut tipe keluarga besar (*extended family*), karena masyarakat Indonesia yang terdiri dari berbagai suku hidup dalam suatu komunitas dengan adat istiadat yang sangat kuat. (Mubarak, 2009).

### 2.2.3 Fungsi Keluarga

Menurut Mubarak (2009) ada beberapa fungsi yang dapat dijalankan keluarga sebagai berikut:

1. Fungsi biologis
  - a. Untuk meneruskan keturunan.
  - b. Memelihara dan membesarkan anak .

- c. Memenuhi kebutuhan gizi keluarga.
- d. Memelihara dan merawat anggota keluarga.

## 2. Fungsi psikologis

- a. Memberikan kasih sayang
- b. Memberikan perhatian diantara anggota keluarga
- c. Membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga
- d. Memberikan identitas keluarga.

## 3. Fungsi sosialisasi

- a. Membina sosialisasi pada anak.
- b. Membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak.
- c. Meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.

## 4. Fungsi ekonomi

- a. Mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- b. Pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- c. Menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga dimasa yang akan datang misalnya pendidikan anak-anak, jaminan hari tua dan sebagainya.



## 5. Fungsi pendidikan

- a. Menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, ketrampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya.
- b. Mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa.
- c. Mendidik anak sesuai dengan tingkat-tingkat pengembangannya.

### 2.3.4 Tugas kesehatan keluarga

Menurut Friedman (1998) meliputi Tugas kesehatan keluarga:

1. Mengenal masalah kesehatan
2. Mengambil keputusan dalam pelaksanaan tindakan yang tepat
3. Memberi perawatan pada keluarga yang sakit
4. Menciptakan atau mempertahankan suasana yang sehat dan memelihara lingkungan rumah yang dapat mempengaruhi kesehatan dan perkembangan pribadi anggota keluarga.
5. Memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

## 2.2 Konsep TB Paru

### 2.3.1 Pengertian TB Paru

TB Paru adalah suatu penyakit *Granulomatosa* kronis menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* (Robbins, 2007). Tuberkulosis paru adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Kuman batang aerobik dan tahan asam ini, dapat merupakan organisme patogen maupun saprofit (Price dan Wilson, 2006).

TB Paru adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman menyerang Paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lain (Depkes, 2003). TB Paru adalah infeksi penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, suatu basil tahan asam yang ditularkan melalui udara (Asih, 2004).

### 2.3.2 Penyebab TB Paru

TB Paru adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TBC (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman TBC menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Kuman ini berbentuk batang, mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam pada pewarnaan. Oleh karena itu disebut pula sebagai Basil Tahan Asam (BTA). Kuman TBC cepat mati dengan sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab. Dalam jaringan tubuh kuman ini dapat dormant, tertidur lama selama beberapa tahun (Depkes RI, 2007). TB Paru adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. TB Paru terutama menyerang paru-paru sebagai tempat infeksi primer. Selain itu, TB Paru juga menyerang kulit, kelenjar limfe, tulang, dan selaput otak. TB Paru menular melalui droplet infeksius yang terinhalasi oleh orang sehat.

### 2.3.3 Gejala-gejala TB Paru

Menurut Depkes (2007) gejala-gejala TB Paru adalah sebagai berikut:

1. Batuk terus menerus dan berdahak selama 3 minggu atau lebih
2. Dahak bercampur darah

3. Batuk darah
4. Sesak nafas dan rasa nyeri dada
5. Badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan menurun, rasa kurang enak badan (*malaise*), berkeringat malam walaupun tidak berkegiatan, demam meriang lebih dari sebulan,

Gejala-gejala tersebut diatas dijumpai pula pada penyakit paru selain TB Paru. Oleh sebab itu, setiap orang yang datang ke UPK (Unit Pengelola Kegiatan) dengan tersebut diatas, harus dianggap sebagai “suspek tuberculosis” atau tersangka penderita TB Paru, dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak mikroskopis langsung (Depkes, 2007).

#### 2.3.4 Riwayat terjadinya TB Paru

##### 1. Infeksi Primer

Infeksi primer terjadi saat seseorang terpapar pertama kali dengan kuman TB Paru. Droplet yang dihirup sangat kecil ukurannya, sehingga dapat melewati sistem pertahanan mukosilier bronkus, dan terus berjalan sehingga sampai di alveolus dan menetap disana. Infeksi dimulai saat kuman TB Paru berhasil berkembang biak dengan cara pembelahan diri di paru, yang mengakibatkan peradangan di dalam paru. Saluran limfe akan membawa kuman TB Paru ke kelenjar limfe di sekitar hilus paru, dan ini disebut sebagai kompleks primer. Waktu antara terjadinya infeksi sampai pembentukan kompleks primer adalah sekitar 4-6 minggu. Kelanjutan setelah infeksi primer tergantung dari banyaknya kuman yang masuk dan besarnya respon adaya tahan tubuh (imunitas seluler).

##### 2. TB Paru pasca primer (*post primary TB*)



TB Paru pasca primer biasanya terjadi setelah beberapa bulan atau tahun sesudah infeksi primer, misalnya karena daya tahan tubuh menurun akibat terinfeksi HIV atau status gizi yang buruk. Ciri khas dari tuberculosis pasca primer adalah kerusakan paru yang luas dengan terjadinya kavitas atau efusi pleura.

#### 2.3.5 Cara penularan Tuberculosis

Sumber penularan adalah penderita TB BTA positif. Pada waktu batuk, bersin, dan meludah, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk *droplet* (percikan dahak). *Droplet* yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau *droplet* tersebut terhirup kedalam saluran pernafasan. Setelah kuman TB Paru masuk kedalam tubuh manusia melalui pernafasan, kuman TB Paru tersebut dapat menyebar dari paru kebagian tubuh lainnya, melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, saluran nafas, atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya. Daya penularan dari seorang penderita ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak. Makin menular penderita tersebut. Bila hasil pemeriksaan dahak negatif (tidak terlihat kuman), maka penderita tersebut dianggap tidak menular. Kemungkinan seseorang terinfeksi TB Paru ditentukan oleh konsentrasi *droplet* dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut (Depkes RI, 2007).

#### 2.3.6 Diagnosis TB Paru

Diagnosa TB Paru pada orang dewasa dapat ditegakkan dengan diketemukannya BTA pada dahak secara mikroskopis. Hasil pemeriksaan



dinyatakan positif apabila sedikitnya dua dari tiga spesimen SPS BTA hasilnya positif. Bila hanya 1 spesimen yang positif perlu diadakan pemeriksaan lebih lanjut yaitu foto rontgen dada atau pemeriksaan dahak SPS diulang. Kalau hasil rontgen mendukung TB Paru, maka penderita didiagnosis sebagai penderita TB Paru BTA positif. Kalau hasil rontgen tidak mendukung TB Paru, maka dapat dilakukan pemeriksaan dahak SPS diulangi. Apabila fasilitas memungkinkan, maka dapat dilakukan pemeriksaan lain, misalnya biakan. Bila ketiga spesimen positif, didiagnosis sebagai penderita TB Paru BTA positif. Kalau hasil SPS tetap negatif lakukan pemeriksaan foto rontgen dada, untuk mendukung diagnosis TB Paru. Bila hasil rontgen mendukung TB Paru, didiagnosis sebagai penderita TB Paru BTA negatif positif. Bila hasil rontgen tidak mendukung TB Paru, penderita tersebut bukan TB Paru. UPK yang tidak memiliki fasilitas rontgen, penderita dirujuk untuk rontgen dada.

#### 2.3.7 Tipe penderita

Tipe penderita ditentukan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya. Ada beberapa tipe penderita yaitu:

##### 1. Kasus Baru

Adalah penderita yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (30 dosis harian).

##### 2. Kambuh (*relaps*)

Adalah penderita TB Paru yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan TB Paru dan telah dinyatakan sembuh, kemudian kembali lagi berobat dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif.

### 3. Pindahan (*Transfer In*)

Adalah penderita yang sedang mendapat pengobatan di suatu Kabupaten lain dan kemudian pindah berobat ke Kabupaten ini. Penderita pindahan tersebut harus membawa surat rujukan atau pindah.

### 4. Setelah Lalai (pengobatan setelah *default /drop out*)

Adalah penderita yang sudah berobat paling kurang 1 bulan, dan berhenti 2 bulan atau lebih, kemudian datang kembali berobat. Umumnya penderita tersebut kembali dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif.

### 5. Lain lain

#### a. Gagal

Adalah penderita BTA positif yang masih tetap positif atau kembali menjadi positif pada akhir bulan ke 5 (satu bulan sebelum akhir pengobatan) atau lebih, dan penderita dengan hasil BTA negatif Rontgen positif menjadi BTA positif pada akhir bulan ke 2 pengobatan.

#### b. Kasus kronis

Adalah penderita dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulang kategori 2.

### 2.3.8 Patogenesis

Menurut Depkes (2007) tiga pintu masuk organisme mikrobakterium TB Paru adalah saluran pernafasan, saluran cerna, dan luka terbuka pada kulit. Kebanyakan infeksi disebabkan individu dari seseorang yang menderita infeksi aktif. Saluran cerna biasanya merupakan pintu masuk bagi jenis basil yang disebabkan oleh susu terkontaminasi. Penjalanan penyakit pada TB Paru

berbeda-beda antara jenis yang satu dengan yang lain. Pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu :

#### 1. TB Paru Primer

Penularan TB Paru terjadi karena kuman dibatukkan atau dibersihkan keluar menjadi droplet melalui udara. Partikel ini dapat menetap dalam udara bebas selama 1-2 jam, tergantung pada ada tidaknya sinar ultraviolet. Ventilasi yang buruk dan kelembapan, dalam suasana lembap dan setiap kuman dapat bertahan sehari-hari sampai berbulan-bulan. Bila partikel infeksi ini terhisap oleh orang sehat ia akan menempel pada jalan nafas atau paru. Bila kuman menetap di jaringan paru, ia akan tumbuh dan berkembang biak dalam sitoplasma makrofag. Disini ia dapat terbawa masuk ke organ tubuh lainnya.

#### 2. TB Paru sekunder

Kuman pada TB Paru primer akan muncul betahun-tahun kemudian sebagai infeksi endogen menjadi TB Paru dewasa (TB Paru sekunder) mayoritas terinfeksi 90% TB Paru sekunder terjadi karena imunitas menurun seperti malnutrisi, alkohol, penyakit DM, AIDS, dan gagal ginjal (Depkes RI, 2007).

#### 2.3.9 Komplikasi pada penderita TB Paru

Komplikasi berikut sering terjadi pada penderita stadium lanjut adalah sebagai berikut:

1. Hemoptisis berat (perdarahan dari saluran nafas bawah yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik atau tersumbatnya jalan nafas).
2. Kolaps dari lobus akibat retraksi bronchial
3. *Bronkiektasis* (pelebaran bronkus setempat) dan *fibrosis* (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau reaktif) pada paru
4. *Pneumothorak* (adanya udara di dalam rongga pleura) spontan : kolaps spontan karena kerusakan jaringan paru.
5. Penyebaran infeksi ke organ seperti otak, tulang, persendian, ginjal dan sebagainya.
6. Insufisiensi kardio pulmoner (*cardio pulmonary Insufficiency*)

Penderita yang mengalami komplikasi berat perlu dirawat inap di rumah sakit. Penderita TB Paru dengan kerusakan jaringan luas yang telah sembuh (BTA Negatif) masih bisa mengalami batuk darah. Keadaan ini seringkali dikelirukan dengan kasus kambuh. Pada kasus seperti ini, pengobatan dengan OAT tidak diperlukan, tapi cukup diberikan pengobatan simptomatis. Bila perdarahan berat, penderita harus dirujuk ke unit spesialisik.

#### 2.3.10 Jenis dan Dosis Obat

##### 1. Isoniasid

Dikenal dengan INH, Bersifat bakterisid, dapat membunuh 90% populasi kuman dalam beberapa hari pertama pengobatan. Obat ini sangat



efektif terhadap kuman dalam keadaan metabolik aktif, yaitu kuman yang sedang berkembang. Dosis harian yang dianjurkan 5 mg/kg BB, sedangkan untuk pengobatan intermitten 3 kali seminggu diberikan dengan dosis 10 mg/kg BB.

## 2. Rifampisin (R)

Bersifat bakterisid, dapat membunuh kuman semi-dormant (persister) yang tidak dapat dibunuh oleh Isoniazid. Dosis 10 mg/kg BB diberikan sama untuk pengobatan harian maupun intermitten 3 kali seminggu.

## 3. Pirasinamid (Z)

Bersifat bakterisid, dapat membunuh kuman yang berda dalam sel dengan suasana asam. Dosis harian yang dianjurkan 25 mg/kg BB, sedangkan untuk pengobatan intermitten 3 kali seminggu diberikan dengan dosis 35 mg/kg BB.

## 4. Streptomisin (S)

Bersifat bakterisid, dosis harian yang dianjurkan 15 mg/kg BB sedangkan untuk pengobatan intermitten 3 kali seminggu digunakan dosis yang sama. Penderita berumur sampai 60 tahun dosisnya 75 gr/hari, sedangkan untuk berumur 60 tahun atau lebih diberikan 0,5 gr/hari.

## 5. Etambutol (E)

Bersifat sebagai bakteriostatik. Dosis harian yang dianjurkan 15 mg/kg BB sedangkan untuk pengobatan intermitten 3 kali seminggu digunakan dosis 30 mg/kg BB.

### 2.3.11 Prinsip Pengobatan

Obat TB Paru diberikan dalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis, dalam jumlah cukup dan dosis tepat selama 6-8 bulan, supaya semua kuman (termasuk kuman persister) dapat dibunuh. Dosis tahap intensif dan dosis tahap lanjutan ditelan sebagai dosis tunggal, sebaiknya pada saat perut kosong. Apabila panduan obat yang digunakan tidak adekuat (jenis, dosis dan jangka waktu pengobatan), kuman TB Paru akan berkembang menjadi kuman kebal obat (resisten). Untuk menjamin kepatuhan penderita menelan obat, pengobatan perlu dilakukan dengan pengawasan langsung (DOT=Directly Observed Treatment) oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO). Pengobatan TBC diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap intensif dan lanjutan.

#### 1. Tahap Intensif

Pada tahap intensif (awal) penderita mendapat obat setiap hari dan diawasi langsung untuk mencegah terjadinya kekebalan terhadap semua OAT, terutama rifampisin. Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya penderita menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu. Sebagian besar penderita TB Paru BTA positif

menjadi negative (konversi) pada akhir pengobatan intensif. Pengawasan ketat dalam tahap intensif sangat penting untuk mencegah terjadinya kekebalan obat

## 2. Tahap Lanjutan

Pada tahap lanjutan penderita mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persister (*dormant*) sehingga mencegah terjadinya kekambuhan.

### 2.3.12 Pencegahan penularan TB Paru

Menurut Jaji (2010) pencegahan penularan TB Paru sebagai berikut :

1. Menjauhkan anggota keluarga lain dari penderita TB Paru saat batuk , terutama yang memiliki daya tahan tubuh yang lemah seperti anak-anak, ibu hamil dan menyusui, serta lansia.
2. Menghindari penularan melalui dahak pasien penderita TB Paru, mengingatkan pasien penderita untuk menutup mulut saat batuk dan bersin, dan tidak membuang dahak pasien penderita sembarangan. Disarankan untuk membuang dahak di closet atau wadah khusus seperti toples atau ember plastik yang didalamnya telah diberi karbol/antiseptik.
3. Membuka jendela rumah untuk pencegahan penularan TB Paru dalam keluarga, membuka jendela rumah untuk memperbaiki sirkulasi udara dan

