

# **PERAN PENGAWAS MENELAN OBAT (PMO) TERHADAP PENGOBATAN PENDERITA TUBERKULOSA DIWILAYAH KERJA UNIT PENGOBATAN PENYAKIT PARU-PARU (UP4) PONTIANAK**

**Bumbunan Sitorus<sup>1</sup>, Fatmawati<sup>2</sup>, Syf. Ema Rahmaniah<sup>3</sup>**

Program Studi Sosiologi  
Magister Ilmu Sosial Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik  
Universitas Tanjungpura Pontianak

## **ABSTRAK**

Peran dan motivasi PMO dan keluarga sangat penting untuk keberhasilan pengobatan penderita TB Paru. Peran Pengawas Makan Obat (PMO) adalah penting untuk melakukan pengawasan terhadap pasien dalam hal menelan obat, mengingatkan pasien untuk pemeriksaan ulang dahak sesuai dengan jadwal yang ditentukan, memberikan dorongan terhadap pasien untuk berobat secara teratur hingga selesai, menasehati pasien agar tetap mau menelan obat secara teratur hingga selesai. Tujuan dari penelitian ini menggambarkan peran PMO dan keluarga dalam pengobatan penderita TB paru di UP4 Pontianak tahun 2016 dan mengidentifikasi factor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan dan kegagalan pengobatan penderita TB paru tersebut. Hasil penelitian menunjukkan bahwa, masih kurangnya motivasi keluarga dan PMO dengan latar belakang pendidikan yang kurang, kondisi lingkungan sekitar yang kumuh dan kondisi sosial ekonomi atau pendapatan yang minim atau prasejahtera akan melemahkan motivasi keluarga dan PMO terhadap kesembuhan dan keberhasilan pengobatan pasien penderita TB paru yang tergambar dari ketidak patuhan makan obat secara teratur sampai selesai program yang mengakibatkan kegagalan pengobatan karena pasien menjadi kebal terhadap pengobatan dan resikonya berakhir dengan kematian. Adapun faktor faktor yang sangat berperan dalam motivasi keluarga dan PMO adalah faktor latar belakang keluarga dan PMO seperti pendidikan, kondisi lingkungan tempat tinggal, dan kondisi sosial ekonomi yaitu pekerjaan dan tingkat pendapatan.

*Kata Kunci : Peran, Keluarga, Pengawas, Makan, Obat, Motivasi, Pengobatan, Kepatuhan.*

---

<sup>1</sup> PNS

<sup>2</sup> Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Tanjungpura, Pontianak

<sup>3</sup> Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Tanjungpura, Pontianak

## A. PENDAHULUAN

### 1. Latar Belakang Masalah

Tuberkulosis selain mempengaruhi produktivitas kerja masyarakat, juga merupakan penyebab utama kematian sehingga menjadi masalah kesehatan dunia dimana WHO melaporkan bahwa setengah persen dari penduduk dunia terserang penyakit ini, sebagian besar berada di negara berkembang sekitar 75%, diantaranya di Indonesia dilaporkan setiap tahunnya diperkirakan ditemukan sebanyak 539.000 kasus baru TB positif dengan kematian sebesar 101.000 jiwa, oleh karena itu pada tahun 2009 WHO (*World Health Organization*) masih menempatkan Indonesia pada peringkat ketiga sedunia setelah China dan India. Sedangkan menurut laporan Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) yang dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan RI, memaparkan bahwa penyebab kematian karena infeksi masih didominasi oleh penyakit diare, tuberkulosis dan penyakit infeksi saluran pernafasan. Inilah yang menyebabkan upaya pemberantasan dan penanggulangan tuberkulosis menempati prioritas nasional maupun internasional. (Nizar, 2010).

Pengawas Menelan Obat (PMO) Salah satu komponen *Directly Observe Treatment Shortcourse* (DOTS) adalah pengobatan paduan Anti Obat Anti Tuberkulosa (OAT) jangka pendek dengan pengawasan langsung. Untuk menjamin keteraturan pengobatan diperlukan seorang PMO. Sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan, misalnya Bidan di Desa, Perawat, Pekarya, Sanitarian, Juru Immunisasi, dan lain lain.. Bila tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan, PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, anggota Persatuan Pemberantas Tuberkulosa Indonesia (PPTI), PKK, atau tokoh masyarakat lainnya atau anggota keluarganya. Tugas seorang PMO: Mengawasi pasien TB agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan. Memberikan dorongan kepada pasien agar mau berobat teratur. Mengingatkan pasien untuk periksa ulang dahak pada waktu yang telah ditentukan. Memberi penyuluhan pada anggota keluarga pasien TB yang mempunyai gejala-gejala mencurigakan TB untuk segera memeriksakan diri ke Unit Pelayanan Kesehatan. Tugas seorang PMO bukanlah untuk mengganti kewajiban pasien mengambil obat dari unit pelayanan. Adapun informasi penting yang perlu dipahami PMO untuk disampaikan kepada pasien dan keluarganya: Bahwa TB disebabkan kuman, bukan penyakit turunan atau kutukan. TB dapat disembuhkan dengan berobat teratur. Cara penularan TB, gejala gejala yang mencurigakan dan cara pencegahannya, dan cara pemberian pengobatan pasien (tahap intensif dan lanjutan). Pentingnya pengawasan supaya pasien berobat teratur. Kemungkinan terjadinya efek samping obat dan perlunya segera meminta pertolongan ke Unit Pelayanan Kesehatan (UPK)

