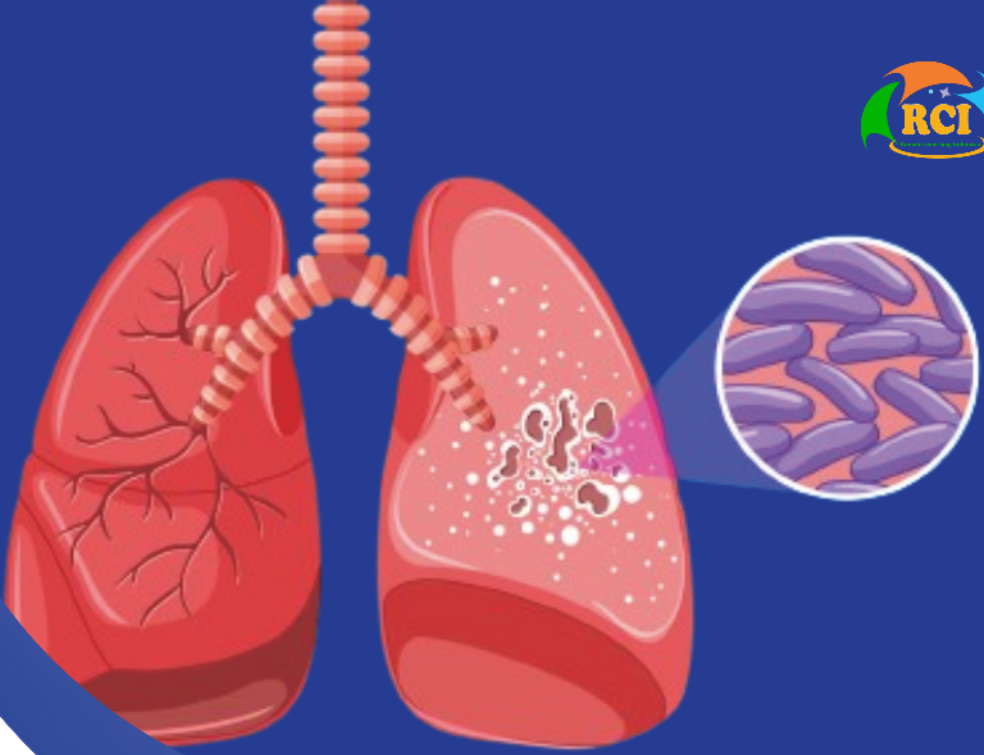




PENCEGAHAN PENULARAN INFEKSI TB

MDR BERBASIS PENDIDIKAN KESEHATAN AUDIO VISUAL

Ns. Yenni Elfira, S.Kep , M.Kep

Ns. Irwadi ,S.Kep , M.Kep

Tosi Rahmaddian , SKM , MARS

Ns. Andre Utama Saputra, S.Kep , M.Kep

PENCEGAHAN PENULARAN INFEKSI TB – MDR BERBASIS PENDIDIKAN KESEHATAN AUDIO VISUAL

Ns. Yenni Elfira, S.Kep , M.Kep

Ns. Irwadi ,S.Kep , M.Kep

Tosi Rahmaddian , SKM , MARS

Ns. Andre Utama Saputra, S.Kep , M.Kep



**PENCEGAHAN PENULARAN INFEKSI TB – MDR BERBASIS
PENDIDIKAN KESEHATAN AUDIO VISUAL**

Penulis:

Ns. Yenni Elfira, S.Kep , M.Kep
Ns. Irwadi ,S.Kep , M.Kep
Tosi Rahmaddian , SKM , MARS
Ns. Andre Utama Saputra, S.Kep , M.Kep

Editor:

Erik Santoso

Layouter :

Tim Kreatif PRCI

Cover:

Rusli

Cetakan Pertama : Juni 2024

Hak Cipta 2024, pada Penulis. Diterbitkan pertama kali oleh:

Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia

ANGGOTA IKAPI JAWA BARAT

Pondok Karisma Residence Jalan Raflesia VI D.151
Panglayungan, Cipedes Tasikmalaya – 085223186009

Website : www.rcipress.rcipublisher.org

E-mail : rumahcemerlangindonesia@gmail.com

Copyright © 2024 by Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia
All Right Reserved

- Cet. I – : Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia, 2024
; 18 x 25cm
ISBN : 978-623-448-909-5

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak buku ini dalam bentuk dan dengan
cara apapun tanpa izin tertulis dari penulis dan penerbit

Undang-undang No.19 Tahun 2002 Tentang
Hak Cipta Pasal 72

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat serta karunia-Nya kepada kami sehingga kami berhasil menyelesaikan Buku dengan judul Pencegahan Penularan Infeksi TB – MDR Berbasis Pendidikan Kesehatan Audio Visual sesuai yang ditargetkan.

