

*TINGKAT PENGETAHUAN KETERATURAN BEROBAT DAN SIKAP KLIEN TERHADAP
TERJADINYA PENYAKIT TBC PARU DI RUANG PERAWATAN I DAN II RS ISLAM
FAISAL MAKASSAR*

* Lenny Gannika *

Dosem Tetap Akademi Keperawatan Sani Karsa Makassar

ABSTRAK

Tuberculosis (TBC) merupakan penyakit yang mudah menular dari tahun ke tahun. Penyakit ini memperlihatkan peningkatan dalam jumlah kasus baru maupun pada angka kematian. Pada tahun 2008, WHO mencanangkan kedaruratan Global Penyakit TBC Paru, disebagian besar negara-negara di Dunia, Penyakit ini tidak terkendali dan tidak berhasil disembuhkan.

WHO melaporkan adanya 3 juta orang tiap tahun meninggal dan di perkirakan 5.000 orang tiap harinya. Tiap tahun ada 9 juta penderita TBC paru dan 75 % kasus kematian dan kesakitan di masyarakat diderita oleh orang-orang umur produktif dari 15-54 tahun (Anonym 2008). TBC Paru merupakan Penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Microbacterium*

Tuberculosis Paru dengan gejala yang sangat bervariasi. (Arief Mansjoer dkk, 2008). Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran pengetahuan pasien terhadap terjadinya penyakit TBC Paru di Ruang perawatan I dan II RS Islam Faisal Makassar.

Jenis Penelitian *Deskriptif* dengan Pendekatan Wawancara, Observasi dan kuesioner atau angket. Populasi dalam penelitian ini adalah semua penderita TBC Paru yang dirawat di Perawatan I dan II RS Islam Faisal Makassar pada Bulan 17 Juli – 20 Juli 2014 sebanyak 36 orang dengan Sampel 30 orang.

Hasil yang di peroleh dari penelitian ini menunjukkan bahwa Pasien yang dirawat di Ruang Rawat Inap sebagian besar yang berpengetuan tentang keteraturan berobat sebanyak 20 orang (66,6%) yang tidak putus berobat dan yang putus berobat terdapat 10 orang (33%).

Berdasarkan hasil penelitian maka disarankan perlu ditingkatkan lagi penyuluhan yang lebih intensif dalam rangka menggerakkan masyarakat dalam upaya pencegahan Tuberculosis.

Kata Kunci : pengetahuan Keteraturan berobat, Sikap dan Tuberculosis Paru.

Pendahuluan

Penyakit TBC Paru Merupakan penyakit yang mudah menular dari tahun ketahun. Penyakit ini memperlihatkan peningkatan dalam jumlah kasus baru maupun pada angka kematian. Pada tahun 2008, WHO mencanangkan kedaruratan Global penyakit TBC Paru. karena disebagian besar di Negara-negara di dunia, penyakit ini tidak terkendali dan tidak berhasil disembuhkan. WHO Melaporkan adanya 3 juta orang tiap tahun

meninggal dan diperkirakan 5.000 orang tiap harinya.

Hampir 10 tahun lamanya Indonesia menempati urutan ke-3 sedunia dalam hal jumlah penderita tuberkulosis (TB). Baru pada tahun ini turun ke peringkat ke-4 dan masuk dalam milestone atau pencapaian kinerja 1 tahun Kementerian Kesehatan. Berdasarkan Data Badan Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2008 menyatakan jumlah penderita Tuberculosis di Indonesia sekitar 528 ribu atau

berada di posisi tiga di dunia setelah India dan Cina.

Laporan WHO pada tahun 2009, mencatat peringkat Indonesia menurun ke posisi lima dengan jumlah penderita TBC sebesar 429 ribu orang. Lima negara dengan jumlah terbesar kasus insiden pada tahun 2009 adalah India, Cina, Afrika Selatan, Nigeria dan Indonesia (sumber WHO Global Tuberculosis Control 2010).

"Tentu saja kasus TB masih banyak, tapi perbaikan peringkat ini merupakan sebuah pencapaian," ungkap Menkes Endang Rahayu Sedyaningsih dalam evaluasi kinerja 1 tahun Kementerian Kesehatan di gedung Kemenkes, Jakarta, Jumat (12/6/2014).