Jumlah kasus penyakit tuberculosis (TB) paru BTA positif di Kalimantan Barat mencapai 5.629 kasus pada tahun 2013. Kepala Bidang Pengelola Penyakit dan Pendekatan Lingkungan Dinkes Kalbar, Honggo Simin menyatakan pada tahun 2013 sebanyak 5.629 kasus yang dikonfirmasi BTA positif dengan total ada 5.771 kasus. Berdasarkan jumlah tersebut yaitu sebanyak 5.629 dinyatakan TB paru BTA positif, sedangkan sisanya 142 kasus dinyatakan ekstra paru. Pada tahun 2014 jumlah kasus baru di Kalimantan Barat sebanyak 4.265 dan menduduki peringkat 7 terbanyak kasus TB. Hasil rekapitulasi profil kesehatan kabupaten/kota tahun 2016 didapat kasus TB Paru dengan BTA (+) sebanyak 3.925 kasus. Dari 3.778 penderita yang diobati, sebanyak 3.114 penderita diantaranya (82,42%) adalah penderita yang sembuh setelah diobati. Dengan demikian, angka

kesembuhan penderita TB Paru BTA + di Kalimantan Barat sudah melebihi dari target Indonesia pada tahun 2010 yaitu 80%. (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Adapun jumlah penderita TB Paru di Provinsi Kalimantan Barat Kota Pontianak berada pada urutan pertama sebanyak 323 orang. Pada urutan kedua Kabupaten Kubu Raya sebanyak 162 orang, Mempawah 25 orang, Landak 13 orang, Kapuas Hulu 5 orang, dan yang paling sedikit adalah Kabupaten Sintang hanya 1 orang. Kondisi ini memperlihatkan bahwa wilayah kerja Unit Pengobatan Penyakit Paru Paru (UP-4) Provinsi Kalimantan Barat menerima semua pasien yang berada di wilayah Kalimantan Barat untuk pemeriksaan sputum, dan ternyata didominasi Kota Pontianak dan Kabupaten wilayah Kota Madya merupakan daerah endemi TB paru yaitu pada tahun 2015. Setelah itu posisi kedua di dominasi oleh Kabupaten Kubu Raya. Posisi ketiga didominasi Kabupaten Mempawah dan urutan keempat ditempati Kabupaten Sambas. (Profil Unit Pengobatan Penyakit Paru Paru, 2016).

Berdasarkan fenomena yang telah dipaparkan di atas, penulis merasa tertarik untuk mengetahui peran keluarga sebagai Pengawas Menelan Obat (PMO) pada penderita TBC di Unit Pengobatan Penyakit Paru-Paru Provinsi Kalimantan Barat

## **2. Ruang lingkup Penelitian**

Ruang lingkup atau aspek-aspek yang dideskripsikan dalam penelitian ini adalah :

- a. Karakteristik Pasien dan PMO :
  - Latar belakang keluarga
  - Kondisi Lingkungan Sekitar
  - Kondisi Sosial Ekonomi
- b. Peran Pengawas Menelan Obat (PMO) :
  - Pengawasan terhadap pasien.
  - Peringatan terhadap pasien.
  - Motivasi terhadap pasien.
  - Nasihat terhadap pasien.

## **3. Perumusan Permasalahan**

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: Bagaimana Peran Keluarga Sebagai Pengawas Menelan Obat (PMO) Terhadap Penderita TB Paru Di Unit Pengobatan Penyakit Paru-Paru Provinsi Kalimantan Barat?

## **B. TINJAUAN PUSTAKA**

### **1. Konsep Peran Keluarga**

Posisi seseorang dalam masyarakat dimana pelaku yang diharapkan dari padanya tidak berdiri sendiri, melainkan selalu berada dalam kaitan dengan adanya orang lain yang berhubungan dengan orang atau aktor tersebut. Teori peran, (Sarwono, 2006). Teori peran dibagi dalam empat golongan istilah menurut Biddle dan Thomas, yaitu (a) Orang-orang yang mengambil bagian dalam interaksi sosial; (b) Perilaku yang muncul dalam interaksi tersebut; (c) Kedudukan orang-orang dalam perilaku; (d) Kaitan antara orang dan perilaku.

Orang yang sedang berperilaku menurut suatu peran tertentu disebut sebagai aktor atau pelaku, sedangkan orang yang mempunyai hubungan dengan aktor atau pelaku dan

perilakunya disebut sebagai target (sasaran) atau orang lain (*other*). Dengan demikian target berperan sebagai pasangan (*partner*) bagi aktor. Hal ini nampak misalnya pada hubungan ibu-anak, suami-istri atau kepala keluarga- anggota keluarga. Harapan tentang peran adalah harapan-harapan orang lain tentang perilaku yang pantas, yang seyogianya ditujukan oleh seseorang yang mempunyai peran tertentu. Contoh orang sebagai individu dalam kondisi sakit dan berpenyakit mempunyai harapan tertentu terhadap perilaku yang pantas dari orang yang ada disekitarnya.

Peran adalah seperangkat tingkat yang diharapkan dimiliki oleh orang yang berkedudukan dalam masyarakat (Kamus Besar Bahasa Indonesia).

Kedudukan atau Posisi ialah suatu tingkatan dalam suatu sistem pelapisan sosial yang diakui oleh masyarakat. Misalnya “pria dewasa”, menunjukkan suatu kategori dalam sistem penggolongan usia dan jenis kelamin. (Sarwono, 2006). Peran menurut Sarwono (2006) adalah suatu pola tingkah laku, kepercayaan, nilai, sikap, yang diharapkan oleh masyarakat muncul dan menandai sifat dan tindakan pemegang kedudukan. Jadi peran menggambarkan perilaku yang seharusnya diperlihatkan oleh individu pemegang peran tersebut dalam situasi yang umum.

Lebih lanjut dikemukakan bahwa karakteristik peran ini seringkali berbeda, tergantung dari budaya dan faktor-faktor sosial ekonomis lainnya. Oleh karena biasanya setiap individu/kelompok yang terlibat dalam interaksi dengan lebih dari satu kelompok maka masing-masing pun memiliki peran dan status berganda dan tidak jarang terjadi konflik peran dalam keadaan. Untuk mempertahankan eksistensinya sebagai makhluk sosial, manusia perlu berada bersama orang lain dan mengadakan interaksi sosial di dalam kelompoknya. Kelompok yang terkecil tetapi yang paling dekat dengan kehidupan individu ialah keluarga yang berupa keluarga batih (*nuclear family*) maupun keluarga luas (*extended family*) yang merupakan gabungan dari beberapa keluarga batih.

Menurut Teori-Teori Psikologi Sosial, agar kehidupan dikelompok dapat berjalan dengan baik dan lancar maka seringkali individu harus mengubah atau menyesuaikan keinginan pribadinya dengan norma dan tuntutan kelompok. Salah satu aspek yang turut menentukan perilaku individu yang bersifat pasif (tanpa tindakan) maupun bersifat aktif (melakukan tindakan). Menurut Dunbar dan Waszak (1990) yang dikutip Smet Bart dalam Psikologi Kesehatan (1994) dalam pengobatan, petugas kesehatan harus mengikutkan keluarga supaya pasien dapat berobat kontinu. Dukungan keluarga dan masyarakat mempunyai andil yang besar dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan penderita (Becker, 1989). Serafino (1990) mendefinisikan “kepatuhan (atau ketaatan) (*compliance* atau *adherence*) sebagai “... Tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau oleh yang lain...” *Compliance* menyiratkan adanya otoritas dari dokter dan si pasien melaksanakannya dengan terpaksa. Saat ini istilah “*adherence*” dianggap lebih memuaskan, karena konsep ini menyiratkan usaha sukarela oleh seseorang. (Rodin & Salovey, 1989). Meskipun demikian karena belum ada terjemahan yang tepat di Bahasa Indonesia, maka masih digunakan “ketaatan” baik untuk “*compliance*” maupun untuk “*adherence*”

Menurut Departemen Kesehatan RI (1998) keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Menurut *Joint Commission International* Edisi ke-4 (2011) Keluarga Pasien adalah orang-orang yang

berperan dalam kehidupan pasien. Orang-orang ini dapat saja tidak secara hukum memiliki hubungan famili dengan pasien. Orang ini sering disebut sebagai sosok pengganti pengambil keputusan apabila mempunyai wewenang untuk membuat keputusan perawatan untuk pasien jika pasien kehilangan kemampuan membuat keputusan. Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Peran dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar dan bersifat labil. Peran adalah bentuk perilaku yang diharapkan dari seseorang pada situasi sosial tertentu (Sarwono, 2002)

Peran keluarga yang dapat dilakukan dalam perawatan penderita tuberkulosis di rumah yaitu ; sebagai pengawas menelan obat (PMO), pengawas penampungan dahak, mengawasi dan membantu membersihkan alat-alat makan dan minum penderita serta menepati janji kontrol (Noviandi, 1999). Berdasarkan pengertian peran dan peranan diatas dapat disimpulkan bahwa peran adalah suatu tindakan atau aktivitas yang diharapkan oleh masyarakat atau pihak lain untuk dilakukan oleh seseorang sesuai dengan status yang mereka miliki sehingga peran atau peranan tersebut dapat dirasakan pengaruhnya dalam lingkup kehidupan.

## **2. Peran dan tugas seorang PMO**

Peran Seorang PMO pada penderita Tuberkulosis adalah:

1. Mengawasi penderita tuberkulosis agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatannya
2. Memberi dorongan kepada pasien agar mau berobat secara teratur
3. Mengingatkan pasien untuk periksa ulang dahak pada waktu yang telah ditentukan
4. Memberi penyuluhan pada anggota keluarga pasien tuberkulosis yang mempunyai gejala-gejala mencurigakan tuberkulosis untuk segera memeriksakan diri ke puskesmas atau unit pelayanan kesehatan lainnya (Informasi Dasar PMO TB, 2014).

Dukungan emosional keluarga/PMO pada penderita TB Paru sangat dibutuhkan karena tugas PMO adalah memberikan dorongan kepada penderita agar mau berobat secara teratur dan mengingatkan penderita untuk periksa ulang dahak pada waktu yang ditentukan. Dengan kinerja PMO yang baik, pasien lebih termotivasi untuk menjalani pengobatan dengan teratur (Doanita, 2011).

Tugas seorang PMO yaitu : 1. Menyiapkan dan mengingatkan pasien saat minum obat, 2. Memotivasi pasien saat merasa bosan mengkonsumsi obat setiap hari, 3. Mengingatkan saat jadwal pengambilan obat dan periksa sputum, 4. Memberitahu pasien hal yang harus dan tidak boleh dilakukan; seperti menggunakan masker saat di rumah maupun keluar dan harus menutup mulut saat batuk ( Erlinda et al, 2013).

Tugas PMO menurut Depkes RI (2009) adalah:

1. Mengawasi penderita TB agar minum obat secara teratur sampai selesai pengobatan.
2. Memberi dorongan kepada penderita TB agar mau berobat teratur.
3. Mengingatkan penderita TB untuk periksa ulang dahak pada waktu yang telah ditentukan.
4. Memberi penyuluhan pada anggota keluarga penderita TB yang mempunyai gejala-gejala yang mencurigakan untuk segera memeriksakan diri ke sarana pelayanan kesehatan.

Sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan, misalnya perawat, bidan desa, pekaya kesehatan, juru imunisasi, sanitarian, dan lain-lain. Bila tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan, PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, anggota PKK, dan tokoh masyarakat lainnya atau anggota keluarga (Depkes RI, 2009).

### **3. Konsep Tuberkulosis Paru**

Tuberkulosis Paru Merupakan penyakit menular yang di sebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis*. Bakteri ini berbentuk batang bersifat aerobik, Tahan Asam yang patogen. Basil tuberkel ini ukurannya lebih kecil daripada sel darah merah paru, cepat mati dengan sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab. Dalam jaringan tubuh kuman ini dapat dorman, tertidur lama selama beberapa tahun. Alsagaf (2006).

Tuberkulosis paru merupakan penyakit saluran pernapasan bagian bawah. Basil mikobakterium tersebut termasuk ke dalam jaringan paru melalui saluran pernapasan (*droplet infection*), selanjutnya menyebar, kemudian terbentuklah primer kompleks (*Ranke*) dinamakan Tuberkulosis Primer, yang dalam perjalanan lebih lanjut sebagian besar akan mengalami penyembuhan. (Budiarto, E, 2003)

#### **a. Cara Penularan Tuberkulosis**

Kita Mengetahui bahwa penyakit Tuberkulosis Paru di sebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis* yang daya tahannya luar biasa, dan bahwa infeksi terjadi melalui penderita tuberkulosis yang menular. Penderita Tuberkulosis yang menular adalah penderita dengan basil basil Tuberkulosis di dalam dahaknya, bila penderita mengadakan ekspirasi paksa berupa batuk, bersin, tertawa keras dan sebagainya, akan keluar percikan percikan dahak halus (*drop plet nuclei*), yang berukuran kurang dari 5 mikron dan yang akan melayang layang di udara, droplet nuklei ini mengandung basil Tuberkulosis. (DepKes, 2002).

Bilamana *droplet nuclei* hinggap di saluran pernapasan dan berhasil masuk sampai ke dalam alveolus ataupun menempel pada mukosa bronkeolus, droplet nuklei akan menetap dan basil basil tuberkulosis akan mendapat kesempatan untuk berkembang biak, maka akan terjadilah infeksi Tuberkulosis. (DepKes, 2002).

Faktor lain adalah cahaya matahari dan ventilasi. Basil Tuberkulosis tidak tahan terhadap matahari, kemungkinan penularan di bawah terik matahari sangat kecil. Ventilasi yang baik, mengakibatkan adanya adanya pertukaran udara dari dalam rumah dengan udara di luar, sehingga mengurangi bahaya penularan bagi penghuni lain yang serumah. Bahaya penularan terbesar terdapat di perumahan-perumahan yang berpenghuni padat dengan ventilasi yang jelek serta cahaya matahari kurang/tidak dapat masuk.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi transmisi ini, pertama adalah jumlah basil dan virulennya. Dapatlah dimengerti bahwa makin banyak basil di dahak seseorang penderita makin besarlah bahaya penularannya. (DepKes, 2002).

Sebagian orang yang terinfeksi belum tentu menjadi sakit, untuk sementara kuman tersebut dalam keadaan tertidur (*dormant*) dan keberadaannya diketahui dengan tes tuberkulin. Masa inkubasi diperkirakan sekitar 6 bulan atau beberapa tahun (DepKes, RI, 2001).

## **b. Riwayat terjadinya Tuberkulosis**

### **1) Tuberkulosis Paru Primer**

Penyakit TB paru primer adalah peradangan oleh basil TB, pada tubuh yang belum mempunyai reaksi spesifik terhadap basil TB tersebut (Amin, 2005). Menurut Depkes (2000) infeksi primer terjadi saat seseorang terpapar pertama kali oleh kuman TB yang terhirup sehingga dapat melewati system pertahanan paru dan terus berjalan sampai ke seluruh bagian paru dan menetap disana. Infeksi dimulai saat kuman TB berhasil berkembang biak dengan membelah diri di Paru, yang menyebabkan peradangan didalam paru dan hal ini disebut kompleks primer. Waktu terjadinya infeksi sampai kompleks primer adalah sekitar 4 - 6 minggu. Adanya infeksi dibuktikan dengan terjadinya perubahan reaksi tuberculin negatif menjadi positif.

### **2) Tuberkulosis Pasca Primer**

Biasanya terjadi setelah beberapa bulan atau tahun sesudah primer, misalnya karena daya tahan tubuh menurun, infeksi HIV/AIDS, status gizi buruk. Ciri khasnya adalah kerusakan paru yang luas. (Depkes, 2002). Sebagian besar basil *Mycobacterium tuberculosis* masuk kedalam jaringan paru melalui *airborne infection* dan selanjutnya mengalami proses yang terkenal sebagai focus primer. Pada stadium permulaan, setelah pembentukan focus primer, akan terjadi beberapa kemungkinan penyebaran: *bronkogen*, *limpogen*, dan *hematogen*. Keadaan ini hanya berlangsung beberapa saat. Penyebaran akan berhenti bila jumlah kuman yang masuk sedikit dan telah terbentuk daya tahan tubuh yang spesifik terhadap basil TB. Tetapi bila jumlah basil TB yang masuk kedalam saluran pernapasan cukup banyak, maka akan terjadi TB milier atau TB meningitis. Kelanjutan proses tersebut, dapat terjadi penyebaran infeksi primer sehingga terbentuklah suatu primer komplek. Infeksi primer ini dinamakan TB primer. Dalam perjalanan penyakit lebih lanjut sebagaimana besar penderita TB primer (90%) akan sembuh sendiri dan 10% akan mengalami penyebaran endogen (Alsagaf & Mukty, 2005).

Infeksi TB primer biasanya *self limited*, dan diikuti periode infeksi laten yang bervariasi lamanya infeksi TB primer umumnya berlangsung subklinis, sehingga seringkali tidak terdeteksi secara klinis. Infeksi TB tanpa sakit dalam pustaka sering disebut sebagai *laten tuberculosis infection* (LTBI). Sekali lagi perlu ditegaskan bahwa uji tuberculin positif hanya menunjukkan infeksi TB. Ada tidaknya penyakit TB aktif ditentukan dari ada tidaknya gejala klinis ditunjang dengan gambaran radiologi (Setyanto, 2005).

Penderita dengan infeksi TB tanpa sakit TB (LTBI) tidak menyebarkan kuman TB, karena tidak terinfeksius. Penderita baru infeksius bila infeksiusnya telah berkembang menjadi TB paru. Seseorang yang mengalami kontak dengan penderita TB paru dewasa, sekitar 5-10% akan mengalami infeksi TB primer. Dari semua penderita dengan infeksi TB primer sekitar 10% diantaranya akan berkembang menjadi penyakit TB primer. Resiko tertinggi berkembangnya infeksi TB menjadi penyakit TB, biasanya terjadi dalam 2 tahun pertama setelah infeksi (Setyanto, 2005). Infeksi paru *post primary (reinfection)* adalah peradangan jaringan paru akibat penularan ulang basil tuberculosis kedalam tubuh yang telah mempunyai kekebalan spesifik (Alsagaf dan Mukty, 2005). *Tuberkulosis post primary* biasanya terjadi setelah beberapa bulan atau tahun sesudah infeksi HIV atau status gizi yang buruk. Ciri khas dari tuberkulosis pasca primer adalah kerusakan paru yang luas (DepKes RI, 2011).

### 3) Faktor Resiko Tuberkulosis

Proses terjadinya infeksi disebabkan adanya interaksi antara agen atau faktor penyebab penyakit agen penyebab penyakit TB adalah kuman *M. Tuberculosis*, manusia sebagai penjamu atau host, dan faktor lingkungan yang mendukung. Proses interaksi dapat terjadi secara individu atau kelompok. Misalnya, proses terjadinya penyakit TB karena adanya mikobakterium tuberkulosa yang kontak dengan manusia sebagai penjamu yang rentan, daya tahan tubuh yang rendah dan perumahan yang tidak sehat sebagai faktor lingkungan yang menunjang (Budiartha, 2003). Faktor penjamu adalah keadaan manusia yang sedemikian rupa sehingga menjadi faktor resiko untuk terjadinya penyakit, antara lain :

1. Umur
2. Tingkat pendidikan
3. Keadaan Sosial Ekonomi
4. Status Gizi
5. Faktor Lingkungan
6. Jenis Kelamin

#### 4) Pengobatan

Menurut Depkes (2003) Tujuan pengobatan TB adalah untuk menyembuhkan penderita, mencegah kematian, mencegah kekambuhan dan menurunkan tingkat penularan. Salah satu komponen dalam DOTS adalah pengobatan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung dan untuk menjamin keteraturan pengobatan diperlukan seorang pengawas menelan obat (PMO) Pemberian panduan OAT di dasarkan pada klasifikasi TB. Pengobatan Tuberkulosis paru diberikan dalam 2 tahap, yaitu:

- a. Tahap Intensive Awal
- b. Tahap Lanjut

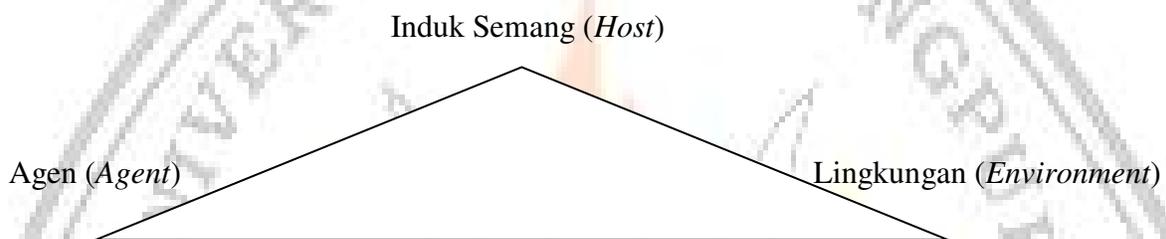
Di Indonesia diterapkan panduan OAT sesuai rekomendasi WHO (*World Health Organization*) dan IUAT-LD (*International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*) dengan jangka waktu 6 bulan. Tahap intensif Obat ini diberikan setiap hari selama 2 bulan. Kemudian diteruskan ke tahap lanjut diberikan 3 kali dalam seminggu selama 4 bulan. Kategori II ini diberikan kepada penderita kambuh (relaps) yaitu penderita tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap. Kemudian kembali berobat dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif (+), antara lain:

1. Penderita gagal (failure) yaitu penderita BTA positif (+) yang masih tetap positif (+) atau kembali menjadi positif (+) pada akhir bulan ke 5 atau lebih dan penderita BTA negatif (-), rontgen positif (+) yang menjadi BTA (+).
2. Penderita lalai (after default) yaitu penderita yang kembali berobat dengan hasil pemeriksaan dahak positif (+) setelah putus obat (drop out) 2 bulan atau lebih.
3. Penderita kambuh (relaps) yaitu penderita tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan TB dan telah dinyatakan sembuh, kemudian lagi berobat dengan hasil pemeriksaan dahak dengan BTA positif (+)

#### 5) Kerangka Teori Tuberkulosis Paru

Teori Gordon, mengemukakan bahwa timbulnya suatu penyakit sangat di pengaruhi oleh tiga faktor yaitu bibit penyakit (*agent*), penjamu (*host*), dan lingkungan (*environment*). Ketiga faktor penting ini disebut segi tiga epidemiologi (*Epidemiologi*)

*Triangle*), hubungan ketiga faktor tersebut digambarkan secara sederhana sebagai timbangan yaitu agent penyebab penyakit pada satu sisi dan penjamu pada sisi yang lain dengan lingkungan sebagai penumpunya. Bila agent penyebab penyakit dengan penjamu berada dalam keadaan seimbang, maka seseorang berada dalam keadaan sehat, perubahan keseimbangan akan menyebabkan seseorang sehat atau sakit, penurunan daya tahan tubuh akan menyebabkan bobot agent penyebab menjadi lebih berat sehingga seseorang menjadi sakit, demikian pula bila agent penyakit lebih banyak atau lebih ganas sedangkan faktor penjamu tetap, maka bobot agent penyebab menjadi lebih berat. Sebaliknya bila daya tahan tubuh seseorang baik atau meningkat maka ia dalam keadaan sehat. Apabila faktor lingkungan berubah menjadi cenderung menguntungkan agent penyebab penyakit, maka orang akan sakit, pada prakteknya seseorang menjadi sakit akibat pengaruh berbagai faktor berikut :



**Gambar 1. Segitiga Epidemiologi**

**Sumber : *Epidemiology an Introductory Text* (dalam Mukono, 2006)**

1. Agen (*Agent*)  
*Mycobacterium tuberculosis* menyebabkan sejumlah penyakit berat pada manusia dan penyebab terjadinya infeksi tersering pada paru. Masih terdapat *Mycobacterium* pathogen lainnya, misalnya *Mycobacterium* yang dianggap sebagai *Mycobacterium non tuberculosis* atau tidak dapat terklasifikasikan (Jhon Crofton et al, 2003).
2. Induk Semang (*Host*)  
 Manusia merupakan reservoir untuk penularan kuman *Mycobacterium tuberculosis*, kuman tuberkulosis menular melalui *droplet nuclei*. Seorang penderita tuberkulosis dapat menularkan pada 10-15 orang (Depkes RI, 2002) Tingkat penularan tuberkulosis di lingkungan keluarga penderita cukup tinggi, dimana seorang penderita rata-rata dapat menularkan kepada 2-3 orang di dalam rumahnya. Di dalam rumah dengan ventilasi baik, kuman ini dapat hilang terbawa angin dan akan lebih baik lagi jika ventilasi ruangnya menggunakan pembersih udara yang bisa menangkap kuman TB.
3. Lingkungan (*Environment*)  
 Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di luar diri host baik benda mati, benda hidup, nyata atau abstrak, seperti suasana yang terbentuk akibat interaksi semua elemen-elemen termasuk *host* yang lain. Lingkungan terdiri dari lingkungan fisik dan non fisik, lingkungan fisik terdiri dari; Keadaan geografis (dataran tinggi atau rendah, persawahan dan lain-lain), kelembaban udara, temperatur atau suhu, lingkungan tempat tinggal. Adapun lingkungan non fisik meliputi; sosial

(pendidikan, pekerjaan), budaya (adat, kebiasaan turun-temurun), ekonomi (kebijakan mikro dan lokal) dan politik (suksesi kepemimpinan yang mempengaruhi kebijakan pencegahan dan penanggulangan suatu penyakit).

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

Salah satu komponen DOTS adalah pengobatan paduan Obat Anti Tuberkulosa (OAT) jangka pendek dengan pengawasan langsung. Untuk menjamin keteraturan pengobatan diperkukan seorang PMO

#### **a. Persyaratan PMO**

1. Seseorang yang dikenal, dipercaya dan disetujui, baik oleh petugas kesehatan maupun pasien, selain itu harus disegani dan dihormati pasien
2. Seseorang yang tinggal dekat dengan pasien
3. Bersedia membantu pasien dengan sukarela
4. Bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama dengan pasien

Siapa yang bisa jadi PMO

Sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan, misalnya Bidan di Desa, Perawat, Pekarya, Sanitarian, Juru Immunisasi, dan lain lain.. Bila tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan, PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, anggota Persatuan Pemberantas Tuberkulosa Indonesia (PPTI), PKK, atau tokoh masyarakat lainnya atau anggota keluarganya

#### **b. Peran seorang PMO (Pengawas Minum Obat )**

- 1) Mengawasi pasien TB agar menelan obat secara teratur samapai selesai pengobatan.
- 2) Memberikan dorongan kepada pasien agar mau berobat teratur.
- 3) Mengingatkan pasien untuk periksa ulang dahak pada waktu yang telah ditentukan.
- 4) Memberi penyuluhan pada anggota keluarga pasien TB yang mempunyai gejala-gejala mencurigakan TB untuk segera memeriksakan diri ke Unit Pelayanan Kesehatan Tugas seorang PMO bukanlah untuk mengganti kewajiban pasien mengambil obat dari unit pelayanan kesehatan.

#### **c. Informasi penting yang perlu dipahami PMO untuk disampaikan kepada pasien dan keluarganya:**

1. TB disebabkan kuman, bukan penyakit turunan atau kutukan
2. TB dapat disembuhkan dengan berobat teratur
3. Cara penularan TB, gejala-gejala yang mencurigakan dan cara pencegahannya.
4. Cara pemberian pengobatan pasien (tahap intensif dan lanjutan).
5. Pentingnya pengawasan supaya pasien berobat teratur.
6. Kemungkinan terjadinya efek samping obat dan perlunya segera meminta

## **B. METODE PENELITIAN**

Ppenelitian ini adalah penelitian deskriptif yang menggambarkan keadaan yang sebenarnya, dengan prosedur pemecahan masalah berdasarkan keadaan sebagaimana mestinya (apa adanya). Metode penelitian ini menggunakan teknik analisis mendalam (*in-depth analysis*) yaitu mengkaji masalah secara kasus per kasus karena metologi kualitatif yakin bahwa sifat suatu masalah satu akan berbeda dengan sifat masalah lainnya. Penelitian dilakukan di UP4 kota Pontianak Provinsi Kalimantan Barat karena UP4 merupakan pusat rujukan pengobatan Penyakit Paru Paru untuk Kalimantan Barat.

Penentuan informan atau subjek penelitian dalam penelitian ini dilakukan secara purposif, sebagai berikut :

1. PMO tenaga Kesehatan UP4 yang melayani di bagian DOTS
2. Keluarga penderita TB paru dan pernah berobat di Unit Pengobatan Penyakit Paru Paru Provinsi Kalimantan Barat
3. Pasien penderita TB

Teknik pengambilan data tersebut yang dianggap relevan dengan jenis data penelitian ini, yaitu observasi, wawancara mendalam dan sudi dokumentasi, sedangkan instrumen penelitian yang digunakan berupa pedoman observasi, pedoman wawancara dan kamera, alat rekaman suara, fotocopy dan catatan. Dalam melakukan analisis data melalui tahapan reduksi, display, verifikasi dan pengambilan keputusan, serta keabsahan data dilakukan pada metode kualitatif dengan menggunakan teknik triangulasi.

#### **D. HASIL PENELITIAN**

##### **1. Peran Keluarga Dalam Pengawasan Menelan Obat Tb Paru**

###### **a. Karakteristik Pasien dan Keluarga PMO Penderita TB Paru.**

Adapun jumlah informan dalam penelitian ini, jika jumlah pasien terdapat 6 orang, maka otomatis jumlah pengawas dalam mengawasi menelan obat 6 orang juga, maka total informan dalam penelitian ini adalah 12 orang.

###### **b. Karakteristik Pasien dan PMO berdasarkan Latar Belakang Keluarga**

Pasien laki-laki berjumlah 5 orang lebih banyak dari pasien perempuan hanya 1 orang. Sedangkan usia pasien bervariasi, termasuk golongan anak-anak usia 5 tahun hanya 1 orang, usia produktif ada 3 orang dan lanjut usia 2 orang yakni usia 65 tahun dan 70 tahun. Latar belakang pendidikan pasien juga bervariasi, ada belum sekolah 1 orang, tamatan SD 2 orang, tamatan SMP 1 orang dan tamatan SMA 2 orang. Dari latar belakang pekerjaan sebagian besar pasien adalah pekerja, hanya ada 2 yang tidak bekerja. Jika dilihat dari hubungan pasien dengan PMO TB Paru sebagian besar adalah keluarga, hanya ada 1 pasien saja hubungan sebagai teman, namun menurut informasi dari pasien walaupun sebatas teman tetapi seperti keluarga. Jika dilihat jenis kelamin jumlah PMO laki-laki 2 orang dan perempuan 4 orang. Jenis kelamin dan faktor usia tidak menjadi persyaratan menjadi PMO yang penting mempunyai keinginan yang kuat untuk membantu penyembuhan pasien. Latar belakang pendidikan PMO rata-rata SMP dan SMA dan latar pendidikan ada S1 jumlahnya satu orang, sedangkan latar belakang pekerjaan terdiri dari 3 orang yang bekerja dan 3 orang yang tidak bekerja. Faktor pekerjaan tidak pula dijadikan indikator tingkat keberhasilan PMO bisa memberikan bantuan kepada pasien minum obat. Berikut ini ditampilkan tabel hubungan pasien dengan PMO. Hubungan pasien dengan PMO mempunyai hubungan keluarga dekat, hanya ada 1 orang yang tidak mempunyai hubungan keluarga. Mengenai hubungan keluarga ini sangat penting karena hubungan keluarga mempunyai hubungan yang emosional, dilihat adanya keinginan pihak keluarga untuk membantu penyembuhan pasien. Apalagi pasien berada satu rumah atau berdekatan dengan pasien memudahkan PMO untuk memantau atau memberikan perhatian yang intens kepada pasien, tentunya PMO berkeinginan untuk penyembuhan apabila salah satu anggota keluarganya ada yang menderita suatu penyakit.

Dari pengamatan penelitian ditemukan terdapat salah satu pasien merasa diperhatikan oleh PMO membuat motivasi untuk sembuh, namun ada pula PMO yang kurang memberikan motivasi kepada pasien untuk kesembuhannya. Kondisi lingkungan dan sosial ekonomi informan, baik pasien atau PMO. Analisis ini diperlukan dengan melihat latar belakang keduanya untuk penyembuhan pasien terbebas dari penyakit tersebut. Sebagaimana diketahui jika diamati bahwa sebagian besar pasien penderita TB berasal dari masyarakat kelas ekonomi rendah, kemungkinan ada kaitannya dengan tingkat penghasilan dan tingkat kesadaran akan menjaga kesehatan lingkungan pasien.

### **c. Lingkungan Tempat Tinggal Pasien dan PMO**

Berdasarkan hasil pengamatan di lokasi penelitian, tempat tinggal penderita (pasien) di gang. Lingkungan sekitar gang juga kurang kondusif dengan tidak adanya drainase di sekitar rumah dan kebersihan lingkungan halaman tidak bersih, sampah yang berserakan. Mencermati lingkungan ini kelihatannya memang kondisi hunian yang tidak memenuhi standar kebersihan memudahkan seseorang terserang penyakit. Pengamatan yang dilakukan terhadap pasien 2, ditemukan lingkungannya kurang kondusif, ruangan rumahnya sempit terletak di gang yang kelihatannya kumuh.

### **d. Tingkat Sosial Ekonomi Pasien dan PMO**

Tingkat pendapatan akan banyak berpengaruh terhadap perilaku dalam menjaga kesehatan individu dan dalam keluarga. Hal ini disebabkan pendapatan mempengaruhi pendidikan dan pengetahuan seseorang, mempengaruhi asupan makanan, mempengaruhi lingkungan tempat tinggal seperti keadaan rumah dan bahkan kondisi pemukiman yang ditempati setiap pekerjaan mempunyai resiko tertentu dan karena itulah macam penyakit yang dideritanya berbeda pula. Diketahui bahwa dari 3 informan pada kelompok PMO penderita Tuberkulosa yang sembuh 2 informan yang karyawan swasta, bekerja sendiri, berpenghasilan kurang lebih 2 juta dan memiliki pekerjaan tetap, satu penderita tidak bekerja. Di atas terlihat bahwa informan PMO 4, 5, dan 6 memiliki tingkat ekonomi menengah kebawah, kemungkinan ini dikarenakan informan PMO ini tidak memiliki pekerjaan tetap, sedangkan pada informan PMO 1, 2 dan 3 berpenghasilan tetap dan memiliki pekerjaan tetap. Sedangkan pada kelompok PMO yang kambuh semua informan tidak memiliki pekerjaan tetap dan tidak memiliki penghasilan semenjak terkena sakit Tuberkulosa tersebut, sedangkan untuk kebutuhan sehari-hari dibantu oleh keluarga terdekat pada PMO 6 satu yang kambuh masih anak-anak sehingga ayahnya yang menanggung pengobatan. Pekerjaan yang tidak tetap tersebut membuat pasien kurang memperhatikan kesehatannya, dengan alasan tidak ada biaya untuk ke rumah sakit. Terlihat bahwa yang kambuh memiliki tingkat ekonomi lebih lemah dibandingkan kelompok yang sembuh dikarenakan bagi yang kambuh sudah tidak memiliki keinginan sembuh karena ketidakmampuan ekonomi membuat seseorang tidak memiliki semangat untuk hidup lebih lama dan tidak dapat hidup layak sebagaimana mestinya. Padahal tidak ada biaya pengobatan namun yang menjadi permasalahan karena kekurangan pemenuhan kebutuhan sehari-hari, sehingga pasien kurang memperhatikan kesembuhannya.

Berdasarkan hasil pengamatan pada kelompok PMO yang kambuh, dapat dikatakan tingkat ekonominya dapat dikatakan rendah, hal ini dapat dilihat dari semua informan tidak memiliki pekerjaan tetap dan tidak memiliki penghasilan semenjak

terkena sakit Tuberkulosa tersebut, sedangkan untuk kebutuhan sehari-hari dibantu oleh keluarga terdekat pada PMO 6 satu yang kambuh masih anak-anak sehingga ayahnya yang menanggung pengobatan. Terlihat bahwa yang kambuh memiliki tingkat ekonomi lebih lemah dibandingkan kelompok yang sembuh dikarenakan bagi yang kambuh sudah tidak memiliki keinginan sembuh karena ketidakmampuan ekonomi membuat seseorang tidak memiliki semangat untuk hidup lebih lama dan tidak dapat hidup layak sebagaimana mestinya. Selama ini ada juga pengaruh dari PMO yang kurang memberikan motivasi yang kuat untuk kesembuhan pasien, sehingga memang faktor ekonomi menjadi penyebab pasien tidak sembuh.

Pada PMO yang mempunyai keluarga yang mempunyai latar belakang ekonomi dan pendidikan rendah seperti tingkat SD terdapat faktor yang signifikan, dapat dikatakan bahwa tingkat penyembuhannya tidak tuntas. Hal ini dilihat dari hasil penelitian menunjukkan dari 6 pasien yang menderita, hanya 3 pasien yang berhasil tuntas, dan 3 pasien yang tidak tuntas. Artinya terdapat 3 pasien masih belum sembuh, dengan konsekuensinya harus melakukan pengobatan ulang dari awal.

## **2. Peran Keluarga Dalam Pengawas Menelan Obat**

### **a. Peranan Mengawasi Menelan Obat**

Berdasarkan hasil wawancara dapat diketahui bahwa pada umumnya informan mendampingi dan mengawasi pasien setiap harinya untuk menelan obat. Hal ini dikarenakan informan adalah keluarga terdekat dari pasien, sehingga setiap hari keluarga dapat dengan mudah mengawasi pasien. Selain itu, keluarga biasanya ikut pergi mengantarkan pasien ke Unit Pengobatan Penyakit Paru-Paru Provinsi Kalimantan Barat. Ada juga keluarga yang tidak bisa mengantarkan pasien ke Unit Pengobatan Penyakit Paru-Paru Kota Pontianak. Alasannya karena sedang ada kesibukan lain, atau masih memiliki anak balita. Tentang pendapat perlunya pasien diawasi dan didampingi dalam pengobatan, semua informan menyatakan setuju. Hal ini agar pasien tidak lupa dan sekaligus memberikan dukungan kepada pasien agar bersemangat dalam menjalani pengobatan. Dengan adanya pengawasan pasien menelan obat sesuai jadwal, harapan keluarga pasien bisa cepat sembuh. Sesuai dengan hasil dengan petugas kesehatan di Unit Pengobatan Penyakit Paru-Paru Kota Pontianak, bahwa pasien lebih baik didampingi dan diawasi setiap hari oleh orang terdekat pasien (keluarga). Sehingga dapat memudahkan dalam pemantauan pengobatan pasien, juga dianjurkan keluarga sebagai PMO ikut serta dalam mendampingi pasien ke Unit Pengobatan Penyakit Paru-Paru Kota Pontianak. Agar petugas kesehatan dapat memberikan pengarahan kepada keluarga pasien.

Selanjutnya menurut informan lain dari petugas kesehatan Unit Pengobatan Penyakit Paru-Paru Provinsi Kalimantan Barat, bahwa dengan adanya PMO maka penderita dapat termotivasi dan didukung oleh PMO agar cepat sembuh dan rutin menjalankan pengobatan. Karena dengan pengobatan yang dijalani penderita selama 6 bulan dan obat yang harus diminum juga banyak, tidak menutup kemungkinan penderita untuk DO (*drop out*) berhenti pengobatan. Pernyataan informan di atas, sesuai dengan hasil penelitian Saputra (2010), bahwa peranan PMO sangat penting bagi pasien TB, terutama pada pengobatan tahap awal agar di capai hasil optimal dalam pengobatan dan kemungkinan besar pasien dapat disembuhkan.

#### **b. Mengingatkan pasien untuk pemeriksaan ulang sesuai jadwal**

Pemeriksaan ulang sangat penting untuk mempercepat kesembuhan pasien. Hal yang perlu diperhatikan adalah pasien harus didampingi PMO atau anggota keluarga lainnya ketika melakukan pemeriksaan ulang. Berdasarkan hasil wawancara didapat informasi bahwa hampir semua informan ikut mendampingi pasien ke Unit Pengobatan Penyakit Paru-Paru Provinsi Kalimantan Barat. Walaupun ada yang tidak bisa ikut mendampingi pasien ke Unit Pengobatan Penyakit Paru-Paru Provinsi Kalimantan Barat. Keadaan pasien yang melakukan pengobatan ulang terkadang ada yang didampingi oleh keluarga namun ada pula pasien yang datang sendiri. Selain itu didapat juga hasil wawancara dari seorang informan lagi sebagai petugas kesehatan tentang keluarga mendampingi pasien pergi berobat ke UP4. Ketika pasien melakukan kontrol ada informan mendampingi pasien. Tapi ada juga yang tidak dapat mendampingi karena alasan kesehatan (mempunyai anak yang masih kecil, dan takut tertular). Bagi pasien yang berobat didampingi PMO, petugas kesehatan bertanya tentang perkembangan kondisi pasien dan aturan minum obat sesuai anjuran, serta apa saja keluhan-keluhan pasien setelah meminum obat.

#### **c. Memberikan dorongan terhadap pasien**

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa, Petugas dari Unit Pengobatan Penyakit Paru Provinsi Kalimantan Barat, pada awal pengobatan sudah mengingatkan bahwa pada tanggal yang telah ditentukan, pasien harus melakukan pemeriksaan dahak lagi. Saya hanya mengingatkan kembali untuk berhati-hati dengan penyakitnya karena sulit untuk sembuh apabila tidak bersungguh-sungguh. Pada saat pertama berobat ke Unit Pengobatan Penyakit Paru-Paru Provinsi Kalimantan Barat, petugas sudah memberitahu pada keluarga pasien tentang jadwal kontrol ke unit pengobatan, karena pasien harus melakukan pemeriksaan dahak kembali. Pada saat tiba waktunya kembali kontrol, pihak keluarga dalam hal ini PMO mengingatkan kembali agar ia tidak lupa untuk pergi memeriksakan dahaknya. Namun ada pula PMO yang kurang memperhatikan jadwal pasien sehingga terlambat kontrol.

Selain keluarga pasien, pihak petugas di Unit Pengobatan Penyakit Paru-Paru Provinsi Kalimantan Barat tentang pemeriksaan dahak kembali bagi pasien, biasanya pihak petugas kesehatan mengingatkan pasien dewasa untuk selalu memeriksa dahak kembali, sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan oleh oleh petugas di Unit Pengobatan Penyakit Paru-Paru Provinsi Kalimantan Barat. Bagi pasien anak-anak, tidak dilakukan pemeriksaan dahak, tetapi pemeriksaan rontgen dan pemeriksaan darah. