

## **II. TINJAUAN PUSTAKA**

### **A. Tuberkulosis**

#### **1. Pengertian Tuberkulosis**

Menurut Sulianti (2004) *Tuberculosis* adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman Tuberkulosis *Mycobacterium tuberculosis*. Sebagian besar kuman ini menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Kuman ini berbentuk batang yang mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam pada pewarnaan, oleh karena itu disebut pula sebagai Basil Tahan Asam (BTA). Kuman ini 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.

#### **2. Penyebab Tuberkulosis**

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*). Selain *Mycobacterium tuberculosis*, juga

terdapat *Mycobacterium bovis* dan *Mycobacterium africanum* tetapi keduanya jarang menyebabkan penyakit pada manusia.

### **3. Penularan Tuberkulosis**

Penularan TB terjadi melalui udara dengan sumber penularan yaitu penderita TB BTA positif (Depkes, 2010). Pada saat penderita TB aktif batuk, berbicara atau bersin maka ribuan kuman *M. Tuberculosis* menyebar dalam bentuk percikan (*droplet*). *Droplet* yang mengandung kuman dapat bertahan di udara selama beberapa jam dan dapat menginfeksi orang lain. Seseorang dapat terpapar dengan TB hanya dengan menghirup sejumlah kecil kuman TB. Penderita TB BTA positif dapat menularkan kepada 10-15 orang lain setiap tahunnya, dan sepertiga dari jumlah penduduk dunia sudah tertular dengan kuman TB.

Seseorang yang tertular dengan kuman TB belum tentu menjadi sakit TB. Kuman TB dapat menjadi tidak aktif (*dormant*) selama bertahun-tahun. Bila sistem kekebalan tubuh seseorang menurun, kemungkinan menjadi sakit TB menjadi lebih besar (Depkes, 2010).

### **4. Tanda dan Gejala Tuberkulosis**

Keluhan yang dirasakan pasien TB Paru dapat bermacam-macam atau banyak pasien ditemukan TB Paru tanpa keluhan sama sekali. Gambaran secara klinis tidak terlalu khas terutama pada kasus baru, sehingga cukup sulit untuk menegakkan diagnosis secara klinis

(Alsagaff, 2010 ). Gejala klinis TB paru dapat berupa gejala sistemik dan gejala respiratorik. Gejala sistemik antara lain :

- a. Demam yang disertai dengan berkeringat terutama pada waktu sore dan malam hari
- b. Malaise
- c. Lemah
- d. Lesu
- e. Nafsu makan berkurang
- f. Berat badan menurun.

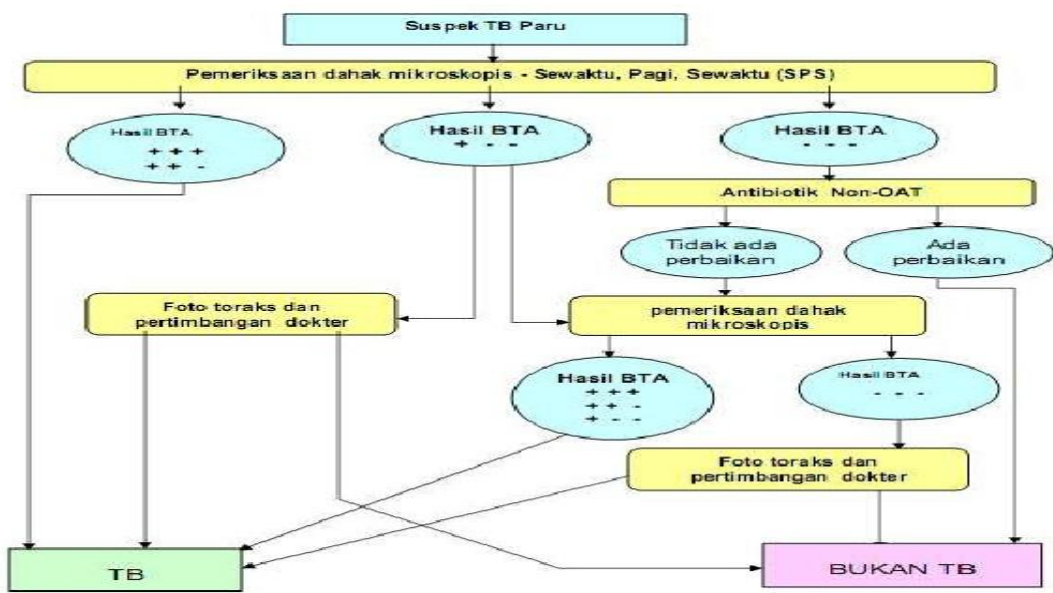
Gejala respiratorik yaitu :