Pada Global Report WHO 2010, didapat data TB Indonesia, Total seluruh kasus TB tahun 2010 sebanyak 294731 kasus, dimana 169213 adalah kasus TB baru BTA positif, 108616 adalah kasus TB BTA negatif, 11215 adalah kasus TB Extra Paru, 3709 adalah kasus TB Kambuh, dan 2008 adalah kasus pengobatan ulang diluar kasus kambuh (retreatment, excl relaps). Sementara itu, untuk keberhasilan pengobatan dari tahun 2010 sampai tahun 2011 (dalam %), tahun 2011 (87%), tahun 2012 (90%), tahun 2013 sampai 2014 semuanya sama (91%).

Untuk menanggulangi masalah TBC Paru di Indonesia, strategi DOTS (*Directly Observed Treatment, Shortcourse chemotherapy*) yang direkomendasikan oleh WHO merupakan pendekatan yang paling tepat saat ini dan harus dilaksanakan secara sungguh-sungguh. (Depkes, RI, 2010).

Data yang diperoleh dari Dines Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan berdasarkan data yang diperoleh dari Bidang Bina Pencegahan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Kota Makassar, pada tahun 2010 jumlah penderita TB Paru Klinis sebanyak 9916 penderita, dengan rincian 3568 berdasarkan pencatatan dan pelaporan Puskesmas se-Kota Makassar, sisanya berdasarkan laporan dari 15 RS yang ada di Kota Makassar. Sedangkan pada tahun 2011, jumlah penderita TB Paru Klinis sebanyak 18.835 penderita, berdasarkan pencatatan dan pelaporan dari Puskesmas, dan RS. Tahun 2012 dilaporkan jumlah penderita TB Paru Klinis di Puskesmas dan Rumah Sakit sebanyak 511. Jumlah penderita TB Paru Klinis, TB BTA+ sebanyak 1608 penderita (Puskesmas dan Rumah Sakit) (Profil Dines Kesehatan kota Makassar, 2013)

Tinjauan Pustaka

Tinjauan Umum Tentang Penyakit TBC Paru

1. Pengertian

TBC Paru adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis Paru* dengan gejala yang sangat bervariasi. (Arief Mansjoer dkk, 2008) Tuberkulosis Paru adalah penyakit infeksius yang terutama menyerang parenkim paru. Tuberkulosis Paru dapat juga di tularkan ke bagian tubuh lainnya termasuk ginjal, tulang, nodus, limfe dan lain-lain. Agens infeksius utama Mycobakterium Tuberkulosis Paru adalah batang aerobic tahan asam dan sensitif terhadap panas dan sinar ultraviolet. (Brunner dan Suddart, 2010)

Tuberkulosis Paru adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *mycobacterium Tuberculosis* yang dapat menyerang semua alat tubuh, yang tersering ialah paru dan jantung. (Ahmad, 2008)

2. Etiologi

Tuberkulosis Paru adalah penyakit menular yang disebabkan oleh Basil *Mikrobakterium Tuberculosis* tipe *humanus*, sejenis kuman yang berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-4/mm dan tebal 0,3-0,6/mm. Sebagian besar kuman terdiri atas asam lemak (*lipid*). *Lipid* inilah yang menyebabkan kuman tahan asam. sehingga basil ini digolongkan menjadi Basil tahan Asam (BTA) maksudnya bila basil ini di warnai, maka warna ini tidak akan luntur walaupun pada bahan kimia yang tahan asam. (Tjandra Yoga Aditama, 2010)

Kuman ini tahan hidup pada udara kering maupun dalam keadaan dingin (dapat tahan bertahun-tahun dalam lemari es). Hal ini terjadi karena kuman berada dalam sifat *dormant*. Dari sifat *dormant* ini kuman dapat bangkit kembali dan menjadikan tuberkulosis aktif kembali. Sifat lain kuman adalah *aerob*. Sifat ini menunjukkan bahwa kuman lebih menyukai jaringan yang tinggi kandungan oksigennya. Dalam hal ini tekanan bagian *apikal* paru-paru lebih tinggi dari pada bagian lainnya, sehingga bagian *apikal* ini merupakan tempat *predileksi* penyakit tuberkulosis.