Buku dengan judul Pencegahan Penularan Infeksi TB – MDR Berbasis Pendidikan Kesehatan Audio Visual ini berisikan mengenai Pencegahan Penularan Infeksi TB – MDR menggunakan media pendidikan berbasis audio visual. Kami menyadari bahwa Buku ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun selalu kami harapkan demi kesempurnaan buku ini.

Akhir kata, kami sampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah berperan serta dalam penyusunan Buku ini dari awal sampai akhir. Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa meridhoi segala usaha kita. Amin.

Juni 2024, Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	I
DAFTAR ISI	II
BAB I DINAMIKA TUBERKULOSIS MULTIDRUG RESISTEN	1
 BAB II KONSEP TUBERKOLUSIS	 16
A. Konsep TB MDR	17
1. Pengertian Tuberculosis Multidrug Resistant (TB MDR)	17
2. Kategori resisten terhadap obat anti tuberkulosis (OAT)	18
3. Penyebab Terjadinya TB MDR	19
1. Cara Penularan TB MDR	22
2. Cara penanganan efek samping OAT dan Penanganannya	23
3. Pencegahan Tuberkulosis Multidrug Resisten (TB-MDR)	26
B. Program TB-MDR	28
 BAB III PENDIDIKAN KESEHATAN PADA KLIEN TB-MDR	 31
A. Pengertian Pendidikan kesehatan	32
B. Tujuan pendidikan kesehatan	33
C. Metode pendidikan kesehatan	33

BAB IV MEDIA PENDIDIKAN KESEHATAN	39
A. Pengertian pendidikan menggunakan media audiovisual	40
B. Tujuan dan fungsi pendidikan kesehatan dengan menggunakan media audiovisual	42
C. Jenis- jenis media audio visual	43
D. Kelebihan dan kekurangan media audiovisual	45
E. Manfaat media audio visual	45
 BAB V KONSEP PERILAKU DAN SIKAP	 47
A. Defenisi Perilaku	48
B. Domain perilaku	48
C. Pengetahuan	48
D. Sikap	54
E. Tindakan	57
F. Teori Perilaku oleh Lawrence Green	59
DAFTAR PUSTAKA	62

BAB I
DINAMIKA TUBERKULOSIS
MULTIDRUG RESISTEN

Tuberkulosis Multidrug Resisten (TB MDR) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* (M.TB) yang meyerang paru ditandai dengan batuk berdarah, sesak nafas, penurunan berat badan, keringat malam dan demam (Kemenkes, 2013). *World Health Organization* (WHO) menjelaskan TB MDR harus melakukan pengobatan selama 18-21 bulan, TB MDR terjadi pada penderita TB yang tidak tuntas dalam menjalani pengobatannya dan dapat juga terjadi karena tertular langsung dari penderita TB MDR sebelumnya (WHO, 2019).

Menurut laporan WHO (2019) jumlah kasus TB MDR mengalami peningkatan dari tahun ke tahun dimana pada tahun 2016 sebanyak 153.000 orang dan tahun 2017 meningkat menjadi 160.000 orang. Secara global diperkirakan 190.000 orang meninggal karena kasus TB MDR. Indonesia sendiri berada pada peringkat ke 8 dalam 27 negara dengan beban tinggi kasus TB MDR. Penderita TB MDR di Indonesia sebanyak 6.800 kasus baru setiap tahunnya. Diperkirakan sebanyak 2% didapatkan dari kasus TB

baru dan 12% kasus TB berulang. Sebanyak 55% TB MDR lainnya belum terdiagnosa atau mendapat pengobatan dengan baik dan benar (Kementrian Kesehatan RI, 2018).