- a. Batuk berdahak yang berlangsung terus-menerus selama tiga minggu atau lebih
- b. Batuk produktif dengan sputum bersifat mukoid atau *purulent*
- c. Batuk darah akibat pecahnya pembuluh darah
- d. Sesak napas jika kerusakan sudah meluas
- e. Nyeri dada jika pleura sudah terkena (Depkes, 2011).

## **5. Diagnosis Tuberkulosis**

Diagnosis TB paru dapat ditegakkan berdasarkan pemeriksaan bakteriologis dan radiografi. Diagnosis pasti TB dapat ditegakkan melalui pemeriksaan kultur bakteri atau biakan sputum, tetapi pemeriksaan tersebut memerlukan fasilitas laboratorium khusus dan ahli (Mitchison, 2005).

Menurut program penanggulangan TB nasional, diagnosis TB paru ditegakkan melalui pemeriksaan sputum secara mikroskopis. Pemeriksaan tiga spesimen sputum sewaktu-pagi-sewaktu (SPS) secara mikroskopis hasilnya identik dengan pemeriksaan sputum secara kultur atau biakan. Hasil pemeriksaan dinyatakan BTA positif apabila sedikitnya dua dari tiga spesimen sputum yang diperiksa diperoleh hasil positif atau hanya satu spesimen BTA positif dengan hasil foto *rontgen* sesuai gambaran TB aktif. Jika ketiga spesimen BTA negatif tetapi foto *rontgen* sesuai gambaran TB maka diagnosis ditegakkan sebagai BTA negatif *rontgen* positif. Apabila hanya satu spesimen yang positif dengan gejala yang mendukung maka harus dilakukan pemeriksaan ulang. Jika hasil tetap satu spesimen yang positif atau negatif tetapi gejala mendukung TB maka penderita diberikan antibiotik spektrum luas selama dua minggu, dan jika setelah pengobatan gejala hilang maka penderita bukan TB paru, tetapi jika gejala tidak hilang maka perlu dilakukan kembali pemeriksaan sputum (Depkes, 2010).



Gambar 3. Alur diagnosis pasien tuberkulosis (Depkes, 2010)

Menurut Alsagaff (2010), pemeriksaan yang perlu dilakukan untuk memberikan diagnosa yang tepat antara lain :

1) Anamnesis baik terhadap pasien maupun keluarganya.

Identifikasi keluhan seperti batuk, batuk berdarah, sesak nafas, nyeri dada dan nafas berbunyi yang berlangsung lama.

2) Pemeriksaan fisik secara langsung.

Pemeriksaan pertama terhadap keadaan umum pasien dengan penemuan konjungtiva pucat atau kulit yang pucat karena anemia, badan kurus atau berat badan menurun. Kelainan paru pada umumnya terjadi di daerah lobus superior terutama daerah apeks dan segmen posterior, serta daerah apeks lobus inferior. Pada perkusi didapatkan perkusi yang redup dan auskultasi suara nafas bronchial (Amin dan Bahar dalam Buku Ajar IPD jilid III, 2009)

3) Pemeriksaan laboratorium

Bahan pemeriksaan adalah dahak pasien. Cara pengambilan dahak 3 kali (SPS) :

- a. Sewaktu / spot (dahak waktu saat kunjungan)
- b. Pagi (keesokan harinya)
- c. Sewaktu / spot (pada saat mengantarkan dahak pagi)

Interpretasi hasil pemeriksaan dahak dari 3 kali pemeriksaan :

- a. 3 kali positif atau 2 kali positif, 1 kali negatif artinya BTA positif
- b. 1 kali positif, 2 kali negatif artinya ulang BTA 3 kali, kemudian bila 1 kali positif, 2 kali negatif artinya BTA positif.
- c. Bila 3 kali negatif, artinya BTA negatif

#### 4) Rontgen dada

Sesuai dengan gambaran tuberkulosis paru. Lokasi lesi tuberkulosis umumnya di daerah apeks paru, tetapi bisa juga mengenai lobus bawah (inferior). Pada awal penyakit, lesi merupakan sarang-sarang pneumonia, gambaran radiologis berupa bercak-bercak seperti awan dan dengan batas tidak tegas. Pada kavitas bayangannya berupa cincin yang mula-mula berdinding tipis. Dalam waktu lama, dinding akan menjadi sklerotik dan terlihat menebal. Bila terdapat fibrosis terlihat bayangan yang bergaris-garis (Amin dan Bahar dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III, 2009).

Kriteria berdasarkan WHO,1991 :

##### 1) Pasien dengan sputum BTA positif :

- a. Pasien pada pemeriksaan sputumnya secara mikroskopis ditemukan BTA, sekurang-kurangnya pada 2 kali pemeriksaan
- b. Satu sediaan sputum nya positif disertai kelainan radiologis yang sesuai dengan gambaran TB aktif
- c. Satu sediaan sputumnya positif disertai biakan positif

##### 2) Pasien dengan sputum BTA negatif :

- a. Pasien pada pemeriksaan sputumnya secara mikroskopis tidak ditemukan BTA sedikitnya pada 2 kali pemeriksaan tetapi gambaran radiologis sesuai dengan gambaran TB aktif
- b. Pasien yang pada pemeriksaan sputumnya secara mikroskopis tidak ditemukan BTA sama sekali

## 6. Klasifikasi Tuberkulosis

Klasifikasi Tuberkulosis dibagi menjadi :

a. TB Paru

Tuberkulosis yang menyerang jaringan paru, tidak termasuk *pleura* (selaput paru).

Pada TB Paru dilakukan pemeriksaan dahak untuk mengetahui BTA positif atau BTA negatif

b. TB Ekstra Paru

Tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung, kelenjar limfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kemih, alat kelamin, dan lain-lain. Pada TB Ekstra Paru, ada yang derajat ringan dan derajat berat.

Berdasarkan tipe penderita, klasifikasi TB Paru dibagi menjadi: (1) Kasus baru, yaitu subyek yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan atau empat 4 minggu; (2) Kasus kambuh yaitu subyek yang pernah mendapat pengobatan TB dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, tetapi didiagnosis kembali dengan BTA positif; (3) Kasus setelah putus berobat yaitu subyek yang telah berobat dan putus berobat dua bulan atau lebih dengan BTA positif; (4) Kasus gagal yaitu subyek yang hasil pemeriksaan sputum tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan; (5) Kasus pindahan yaitu subyek yang dipindahkan dari unit pelayanan kesehatan TB lain untuk melanjutkan

pengobatannya; (6) Kasus lain yaitu semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan di atas, termasuk kasus kronik (Depkes, 2007).

## **7. Pengobatan Tuberkulosis Paru**

Tujuan pengobatan TB adalah menyembuhkan penderita untuk mencegah kematian dan kekambuhan, menjadikan penderita tidak infeksius sehingga dapat memutuskan penyebaran atau penularan TB dan mencegah resistensi kuman terhadap OAT (WHO 2009). Obat anti tuberkulosis dibagi menjadi OAT lini pertama dan kedua. Obat yang termasuk OAT lini pertama yaitu INH (H), rifampisin (R), etambutol (E), streptomisin (S), dan pirazinamid (Z). Keberhasilan terapi penderita TB dengan menggunakan OAT tersebut akan berhasil pada TB yang tidak mengalami resistensi obat dalam waktu pengobatan enam bulan. Jika terjadi kasus TB yang resisten terhadap OAT lini pertama maka digunakan OAT lini kedua yaitu moksifoksasin atau gatifloksasin, ethionamid, asam aminosalisilat, sikloserin, amikasin, kanamisin, capreomisin, dan linezolid (Muchtar, 2006).

Pengobatan tuberkulosis dilakukan dengan prinsip-prinsip sebagai berikut :

1. OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan. Jangan gunakan OAT tunggal (monoterapi). Pemakaian OAT kombinasi dosis tetap (OAT-KDT, Obat Anti Tuberkulosis Kombinasi Dosis Tetap) lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan.
2. Untuk menjamin kepatuhan pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung oleh seorang pengawas menelan obat (PMO).



3. Pengobatan tuberkulosis diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap intensif dan lanjutan.

Pada program pengobatan TB nasional (Depkes, 2007) digunakan lima macam OAT yaitu INH, rifampisin, pirazinamid, streptomisin, dan etambutol.

**Tabel 1.** Obat Anti Tuberkulosis (OAT) (Depkes, 2007)

<b>Obat</b>	<b>Dosis harian (mg/kgbb/hari)</b>	<b>Dosis 2x/minggu (mg/kgbb/hari)</b>	<b>Dosis 3x/minggu (mg/kgbb/hari)</b>
<b>INH</b>	5-15 (maks 300 mg)	15-40 (maks. 900 mg)	15-40 (maks. 900 mg)
<b>Rifampisin</b>	10-20 (maks. 600 mg)	10-20 (maks. 600 mg)	15-20 (maks. 600 mg)
<b>Pirazinamid</b>	15-40 (maks. 2 g)	50-70 (maks. 4 g)	15-30 (maks. 3 g)
<b>Etambutol</b>	15-25 (maks. 2,5 g)	50 (maks. 2,5 g)	15-25 (maks2,5 g)
<b>Streptomisin</b>	15-40 (maks. 1 g)	25-40 (maks.1,5 g)	25-40 (maks1,5 g)

Pengobatan TB tahap intensif berlangsung selama dua bulan pertama pengobatan yaitu subyek harus memakan obat setiap hari dan diawasi secara langsung agar tidak terjadi resistensi terhadap OAT. Apabila pengobatan tahap intensif dilaksanakan dengan tepat maka penderita akan menjadi tidak menular dalam waktu dua minggu dan sebagian besar penderita TB BTA positif akan menjadi negatif dalam dua bulan pengobatan. Pengobatan TB tahap lanjutan berlangsung dalam jangka waktu yang lebih lama dengan jenis obat lebih sedikit dan bertujuan membunuh kuman *persisten* sehingga dapat mencegah terjadinya kekambuhan (Depkes, 2010).

Paduan OAT pada program penanggulangan TB nasional tersedia dalam bentuk paket yang bertujuan untuk memudahkan pemberian obat dan menjamin kelangsungan pengobatan sampai selesai. Paduan OAT di Indonesia terbagi dalam beberapa kategori berikut:

**Tabel 2.** Kategori Pengobatan TB Paru (Depkes, 2010).

<i>Katagori</i>	<i>Intensif</i>	<i>Lanjutan</i>	<i>Keterangan</i>
<i>I</i>	2HRZE	4H3R3	BTA (+) TB Extra Paru berat
<i>II</i>	HRZE	5H3R3E3	Pada penderita kambuh, gagal terapi, dan lalai minum obat.
<i>III</i>	2HRZ	4H3R3	BTA (+) Rontgen paru mendukung aktif.