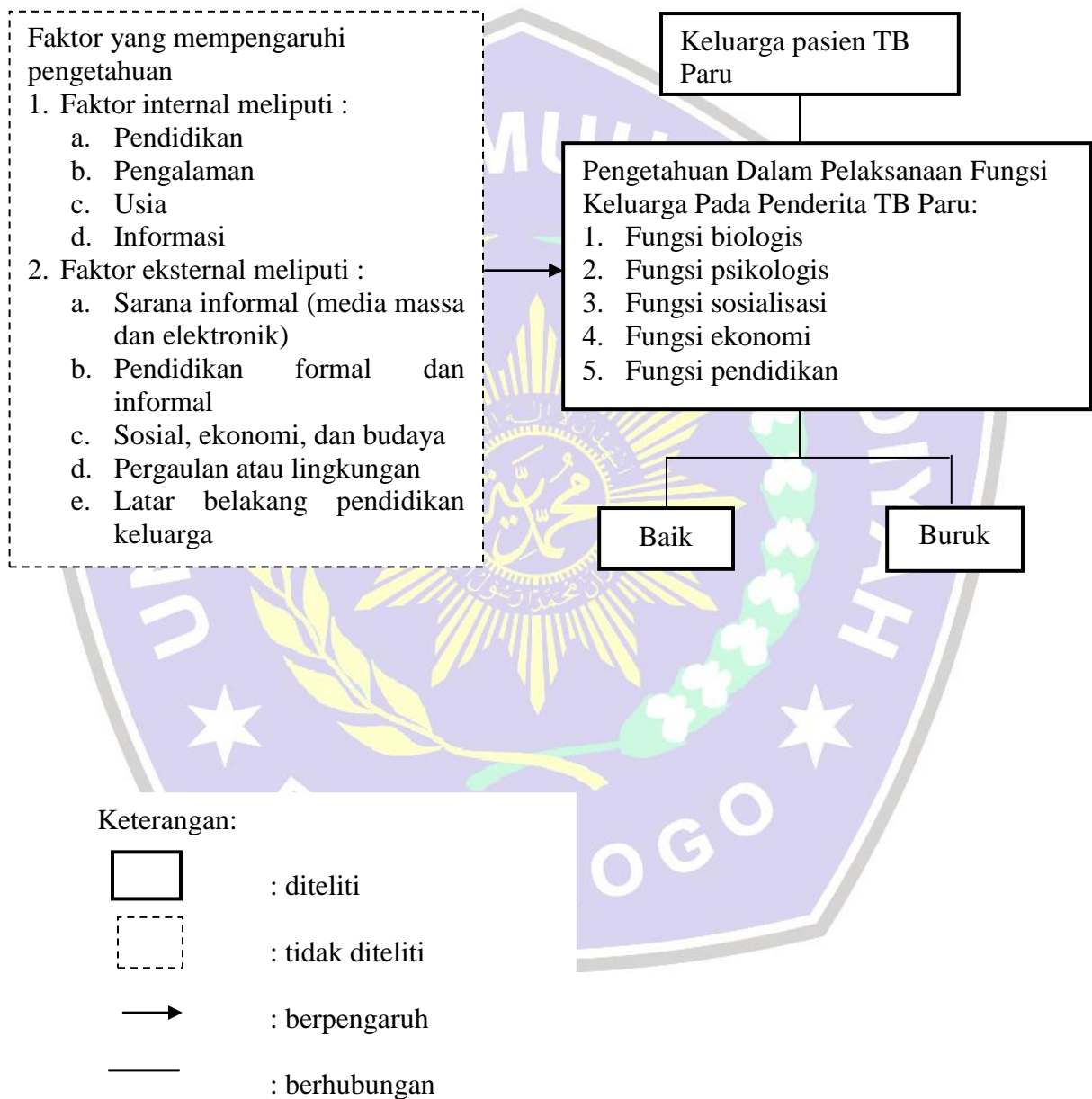
mengurangi jumlah percikan (*droplet nuclei*), dan Membiarkan ruangan kamar penderita dan kasurnya terpapar sinar matahari langsung.

4. Menjemur kasur pasien TB Paru untuk pencegahan penularan TB Paru dalam keluarga. Penjemuran di bawah sinar matahari selama 5 menit dapat berfungsi sebagai sterilisasi. Sinar ultravioletnya dapat membunuh bakteri TB di udara maupun pada barang-barang pasien. Karena di tempat yang gelap dan lembab, *Mycobacterium tuberculosis* dapat bertahan selama bertahun-tahun.





## 2.4 Kerangka Konseptual



Gambar 2.1 Kerangka konseptual Pengetahuan Keluarga Dalam Pelaksanaan Fungsi Keluarga Pada Penderita TB Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Babadan Kabupaten Ponorogo.