Berdasarkan laporan dari Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat (2019), Provinsi Sumatera Barat sebagai salah satu provinsi di Indonesia dengan kejadian TB MDR yang tinggi. Data Dinas Kesehatan Sumatera Barat untuk kasus TB MDR pada wilayah Sumatera Barat pada tahun 2017-2018 sebanyak 79 kasus, pada tahun 2019 ditemukan 12.917 kasus terduga TB MDR yang terkonfirmasi sebesar 68 kasus. Jumlah pasien yang menjalani pengobatan hanya 47%. Jumlah penderita TB MDR terbanyak berada di RSUP DR. M. Djamil Padang.

Strategi yang sudah dilakukan oleh pemerintah dalam menanggulangi penyakit TB MDR, salah satunya dengan menerapkan Strategi *Directly Observed Treatment ShortCourse* (DOTs) Plus tapi belum mampu menekan angka kejadian TB MDR (Syahrezki, 2015). Laporan PMK no 67 (2016) juga menerangkan salah satu penyebabnya antara lain adalah belum optimalnya

penatalaksanaan program TB, yang tidak sesuai dengan standar pemantauan pengobatan, lama program pengobatan membuat pasien juga bosan dalam menjalani pengobatan.

Penjelasan dari Kementrian Kesehatan RI (2016), ada beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya TB MDR yaitu faktor pertama program pengendalian TB (masih kurangnya ketersediaan OAT dan kualitas OAT yang masih rendah) faktor kedua dari pasien (pasien tidak mematuhi anjuran petugas kesehatan, menghentikan pengobatan secara sepihak sebelum waktunya) faktor ketiga pemberi jasa atau petugas kesehatan (diagnosa, dosis obat dan jenis obat yang tidak tepat, pendidikan kesehatan kepada pasien yang tidak adekuat).

Untuk faktor yang ketiga berhubungan erat dengan edukasi dari petugas pelayanan kesehatan. Secara umum tenaga kesehatan tidak memberikan pendidikan kesehatan secara adekuat, dalam program pencegahan TB MDR seperti menutup mulut saat batuk, buang dahak di tempat yang sudah disediakan, membuka ventilasi udara, tidur di kamar terpisah

dengan keluarga dan memberikan penyuluhan kesehatan dalam pengawasan minum obat, baik dari pasien sendiri, keluarga mau pun masyarakat Kemenkes RI, (2018). Tanpa edukasi maka beban biaya yang dikeluarkan negara jadi sia-sia, pasien menjadi tidak patuh dalam menjalani pengobatan TB MDR (Nugroho & Agus Fitrianto, 2018). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Yakub Ruru dkk (2018) faktor-faktor yang menyebabkan ketidakpatuhan dalam pengobatan TB MDR adalah: kurangnya informasi tentang TB dari tenaga kesehatan, pengetahuan yang rendah tentang penyebab, penularan dan efek pengobatan. Sejalan dengan penelitian Mekonnen & Azagew, (2018) kurangnya pengetahuan pasien tentang TB MDR dan masalah pengobatan menjadi sikap negatif yang membentuk perilaku pasien yang menyebabkan memutus mata rantai penularan kuman TB MDR menjadi hal yang sulit dilakukan.

Menurut Notoatmodjo (2010) terdapat 3 komponen dalam pembentukan perilaku yaitu: pengetahuan, sikap dan tindakan yang akan

mempengaruhi seseorang dalam menyikapi masalah yang dialaminya. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sugiarto dkk (2018) 92,5% responden masih memiliki pengetahuan rendah dalam pencegahan penularan TB MDR. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pangestika (2019) semakin rendah pengetahuan pasien tentang bahaya penyakit TB MDR untuk dirinya, keluarga dan masyarakat, maka semakin besar bahaya pasien untuk menularkan penyakitnya terhadap orang-orang disekitarnya. Demikian juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Lange et al., (2018) yang menyatakan penularan TB paru 2-5 kali lebih besar pada pasien yang mempunyai pengetahuan yang rendah. Selain dari pengetahuan, sikap pasien juga mempengaruhi terhadap penularan TB MDR.