Tuberkulosis paru merupakan penyakit infeksi penting saluran pernapasan. Basil *Mykobakterium* tersebut masuk kedalam

jaringan paru melalui saluran napas (*droplet infection*) sampai *alveoli*, maka terjadilah infeksi primer (*ghon*) selanjutnya menyebar ke kelenjar getah bening setempat dan terbentuklah primer kompleks (*ranke*). keduanya dinamakan *tuberkulosis* primer, yang dalam perjalanannya. sebagian besar akan mengalami penyembuhan. *Tuberkulosis* paru primer, peradangan terjadi sebelum tubuh mempunyai kekebalan *spesifik* terhadap *basil mykobakterium Tuberkulosis* yang kebanyakan didapatkan pada usia 1-3 tahun. Sedangkan yang disebut *tuberkulosis* post primer (*reinfection*) adalah peradangan jaringan paru karena terjadi penularan ulang yang mana didalam tubuh terbentuk kekebalan *spesifik* terhadap basil tersebut.

3. Proses Penularan

Tuberkulosis tergolong *airborne disease* yakni penularan melalui droplet *nuclei* yang dikeluarkan ke udara oleh individu terinfeksi dalam fase aktif. setiap kali penderita ini batuk dapat mengeluarkan 3000 droplet *nuclei*. Penularan umumnya terjadi didalam ruangan droplet *nuclei* dapat tinggal diudara dalam waktu lebih lama. dibawah sinar matahari langsung basil *tuberkel* mati dengan cepat tetapi dalam ruang yang gelap, lembab dapat bertahan sampai beberapa jam.

Dua faktor penentu keberhasilan pemaparan *Tuberkulosis* pada individu baru yakni konsentrasi droplet *nuclei* dalam udara dan panjang waktu individu bernapas dalam udara yang terkontaminasi tersebut. disamping daya tahan tubuh yang bersangkutan, Meskipun terdapat berbagai jenis basil, Namun *basil Tuberkel (Mykobakterium Tuberkulosis)* merupakan penyebab utama dan *Tuberkulosis* Paru diseluruh Dunia. (John Crofton, 2007)

4. Penularan Dan Faktor-Faktor Resiko

Tuberkulosis Paru ditularkan secara langsung melalui kandungan kuman *Tuberkulosis* di udara saat bercakap-cakap, batuk dan bersin. (Andi Muhadir, 2010)

Individu yang beresiko tinggi untuk tertular *Tuberkulosis* Paru adalah:

- Mereka yang kontak langsung dengan seseorang yang menderita penyakit TBC Paru aktif.
- Individu immunosupresif (termasuk lansia, pasien dengan kanker dan mereka yang dalam terapi kostikosteroid

atau mereka yang terkena penyakit HIV).

- Penggunaan Obat IV (Intra Vena) dan Alkohol.
- Setiap Individu tanpa perawatan kesehatan yang adekuat (Tunawisma, etnik dan ras minoritas)
- Setiap Individu dengan gangguan medis yang sudah ada sebelumnya (Misalnya diabetes melitus, gagal ginjal kronis dan silikosis penyimpanan gizi)
- Imigran dari Negara dengan insiden TBC Paru yang tinggi di Asia Tenggara, Afrika, Amerika latin, dan Karibia.
- Setiap individu yang tinggal di institusi (misalnya fasilitas perawatan jangka panjang, institusi psikiatrik dan penjara)
- Individu yang tinggal di daerah perumahan substandar kumuh.
- Petugas Kesehatan.
- Resiko tertular *Tuberkulosis* Paru juga tergantung banyaknya organisme yang terdapat diudara. (Brunner dan Suddarth 2002)

1. Patofisiologi

Kuman *Mikrobakterium Tuberkulosis* Paru masuk kedalam tubuh melalui saluran pernafasan, saluran pencernaan, dan luka terbuka pada kulit, kebanyakan infeksi *Tuberkulosis* Paru terjadi melalui udara (*air borne*), yaitu melalui *inhalasi droplet* yang mengandung kuman-kuman basil *tuberkel* yang berasal dari orang yang terinfeksi. (Bahar, 2008)