## **B. Faktor-Faktor yang mempengaruhi Keberhasilan Pengobatan TB Paru**

Pada ahir pengobatan tahap intensif, pada penderita TB BTA positif dilakukan evaluasi keberhasilan terapi dengan pemeriksaan mikroskopis sputum. Apabila terjadi konversi BTA positif menjadi negatif maka pengobatan dapat diteruskan ke tahap lanjutan, sebaliknya jika tidak terjadi konversi maka perlu dilaksanakan pengobatan sisipan selama satu bulan (Depkes,2007).

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan terapi TB, antara lain : terdapat penyakit penyerta misalnya diabetes melitus, penyakit kronis, gangguan sistem imun, dan infeksi HIV. Menurut Masniari *et al* (2007), kegagalan konversi sputum dipengaruhi oleh faktor penyakit penyerta, kontinuitas pengobatan, komunikasi edukasi, dan PMO.

Sulitnya pengobatan TB Paru BTA positif menyebabkan banyak terjadi kegagalan pengobatan. Pengobatan tidak teratur, penggunaan obat anti tuberkulosis yang tidak adekuat ataupun pengobatan terputus menimbulkan kuman yang resisten terhadap obat anti tuberkulosis. Resistensi harus ditanggulangi agar tidak menimbulkan situasi yang lebih parah, sehingga dibutuhkan pengobatan yang efektif dan rasional agar pasien TB Paru sembuh dan insiden TB dapat diturunkan.

Menurut Nurkholifah (2009), banyak faktor yang dapat mempengaruhi kesembuhan dari pasien tuberkulosis. Pengetahuan penderita, komplikasi dengan penyakit lain, ada tidaknya PMO, kepatuhan berobat, sikap penderita terhadap kesembuhan, serta perilaku penderita berhubungan dengan kesembuhan pasien tuberkulosis paru.

Kepatuhan minum obat mempunyai resiko yang lebih tinggi untuk sembuh dan informasi yang didapat pasien mempunyai resiko yang lebih rendah untuk sembuh. Untuk meningkatkan kepatuhan minum obat, perlu dilakukan pemberian motivasi secara terus-menerus kepada pasien baik oleh petugas kesehatan maupun pengawas menelan obat dirumah agar pasien dapat minum obat secara teratur (Muarif, 2010).

Menurut Khairi(2010), ada faktor yang berhubungan dengan kesembuhan pasien tuberkulosis paru. Hasil penelitian diperoleh ada hubungan antara jarak ke puskesmas, tingkat pengetahuan, usia responden terhadap kepatuhan memeriksakan sputum guna mencapai kesembuhan pasien. Menurut hasil analisis regresi didapatkan hasil bahwa jarak rumah, tingkat pendidikan, lama pengobatan berhubungan dengan kepatuhan berobat pasien tuberkulosis paru untuk mencapai kesembuhan (Kharisma, 2010).

Meningkatnya jumlah kasus TB dan banyak yang tidak berhasil disembuhkan, terutama pada negara berkembang yang memiliki masalah TB yang besar termasuk Indonesia, maka pada tahun 1995 *WHO* merekomendasikan penggunaan program nasional penanggulangan TB melalui strategi *DOTS* di Indonesia. *DOTS* merupakan pengobatan TB jangka pendek dengan pengawasan secara langsung. Strategi ini sangat bermanfaat untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian, mencegah terjadinya resistensi obat, memberikan angka kesembuhan yang tinggi. Bank Dunia menyatakan *DOTS* merupakan strategi kesehatan yang paling *cost effective*, dengan strategi *DOTS*, manajemen penanggulangan TB di Indonesia ditekankan pada tingkat kabupaten/kota. Probabilitas kelangsungan hidup diketahui sama pada semua pasien TB tanpa memperhatikan jenis OAT yang dipakai (kategorisasi). Usia, berat badan awal, riwayat pengobatan sebelumnya, dan alkoholisme adalah faktor resiko untuk angka kematian yang tinggi (Depkes, 2008).

Strategi *DOTS* terdiri dari 5 komponen, yaitu : dukungan politik para pimpinan wilayah di setiap jenjang, mikroskop sebagai komponen utama untuk mendiagnosa TB melalui pemeriksaan sputum langsung pasien tersangka, PMO yang akan ikut mengawasi pasien

minum seluruh obatnya sehingga dapat dipastikan bahwa pasien benar – benar minum obat, pencatat dan pelaporan dengan baik dan benar sebagai bagian dari sistem surveillans penyakit, paduan OAT jangka pendek yang benar (Depkes, 2008).

### **C. Pengawas Menelan Obat (PMO)**

Pengawas Menelan Obat (PMO) adalah orang yang bertugas mengawasi pasien TB dalam minum OAT, agar pengobatan dapat berhasil. Hal yang mempengaruhi keberhasilan pengobatan TB adalah kinerja PMO. Kinerja PMO adalah hasil kerja yang dicapai oleh PMO melalui aktivitas kerja yang telah ditentukan menurut kriteria yang berlaku bagi pekerjaan tersebut. Kinerja PMO dipengaruhi beberapa variabel antara lain usia, jenis kelamin, pendidikan, keluarga, tingkat sosial, pengalaman, kemampuan, dan pengetahuan (Aditama, 2002).

Salah satu dari komponen DOTS adalah pengobatan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung. Untuk menjamin keteraturan pengobatan diperlukan seorang PMO.

#### **1. Persyaratan PMO**

- a. Seorang yang dikenal, dipercaya dan disetujui, baik oleh petugas kesehatan maupun penderita, selain itu harus disegani dan dihormati oleh penderita.
- b. Seorang yang tinggal dekat dengan penderita
- c. Bersedia membantu penderita dengan sukarela
- d. Bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama dengan penderita.

## **2. Siapa yang dapat menjadi PMO**

Sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan, misalnya Bidan di Desa, perawat, pekaya, sanitarian, dan lain-lain. Bila tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan, PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, atau tokoh masyarakat lain dan atau anggota keluarga (Depkes, 2010).

## **3. Tugas seorang PMO**

- a. Bersedia mendapat penjelasan di poliklinik
- b. Melakukan pengawasan terhadap pasien dalam hal minum obat
- c. Mengingatkan pasien untuk menjalankan pemeriksaan ulang dahak sesuai jadwal yang telah ditentukan
- d. Memberikan dorongan terhadap pasien untuk berobat secara teratur hingga selesai
- e. Mengenali efek samping ringan obat, dan menasehati pasien agar tetap mau menelan obat.
- f. Merujuk pasien bila efek samping semakin berat
- g. Melakukan kunjungan rumah.
- h. Memberikan penyuluhan pada anggota keluarga penderita TB yang mempunyai gejala-gejala tersangka TB untuk segera memeriksakan diri kepada petugas kesehatan (PDPI, 2007).

## **4. Informasi penting yang perlu dipahami PMO untuk disampaikan :**

- a. TBC bukan penyakit keturunan atau kutukan
- b. TBC dapat disembuhkan dengan pengobatan teratur

- c. Tatalaksana pengobatan penderita pada tahap intensif dan lanjutan
- d. Pentingnya berobat secara teratur, karena itu pengobatan perlu diawasi
- e. Efek samping obat dan tindakan yang harus dilakukan bila terjadi efek samping tersebut
- f. Cara penularan dan mencegah penularan.

#### **D. Hasil pengobatan dan Tindak lanjut**

Hasil pengobatan seorang penderita dapat dikategorikan sebagai sembuh, pengobatan lengkap, meninggal, pindah (transfer out), defaulter (lalai)/ DO dan gagal.

##### **1. Sembuh**

Penderita dinyatakan sembuh bila penderita telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap, dan pemeriksaan ulang dahak (*follow up*) paling sedikit 2 kali berturut-turut hasilnya negative (yaitu pada AP dan atau sebulan sebelum AP, dan pada satu pemeriksaan follow up sebelumnya).

##### **2. Pengobatan lengkap**

Penderita yang telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap tapi tidak ada hasil pemeriksaan dahak ulang 2 kali berturut-turut negatif. Tindak lanjut berupa pemberitahuan pada penderita apabila gejala muncul kembali supaya memeriksakan diri dengan mengikuti prosedur tetap.

### **3. Meninggal**

Penderita yang dalam masa pengobatan diketahui meninggal karena sebab apapun.

### **4. Pindah**

Penderita yang pindah berobat ke daerah Kabupaten / Kota lain. Tindak lanjut berupa penderita yang ingin pindah, dibuatkan surat pindah dan bersama sisa obat dikirim ke UPK yang baru. Hasil pengobatan penderita dikirim kembali ke UPK asal dengan formulir TB.01

### **5. *Defaulted atau drop out***

Penderita yang tidak mengambil obat 2 bulan berturut-turut atau lebih sebelum masa pengobatannya selesai. Tindak lanjut berupa melacak penderita tersebut dan beri penyuluhan pentingnya berobat secara teratur. Apabila penderita akan melanjutkan pengobatan, lakukan pemeriksaan dahak. Bila positif mulai pengobatan dengan kategori 2, bila negatif sisa pengobatan kategori 1 dilanjutkan.

### **6. Gagal**

- a. Penderita BTA positif yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau menjadi kembali positif pada satu bulan sebelum akhir pengobatan atau pada akhir pengobatan.
- b. Penderita BTA negatif yang hasil pemeriksaan dahaknya pada akhir bulan kedua menjadi positif. Tindak lanjut berupa memberikan pengobatan kategori 2 mulai dari awal.



## **E. Edukasi oleh Petugas Kesehatan**

Cara penyuluhan langsung perorangan lebih besar kemungkinan untuk berhasil dibandingkan dengan cara melalui media. Dalam penyuluhan langsung perorangan, unsur yang terpenting yang harus diperhatikan adalah membina hubungan yang baik antara petugas kesehatan (dokter, perawat,dll) dengan penderita. Penyuluhan ini dapat dilakukan di rumah, dipuskesmas, posyandu, dan lain-lain sesuai kesempatan yang ada. Supaya komunikasi dengan penderita bisa berhasil, petugas harus menggunakan bahasa yang sederhana yang dapat dimengerti oleh penderita. Gunakan istilah-istilah setempat yang sering dipakai masyarakat untuk penyakit TBC dan gejala-gejalanya. Supaya komunikasi berhasil baik, petugas kesehatan harus melayani penderita secara ramah dan bersahabat, penuh hormat dan simpati, mendengar keluhan-keluhan mereka, serta tunjukkan perhatian terhadap kesejahteraan dan kesembuhan mereka. Dengan demikian, penderita mau bertanya tentang hal-hal yang masih belum dimengerti (Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis, 2009) .

Penyuluhan langsung perorangan, dilakukan oleh petugas kesehatan yang menangani pasien tuberkulosis. Edukasi diberikan saat pertama kali pasien positif dinyatakan terkena tuberkulosis. Menurut buku pedoman penanggulangan tuberkulosis, edukasi dilakukan saat kunjungan pertama dan kedua pasien ke pelayanan kesehatan.

Kunjungan pertama :

1. Apa itu TBC
2. Riwayat pengobatan sebelumnya
3. Bagaimana cara pengobatan TBC
4. Pentingnya pengawasan langsung menelan obat
5. Bagaimana penularan TBC

Kunjungan berikutnya :

1. Cara menelan obat
2. Apakah terjadi efek samping obat anti tuberkulosis
3. Pentingnya dan jadwal pemeriksaan dahak ulang
4. Arti hasil pemeriksaan ulang dahak : negatif atau positif
5. Apa yang terjadi bila pengobatan tidak teratur atau tidak lengkap.