Sikap merupakan kesiapan seseorang untuk bertindak atau bereaksi terhadap keadaan yang dirasakan baik disukai maupun tidak disukai (Jain, 2014). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sormin & Amperaningsih (2016) sebanyak 56,70% responden yang memiliki sikap negatif cenderung

meninggalkan treatment pengobatan secara sepihak dan lebih memilih melakukan pengobatan alternatif. Penelitian yang dilakukan oleh Wardani (2015) memaparkan bahwa sebanyak 53,8% responden mengatakan tidak siap menjalankan pengobatan TB MDR selama 21 bulan. Sebanyak 45% pasien masih beranggapan bahwa penyakit TB merupakan penyakit keturunan sehingga muncul sikap yang acuh dan tidak peduli terhadap akibat yang ditimbulkan oleh penyakit TB paru (Gilbert, Sawyer, & McNeill, 2010). Apabila ini dibiarkan, maka dampak yang akan muncul jika pasien memiliki perilaku buruk adalah penularan semakin meluas angka kejadian resisten semakin meningkat. Upaya yang harus dilakukan oleh perawat atau tenaga kesehatan untuk mengatasi masalah ini adalah dengan memberikan pendidikan kesehatan.

Menurut Haqiqi Ilham dkk (2019), Pendidikan kesehatan merupakan bagian dari asuhan keperawatan, dimana tenaga kesehatan bertugas untuk menyampaikan informasi edukasi secara adekuat. Pendidikan kesehatan adalah usaha yang dilakukan untuk memberikan pengetahuan sebagai dasar

perubahan sikap dan perilaku yang dapat meningkatkan status kesehatan individu, keluarga dan kelompok maupun masyarakat melalui aktivitas belajar. Pendidikan kesehatan diharapkan dapat membantu tercapainya program pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan (Widyanto, 2014). Hasil penelitian sebelumnya yang telah dijabarkan bahwa perilaku penderita TB atau TB MDR sangat mempengaruhi proses pengobatan. Untuk mengatasi perilaku pencegahan penularan TB MDR dibutuhkan intervensi keperawatan yang tepat salah satunya adalah pendidikan kesehatan. (Maghfiroh, Antonius, & Ema , 2017).

Pendidikan kesehatan dapat disampaikan melalui media edukasi karena media tersebut mempermudah menerima pesan- pesan kesehatan bagi masyarakat dan penderita (Nagaraj et al., 2019). Banyak media edukasi yang dapat digunakan baik secara elektronik maupun non elektronik, salah satu media yang sering digunakan karena bersifat menarik,

tidak bosan dan lebih hidup adalah media audio visual (Wieland et al., 2013).

Salah satu media yang digunakan oleh peneliti dalam memberikan pendidikan kesehatan adalah dengan menggunakan media elektronik yaitu audio visual Penelitian Pangestika et al (2019) mengatakan bahwa audio visual akan lebih menarik, tidak membosankan, gambar yang dilihat lebih hidup sehingga orang menjadi tertarik untuk menonton (melihat) dan mendengarkan sehingga menambah pengetahuan seseorang lebih baik. Penelitian selanjutnya yang sejalan dilakukan oleh Dewi (2019) yang menyabarkan *Audio Visual* lebih efektif untuk mengubah sikap dan prilaku seseorang, karena informasi yang disampaikan melalui indra penglihatan dapat diserap otak sebesar 75%-87% dan selebihnya adalah indra yang lainnya.

Penelitian yang dilakukan (Buang, Rahmalia, & Arneliwati, 2015) terdapat peningkatan prilaku pencegahan penulatan TB sesudah dilakukan penyuluhan dengan media audio visual. Hasil penelitian yang dilakukan Simamora, (2017)

mengatakan media audio visual lebih menarik dibanding dengan media cetak. Dalam penelitian Ili et al., (2019) Sebelum diberikan pendidikan kesehatan pencegahan penularan pada pasien TB dimana domain pengetahuan sebanyak 64%, sikap 18% dan tindakan 57%, setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan media audio visual didapatkan peningkatan perilaku pencegahan penularan TB paru pada domain pengetahuan 89%, sikap 92% dan tindakan sebanyak 80%.

Dari penjabaran beberapa penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku penderita TB MDR sangat mempengaruhi keberhasilan pengobatan dan setiap orang berperan dalam proses pengobatan tersebut, baik petugas kesehatan maupun penderita TB MDR dan diharapkan kerja sama yang baik untuk mencapai keberhasilan pengobatan yang sesuai dengan target yang telah ditentukan.

RSUP DR. M. Djamil Padang merupakan salah satu Rumah Sakit rujukan yang menyelenggarakan pengobatan TB MDR di Kota Padang. Berdasarkan data Rekam Medis jumlah penderita TB MDR pada tahun

2017-2018 sebanyak 32 orang, pada tahun 2019 sebanyak 58 orang (Rekam Medis RSUP DR. M. Djamil Padang, 2019).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan februari 2019 di poli TB MDR RSUP DR M Djamil Padang, hasil wawancara dari satu orang perawat yang dinas di poli TB MDR mengatakan belum pernah dilakukan pendidikan kesehatan berkelanjutan kepada pasien TB MDR, hanya sebatas TB secara umum saja, apa bila pasien yang sudah menunjukkan hasil labornya positif TB, pasien langsung di berikan edukasi satu kali itu saja seperti lama pengobatan dan minum obat harus rutin. dan pasien diberikan buku KIE (komunikasi, Informasi dan Edukasi). Khususnya untuk pasien TB MDR diberikan edukasi oleh perawat hanya dalam bentuk lisan saja. Dari hasil wawancara terhadap lima orang penderita TB MDR, lima orang penderita TB MDR mengatakan pernah dijelaskan sedikit oleh perawat lama pengobatan TB MDR dan harus minum obat ke puskesmas. Empat orang penderita TB MDR tidak tahu kalau putus obat TB akan menjadi TB kebal obat, dan

tiga orang TB MDR mengatakan penyebab TB MDR karena batuk lama.

Lima orang penderita TB MDR tidak tahu kalau tidur sekamar dengan orang yang TB MDR akan menjadi TB MDR. Empat dari lima penderita mengatakan jarang memakai masker dirumah, tidak menutup mulut saat bersin dan batuk, jarang jemur kasur, 3 dari 5 penderita TB MDR mengakui masih tidur sekamar dengan anggota keluarga lainnya. Berdasarkan hasil latar belakang dan survey awal yang sudah peneliti jelaskan di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian “Pengaruh Edukasi dengan audio visual Terhadap Perilaku Penegahan Penularan pada pasien TB MDR di RSUP DR.M.Djamil Padang. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2014), Tuberkulosis Multidrug-Resisten (TB MDR) adalah keadaan dimana kuman *Mycobacterium Tuberculosis* sudah kebal atau resisten paling sedikit terhadap dua obat anti tuberkulosis (OAT), yaitu Rifampisin dan Isoniazid. Penyebab terbesar terjadinya resisten obat adalah ketidak patuhan pasien dalam menjalani pengobatan, kurangnya pendidikan kesehatan, Pasien cenderung

mengalami putus obat (*Drop Out*) pada fase intensif sehingga terjadilah kasus TB MDR. Ini disebabkan perilaku yang buruk karena kurangnya pengetahuan, sikap serta tindakan yang salah sehingga mempengaruhi kemampuan dalam mengatasi penyebaran dan proses pengobatan TB (WHO, 2018).

Salah satu strategi kompensasi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ini adalah salah satunya oleh perawat sebagai tenaga kesehatan dengan memberikan pendidikan kesehatan secara adekuat terhadap penderita TB MDR. Hal-hal yang perlu diperhatikan peneliti dalam pendidikan kesehatan adalah metode dan media yang digunakan pada saat penelitian .Hasil yang diharapkan dari pendidikan kesehatan adalah untuk memperoleh pengetahuan dan pemahaman pentingnya kesehatan untuk tercapainya perilaku kesehatan. Serta dapat meningkatkan derajat kesehatan fisik, mental dan sosial, sehingga produktif secara ekonomi maupun sosial (Syafurudin, 2015). Dari fenomena dan keadaan tersebut peneliti akan mencoba menjawab pertanyaan penelitian “Apakah ada pengaruh pendidikan

kesehatan dengan audio visual terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan pencegahan penularan pada pasien TB- MDR di RSUP DR.M.Djamil Padang ?

Tuberkulosis Multidrug Resisten (TB MDR) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* (M.TB) yang meyerang paru ditandai dengan batuk berdarah, sesak nafas, penurunan berat badan, keringat malam dan demam (Kemenkes, 2013). *World Health Organization* (WHO) menjelaskan TB MDR harus melakukan pengobatan selama 18-21 bulan, TB MDR terjadi pada penderita TB yang tidak tuntas dalam menjalani pengobatannya dan dapat juga terjadi karena tertular langsung dari penderita TB MDR sebelumnya (WHO, 2019).

Secara umum tenaga kesehatan bertugas dalam memberikan pendidikan kesehatan secara adekuat, dalam program pencegahan penularan pada pasien TB MDR, seperti menutup mulut saat batuk, buang dahak di tempat yang sudah disediakan, membuka ventilasi udara, tidur di kamar terpisah dengan keluarga dan memberikan penyuluhan kesehatan dalam

pengawasan minum obat, baik dari pasien sendiri, keluarga mau pun masyarakat Kemenkes RI, (2018).

Banyak faktor yang mempengaruhi seseorang bahwa pendidikan kesehatan dalam pencegahan penularan TB MDR sangat diperlukan. Namun dalam beberapa kasus masih ada juga sebahagian pasien tidak mengetahui bagaimana cara pencegahan penularan TB MDR

BAB II

KONSEP TUBERKULUSIS

A. Konsep TB MDR

1. Pengertian Tuberculosis Multidrug Resistant (TB MDR)

Tuberculosis Multidrug-Resistant (TB MDR) merupakan penyakit paru yang disebabkan oleh kuman bakteri *Mycobacterium tuberculosis* (M.TB) yang sudah resisten atau kebal terhadap beberapa obat anti TB (OAT). Adapun OAT yang resisten bagi kuman tersebut adalah Isoniazid (INH) dan Rifampisin (RIF). Penyakit ini juga merupakan salah satu penyebab angka mortalitas tinggi di dunia (Governor Edmud G Brown Jr, Diana S Dooley, 2016).

TB-MDR merupakan masalah kesehatan TB yang kumannya kebal terhadap OAT seperti Isoniazid (INH) dan Rifampisin (RIF) yang sudah diperiksa dan diuji resistensinya melalui pemeriksaan laboratorium yang terstandar (Carolia & Mardhiyyah, 2016).

Secara umum resisten obat anti TB dibagi menjadi 2 tahap yaitu:

- a. Resistensi primer adalah dimana pasien belum pernah mendapat pengobatan OAT atau telah mendapatkan pengobatan OAT kurang dari sebulan

- b. Resisten inisial adalah kita tidak tahu apakah pasien sudah pernah mempunyai riwayat pengobatan OAT sebelum atau tidak
- c. Resisten sekunder adalah pasien sudah pernah mendapat OAT lebih dari 1 bulan (Acharya, D'Souza, & Sahoo, 2017).

2. Kategori resisten terhadap obat anti tuberkulosis (OAT)

Kategori resisten terhadap obat anti tuberkulosis (OAT) secara umum dibagi menjadi (Kemenkes RI, 2018).

- a. Monoresisten : kebal terhadap satu OAT, contohnya Isoniazide
- b. Polyresistan : kebal terhadap lebih dari satu OAT, selain dari kombinasi Rifampisin dan Isoniazide contohnya Isoniazide (H) dan Ethambutol
- c. Multidrug Resisten : kebal terhadap Isoniazide (H) dan Rifampisin (R), dengan atau tanpa OAT lini pertama contohnya Isoniazide, Rifampisin dan ethambutol.
- d. Extensive drug-resistant (TB-XDR) yaitu TB MDR

yang kebal terhadap salah satu golongan fluoroquinolon, salah satu obat injeksi OAT lini kedua (Kapreomisin, Kanamisin, dan amikasin)

- e. Total drug-resistance : kebal terhadap OAT lini pertama atau kedua, pada kondisi ini tidak ada lagi obat yang bisa dipakai.

3. Penyebab Terjadinya TB MDR

Penyebab terjadinya TB MDR dapat dicurigai pada proses pengobatan TB sebelumnya pada pasien seperti pengecekan kultur yang tidak teratur selama 3 bulan pertama saat menjalankan terapi TB, proses pengobatan tidak berjalan lancar sesuai dengan target yang ditentukan hanya terdapat sebagian kesembuhan klien bahkan tidak ada sama sekali kesembuhan sama sekali, memburuknya gejala yang dirasakan klien, konsumsi obat pada klien TB tidak teratur, terputus bahkan tidak patuh dalam proses pengobatan, pengawasan pengobatan TB yang kurang baik, kambuhnya penyakit TB yang telah dinyatakan sembuh sebelumnya, pemberian obat TB yang tidak tepat seperti terlalu sedikit obat yang diberikan serta

dosis yang tidak tepat yang diberikan pada klien (Governor Edmund G Brown Jr, Diana S Dooley, 2016).

Selain proses dalam pengobatan TB terdapat klien yang tidak mempunyai riwayat TB sebelumnya mengalami TB-MDR yang disebabkan oleh individu yang sehat terpapar dengan klien TB-MDR selain itu terpajan dengan klien yang melakukan pengobatan TB paru berulang serta pengobatan klien jangka panjang atau proses pengobatan yang tertunda pada klien TB paru, berdomisili, berkunjung serta bekerja di daerah dengan tinggi prevalensi TB paru yang resistan terhadap obat (Governor Edmund G Brown Jr, Diana S Dooley, 2016).

Dari uraian sebelumnya dapat kita tarik satu kesimpulan penyebab kesehatan TB MDR ini diawali dengan manajemen proses pengobatan yang kurang adekuat pada klien dengan masalah TB dan klien yang mengalami gangguan kesehatan TB yang tidak patuh dalam proses penobatannya. Selanjutnya individu yang sehat akan sangat berisiko mengalami masalah kesehatan TB- MDR ini dikarenakan kontak dengan klien TB-MDR pada jangka waktu yang lama

atau beberapa waktu saja tergantung pada sistem imunitas yang dimilikinya.

Pengobatan TB MDR terdiri dari 2 tahap, yaitu tahap awal dan tahap lanjut. **Tahap awal:** diberikan obat minum setiap hari dan obat suntikan 5 hari dalam seminggu minimal 6 atau 4 bulan setelah dahak negatif di cek selama 2 bulan berturut-turut. **Tahap lanjut** :diberikan obat minum 6 hari dalam seminggu tanpa adanya suntikan dan sebaiknya di konsumsi pada jam yang sama. Lama proses pengobatannya 18 sampai 24 bulan. Penderita rutin dan patuh dalam proses pengobatan yang disarankan oleh petugas kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Pada proses pengobatan penderita tetap dapat beraktivitas seperti biasa dengan memperhatikan prinsip penularan, apabila merasakan efek samping serta efek samping tersebut mengganggu, penderita segera berkonsultasi dengan petugas kesehatan tempat penderita menjalankan proses pengobatan, selanjutnya penderita tidak disarankan mengonsumsi obat tradisional hanya tetap meminum obat TB MDR,

apabila meminum obat suplemen(Kementerian Kesehatan RI, 2015).

1. Cara Penularan TB MDR

Penularan masalah kesehatan TB paru yang paling umum melalui paru melalui percikkan droplet atau dahak yang mengandung *mycobacterium tuberculosis* dari klien yang mengalami TB-MDR, seseorang yang kena TB- MDR biasanya dikarenakan daya tahan tubuh yang lemah seperti gizi buruk, penyakit yang melemahkan system imun tubuh seperti HIV. Selanjutnya gejala yang bisa ditimbulkan batuk berdahak 2 – 3 minggu atau lebih (Kementrian Kesehatan RI, 2018).Droplet klien TB yang masuk ke dalam saluran pernafasan mengandung satu hingga tiga basil yang lolos pada sistem pertahanan pernafasan bagian atas yang memasuki ke lobus paru bagian atas, ketika bakteri tersebut berkembang biak akan terjadi respons peradangan lokal, dan adanya sel-sel fagosit akan menahan basil kuman bakteri tuberculosis dan mencegah M.Tbberkembang biak, akan tetapi beberapa basil berhasil memasuki sistem

limpa untuk merangsang respons imun (LeMone, Priscilla, Burke, Karen M, Bauldoff, Gerene, Gubrud, 2015).

Selanjutnya LeMone, Priscilla, Burke, Karen M, Bauldoff, Gerene, Gubrud (2015) menjelaskan apabila sistem pertahanan tubuh baik maka jaringan paru akan berkembang pada paru dan basil tetap dienkapsulasi, lesi akan terlihat pada *photo rontgen*. Apabila imunitas melemah maka masalah kesehatan TB- MDR akan berkembang sehingga akan menyebabkan kerusakan luas pada jaringan paru dan tidak berkemungkinan akan menginfeksi organ lain karena masuknya kuman M.Tb melalui peredaran darah.

2. Cara penanganan efek samping OAT dan Penanganannya

Pemantauan terjadinya efek samping sangat penting pada pengobatan pasien MDR-TB, karena dalam paduan OAT MDR terdapat OAT lini kedua yang memiliki efek samping yang lebih banyak dibandingkan dengan OAT lini pertama Kemenkes