Basil Tuberkel yang mencapai permukaan *alveolus* biasanya diinhalasi terdiri dari satu sampai tiga gumpalan basil yang lebih besar cenderung tertahan di saluran hidung dan cabang besar *bronkus* dan tidak menyebabkan penyakit. Setelah berada dalam ruang *alveolus* biasanya dibagian bawah lobus atau paru-paru, atau dibagian atas lobus bawah. Basil tuberkel ini membangkitkan reaksi peradangan. *Leukosit polimorfonuklear* tampak pada tempat tersebut dan *memfagosit* bakteri namun tidak membunuh organisme tersebut. Sesudah hari-hari pertama maka *leukosit* diganti oleh *makrofag*. *Alveoli* yang terserang akan mengalami konsolidasi dan timbul gejala pneumonia akut. Pneumonia seluler ini dapat sembuh dengan sendirinya sehingga tidak ada sisa yang tertinggal, atau proses dapat juga berjalan terus, dan bakteri terus *difagosit* atau berkembang biak didalam sel. Basil juga menyebar melalui getah bening menuju ke kelenjar bening regional. *Makrofag* yang mengadakan

infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu sehingga membentuk sel *tuberkel epiteloid*, yang dikelilingi oleh *fosit*. Reaksi ini biasanya membutuhkan waktu 10 sampai 20 hari. (Bahar, 2008)

2. Manifestasi Klinik

Tuberkulosis sering dijuluki "*the great imitator*" yaitu suatu penyakit yang mempunyai banyak kemiripan dengan penyakit lain yang juga memberikan gejala umum seperti lemah dan demam. Pada sejumlah penderita gejala yang timbul tidak jelas sehingga diabaikan bahkan kadang-kadang asimtomatik.

Gambaran klinik TBC Paru dapat dibagi menjadi 3 golongan:

Gejala *respiratorik* meliputi:

- 1) Batuk. Gejala batuk timbul paling dini dan merupakan gangguan yang paling sering dikeluhkan. Mula-mula bersifat non produktif kemudian berdahak bahkan bercampur darah bila sudah ada kerusakan jaringan
- 2) Batuk darah. Darah yang dikeluarkan dalam dahak bervariasi, mungkin tampak berupa garis atau bercak-bercak darah, gumpalan darah atau darah segar dalam jumlah sangat banyak. Batuk darah terjadi karena pecahnya pembuluh darah. Berat ringannya batuk darah tergantung dari besar kecilnya pembuluh darah yang pecah.
- 3) Sesak Napas. Gejala ini ditemukan bila kerusakan parenkim paru sudah luas atau karena ada hal-hal yang menyertai seperti efusi pleura, pneumothorax, anemia dan lain-lain.
- 4) Nyeri dada. Nyeri dada pada TBC Paru termasuk nyeri pleuritik yang ringan. Gejalaini timbul apabila sistem persarafan di pleura terkena.

Gejala *sistemik* meliputi:

- 1) Demam. Merupakan gejala yang sering dijumpai biasanya timbul pada sore dan malam hari mirip demam influenza, hilang timbul dan makin lama makin panjang serangannya sedang masa bebas serangan makin pendek.
- 2) Gejala sistemik lain. Gejala sistemik lain ialah keringat malam, anoreksia, penurunan berat badan serta malaise. Timbulnya gejala biasanya dalam beberapa minggu-bulan, akan tetapi penampilan akut dengan batuk, panas, sesak napas walaupun jarang dapat juga timbul menyerupai gejala pneumonia.

a. Gejala klinis *Haemoptoe*:

Kita harus memastikan bahwa perdarahan dari nasofaring dengan cara membedakan ciri-ciri sebagai berikut :

- 1) Batuk darah. Darah dibatukkan dengan rasa panas di tenggorokan Darah berbuih bercampur Darah segar berwarna merah mudah Darah bersifat alkalis Anemia kadang-kadang terjadi.
- 2) Muntah darah. Darah dimuntahkan dengan rasa mual Darah bercampur sisa makanan Darah berwarna hitam karena bercampur asam lambung Darah bersifat asam Anemia sering terjadi.
- 3) Epistaksis. Darah menetes dari hidung Batuk pelan kadang keluar Darah berwarna merah segar Darah bersifat alkalis Anemia jarang terjadi. (Rustam, 2008)

3. Test Diagnostik

Foto thorax dengan atau tanpa literal merupakan pemeriksaan radiology standar. Karakteristik *radiology* yang menunjang diagnostik antara lain :

- a. Bayangan lesi radiology yang terletak di lapangan atas paru.
- b. Bayangan yang berawan (*patchy*) atau berbercak (*noduler*)
- c. Adanya kapias, tunggal atau ganda.
- d. Adanya klasifikasi.
- e. Kelainan yang bilateral, terutama bila terdapat dilapangan atas paru.
- f. Bayangan yang menetap atau relatif menetap setelah beberapa minggu.
- g. Bayangan bilier.

Pemeriksaan *Bakteriologik* (Sputum), ditemu kanyakuman *Mycrobakterium Tuberculosis* dari dahak penderita memastikan Diagnosis Tuberkulosis Paru. Pengambilan dahak yang benar sangat penting untuk mendapatkan hasil yang sebaik-baiknya. Pada pemeriksaan pertama, sebaiknya 3 kali pemeriksaan dahak. Uji resistensi harus dilakukan apabila ada dugaan resistensi terhadap pengobatan. Pemeriksaan sputum adalah diagnostik yang terpenting dalam program pemberantasan TBC Paru di Indonesia. (Rustam, 2008)

4. Klasifikasi TBC Paru

Klasifikasi TBC Paru dibuat berdasarkan gejala klinik, bakteriologik, radiologik dan riwayat pengobatan sebelumnya. Klasifikasi ini penting karena merupakan salah satu faktor determinan untuk menetapkan strategi terapi. Sesuai dengan program P2TBC Paru, klasifikasi TBC Paru dibagi sebagai

berikut:

- a. TBC Paru Basil Tahan Asam (BTA) *Positif* dengan kriteria:
 - 1) Dengan atau tanpa gejala klinik
 - 2) BTA positif: mikroskopik positif 2 kali, mikroskopik positif 1 kali disokong biakan positif 1 kali atau disokong radiologik
 - 3) positif 1 kali
 - 4) Gambaran radiologik sesuai dengan TBC Paru.
- b. TBC Paru BTA *Negatif* dengan kriteria:
 - 1) Gejala klinik dan gambaran radiologik sesuai dengan TBC Paru Aktif.
 - 2) BTA negatif, biakan negatif tetapi radiologik positif.
- c. Bekas TBC Paru dengan kriteria:
 - 1) Bakteriologik (mikroskopik dan biakan) negatif
 - 2) Gejala klinik tidak ada atau ada gejala sisa akibat kelainan paru.
- d. Radiologik menunjukkan gambaran lesi TBC Paru inaktif, menunjukkan serial foto yang tidak berubah. Ada riwayat pengobatan OAT yang adekuat (lebih mendukung).

5. Penatalaksanaan Medik

Pemberian Obat Anti TBC (OAT). OAT harus di kombinasi sedikitnya 2 obat yang bersifat Bakteroid dengan tujuan:

- a. Membuat sputum positif menjadi Negatif
- b. Mencegah kekambuhan dengan kegiatan *sterilisasi*
- c. Menghilangkan atau mengurangi gejala dan lesi melalui perbaikan daya tahan imunologi.

B. Tinjauan tentang Pengetahuan Keteraturan dalam berobat.

Untuk program Nasional Pemberantasan TBC Paru, WHO menganjurkan panduan obat sesuai dengan kategori penyakit. Kategori didasarkan urutan kebutuhan pengobatan. Untuk itu penderita dibagi dalam 4 kategori sebagai berikut :

- a. Kategori I : Kasus baru dengan dahak positif dan penderita dengan keadaan yang berat seperti Meningitis, TBC Paru milier, Perikarditis, peritonitis, pleuritis atau bilateral, spondiolitis dengan gangguan neurologis, penderita dengan dahak negatif tetapi kelainan parunya luas, TBC Paru usus, TBC Paru saluran kemih.
- b. Kategori II : Kasus kambuh atau

- c. gagal dengan dahak tetap positif.
- c. Kategori III : Kasus dengan dahak negatif tetapi kelainan parunya tidak luas dan kasus TBC Paru diluar paru selain yang disebut dalam kategori 1
- d. Kategori IV : Tuberkulosis Kronik.
 - 1) Panduan Obat Kategori I
Dimulai dengan fase 2, obat diberikan tiap hari selama 2 bulan bila selama 2 bulan dahak menjadi negatif maka dimulai fase lanjutan. Bila setelah 2 bulan dahak masih tetap positif maka fase intensif diperpanjang 2-4 minggu lagi (dalam program P2TBC Paru Depkes memberikan 1 bulan dan dikenal sebagai obat sisipan), kemudian diteruskan dengan fase lanjutan tanpa melihat apakah dahak sudah negatif atau belum. Fase lanjutannya adalah 4 HR atau 4 H3R3. Pada penderita meningitis, TBC Paru Milier, Spondiolitis dengan kelainan neurologis, fase lanjutan diberikan lebih lama yaitu 6-7 bulan hingga total pengobatan 8-9 bulan. Sebagai panduan alternatif pada fase lanjutan ialah 6 HE.
 - 2) Panduan Obat Kategori II
Fase intensif dalam bentuk 2 *HRZE*. Bila setelah fase intensif dahak menjadi negatif maka diteruskan ke fase lanjutan. Bila setelah 3 bulan dahak masih tetap positif maka fase intensif diperpanjang 1 bulan lagi dengan *HRZE* (juga dikenal sebagai obat sisipan) bila setelah 4 bulan dahak masih tetap positif maka pengobatan dihentikan 2-3 hari, lalu periksa biakan dan uji resistensi kemudian pengobatan diteruskan dengan fase lanjutan. Bila penderita mempunyai data resisten sebelumnya dan ternyata kuman masih sensitif terhadap semua obat dan setelah fase intensif dahak menjadi negatif maka fase lanjutan dapat diubah seperti kategori I dengan pengawasan ketat. Bila data menunjukkan resistensi terhadap H atau R maka fase lanjutan harus diawasi dengan ketat.
 - 3) Panduan Obat Kategori III
TBC Paru BTA (-) dilakukan pengobatan dengan cara 2 HRZ = tiap hari selama 2 bulan TBC Luar Paru dilakukan pengobatan
 - 4) 4 H3R3 = tiga kali seminggu selama 4 bulan.
 - 5) Panduan Obat Kategori IV

Di Negara maju atau pengobatan secara individu, penderita dapat diberi obat sesuai uji resisten atau obat lapis kedua seperti *quinolon, ethioamide, sikloserin, amikasin, kanamisin* dan sebagainya. (Permatasari, 2008)

C. Tinjauan Umum Tentang Sikap

1. Pengertian.

Definisi sikap adalah derajat afek positif atau afek negatif yang dikaitkan dengan suatu obyek psikologis. Sikap adalah keadaan mental dan syaraf dari kesiapan, yang diatur melalui pengalaman yang memberikan pengaruh dinamik atau terarah terhadap respon individu pada semua obyek dan situasi yang berkaitan dengannya. Dari sini sikap dapat digambarkan sebagai kecenderungan subyek merespon suka atau tidak suka terhadap suatu obyek (Wismato.B, 2009).

Sikap ini ditunjukkan dalam berbagai kualitas dan intensitas yang berbeda dan bergerak secara kontinyu dari positif melalui areal netral ke arah negatif. Kualitas sikap digambarkan sebagai valensi positif menuju negatif, sebagai hasil penilaian terhadap obyek tertentu. Sedangkan intensitas sikap digambarkan dalam kedudukan ekstrim positif atau negatif. Kualitas dan intensitas sikap tersebut menunjukkan suatu prosedur pengukuran yang menempatkan sikap seseorang dalam sesuatu dimensi evaluatif yang bipolar dari ekstrim positif menuju ekstrim negatif (Wismato.B, 2009).

Menyimak uraian sikap di atas dapat dipahami bahwa sikap merupakan suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan terhadap suatu obyek. Seseorang bersikap terhadap suatu obyek dapat diketahui dari evaluasi perasaannya terhadap obyek tersebut. Evaluasi perasaan ini dapat berupa perasaan senang-tidak senang, memihak-tidak memihak, favorit-tidak favorit, positif-negatif.

Walgito (2010) mengemukakan bahwa sikap adalah faktor yang ada dalam diri manusia yang dapat mendorong atau menimbulkan perilaku tertentu. Adapun ciri-ciri sikap yaitu: tidak dibawa sejak lahir, selalu berhubungan dengan obyek sikap, dapat tertuju pada satu obyek

saja maupun tertuju pada sekumpulan obyek-obyek, dapat berlangsung lama atau sebentar, dan mengandung faktor perasaan dan motivasi.

Selanjutnya Walgito (2010) mengemukakan tiga komponen yang membentuk struktur sikap yaitu :

1. Komponen kognitif (komponen perseptual), yaitu komponen yang berkaitan dengan pengetahuan, pandangan, keyakinan, yaitu hal-hal yang berhubungan dengan bagaimana orang mempersepsi terhadap obyek sikap.
2. Komponen afektif (komponen emosional), yaitu komponen yang berhubungan dengan rasa senang atau tidak senang terhadap obyek sikap. Rasa senang merupakan hal yang positif, sedangkan rasa tidak senang adalah hal negatif.
3. Komponen konatif (komponen perilaku, atau *action component*), yaitu komponen yang berhubungan dengan kecenderungan bertindak atau berperilaku terhadap obyek sikap.

Perilaku yang nampak terhadap suatu obyek tertentu setidaknya bisa diramalkan melalui sikap yang diungkapkan oleh seseorang. Dalam arti bahwa sikap seseorang bisa menentukan tindakan dan perilakunya. Menurut Baltus, sikap kadang-kadang bisa diungkapkan secara terbuka melalui berbagai wacana atau percakapan, namun sering sikap ditunjukkan secara tidak langsung. Sikap bisa muncul sebelum perilaku tetapi bisa juga merupakan akibat dari perilaku sebelumnya.

2. Tingkatan Sikap

- a. Menerima (*receiving*)
Bahwa seseorang atau subyek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek)
- b. Merespon (*responding*)
Subyek memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan yang berarti orang tersebut menerima ide sebagai stimulus.
- c. Menghargai (*valuing*)
Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.
- d. Bertanggung Jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah diperolehnya dengan segala resiko. Adapun sikap yang dimaksud pada penelitian ini adalah sikap perawat dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan yang dikategorikan baik, cukup, kurang.

Hasil Penelitian Dan Pembahasan

A. Pembahasan.

1. Pengetahuan Keteraturan berobat terhadap terjadinya TB paru

Berdasarkan hasil penelitian diatas menunjukkan dari 30 responden ada 20 responden (66,6%) yang tidak putus berobat dan yang putus berobat terdapat 10 responden(33,3%). Hal ini menunjukkan bahwa masih banyak klien yang patuh terhadap penggunaan obat TB Paru.

Oleh karena itu, pasien yang mengalami tuberculosis harus melakukan pengobatan secara menyeluruh dan tuntas. Pasien dengan pasien yang mengidap tuberculosis paru masih akan menulari orang lain setelah memulai pengobatan intensif 2-3 bulan pengobatan akan mengurangi risiko menulari orang lain (disarankan melakukan pengobatan enam bulan). Hal ini sangat penting untuk menyelesaikan seluruh program pengobatan, untuk menghindari penularan dan mencegah TBC muncul kembali atau menjadi komplikasi dengan penyakit lain. Pasien juga dapat mengatur terapi fisik, latihan pernapasan dan menambah kekebalan tubuh dengan mengonsumsi suplemen.

2. Sikap klien terhadap penyakit Tuberculosis Paru

Berdasarkan hasil penelitian diatas menunjukkan dari 30 responden ada 16 responden (53,3%) yang memiliki sikap baik dan yang memiliki sikap kurang baik terdapat 14 responden (46,7%). Hal ini dapat menunjukkan bahwa klien memiliki sikap yang positif terhadap terjadinya TB Paru. Sikap adalah keadaan mental dan syaraf dari kesiapan, yang diatur melalui pengalaman yang memberikan pengaruh dinamik atau terarah terhadap respon individu pada semua obyek dan situasi yang berkaitan

dengannya. Dari sini sikap dapat digambarkan sebagai kecenderungan subyek merespon suka atau tidak suka terhadap suatu obyek (Wismato.B, 2009).

Walgito (2001) mengemukakan bahwa sikap adalah faktor yang ada dalam diri manusia yang dapat mendorong atau menimbulkan perilaku tertentu. Adapun ciri-ciri sikap yaitu: tidak dibawa sejak lahir, selalu berhubungan dengan obyek sikap, dapat tertuju pada satu obyek saja maupun tertuju pada sekumpulan obyek-obyek, dapat berlangsung lama atau sebentar, dan mengandung faktor perasaan dan motivasi.

Selanjutnya Walgito (2001) mengemukakan tiga komponen yang membentuk struktur sikap yaitu :

- a. Komponen kognitif (komponen perseptual), yaitu komponen yang berkaitan dengan pengetahuan, pandangan, keyakinan, yaitu hal-hal yang berhubungan dengan bagaimana orang mempersepsi terhadap obyek sikap.
- b. Komponen afektif (komponen emosional), yaitu komponen yang berhubungan dengan rasa senang atau tidak senang terhadap obyek sikap. Rasa senang merupakan hal yang positif, sedangkan rasa tidak senang adalah hal negatif.

Dengan sikap yang baik dan positif terhadap kejadian TB Paru akan sangat mempengaruhi kesembuhan dari seorang penderita TB paru karena selalu memiliki dorongan dalam diri seseorang untuk selalu taat dan disiplin dalam pengobatan TB Paru

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan pada penelitian ini, yang berlangsung pada tanggal 17 Juli s/d 20 Juli 2014 di ruang perawatan I dan II Rumah Sakit Islam Faisal Makassar dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Gambaran pengetahuan keteraturan berobat klien terhadap terjadinya penyakit Tuberculosis Paru di Rumah Sakit Islam Faisal Makassar, adalah baik, teratur dan tidak putus obat terdapat (66,7%)

2. Gambaran sikap klien terhadap terjadinya penyakit Tuberculosis Paru di RS. Islam Faisal Makassar adalah baik terdapat (53,3%)
- Tjandra Yoga Aditama, 2010 *Penanggulangan Tuberculosis Paru*, UI, Jakarta. [Http://www. Medistore. Com](http://www.Medistore.Com). *Online TBC Paru*. Diakses mei 2014.
- www. *Riset TBC Paru Di Indonesia. Com*. Diakses Mei 2014.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonym. 2008. Prevalence and Incidence of Tuberculosis, (Cureresearch), Available from: <http://www.cureresearch.com/Tuberculosis/Prevalence.htm>. diakses 26 Mei 2014
- Amin, Z., Bahar, A. 2008. BAB 242 Tuberkulosis Paru in: Sudoyo, Aru (eds) *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam edisi IV Jilid II* : 988-993.
- Ahmad A.K. Muda, 2008, *Kamus Lengkap Kedokteran*, Edisi revisi, Gita Media Press, Surabaya.
- Andi Muhadir, 2009, *Panduan Berhaji Sehat*, edisi 3, DEPKES RI, jakarta
- Arief Mansjoer, dkk 2007. *Kapita Selekta Kedokteran*. Media Aesculapius. Jakarta.
- Bagus Wismato, 2009. *Pengaruh Sikap Terhadap Perilaku Kajian Meta Analisa Korelasi*, (Online), (<http://www.unika.ac.id/fakultas/psikologi/artikel/>diakses 2 Mei 2014).
- Brunner dan Suddarth 2009, *Keperawatan Medikal Bedah*, Vol 1, EGC, Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2008. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Edisi 2. Cetakan Kedua.
- John crofton 2010 *Tuberculosis Klinis* edisi 2, Widya Medika, Jakarta.
- Muh. Rustam 2008 *Gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian TBC Paru*, Fakultas kedokteran UNHAS Makassar.
- Nursalam, 2008. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Dan Ilmu Keperawatan Edisi 1*, salemba medika Jakarta.
- Permatasari, A. 2008. *Pemberantasan Penyakit TB Paru dan Strategi DOTS*. Bagian Paru, Fakultas Kedokteran USU Medan.
- Soekidjo Notoatmodjo, 2008 *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka cipta, Jakarta.
- _____ 2007, *promosi kesehatan dan ilmu perilaku*, Rineka cipta, Jakarta.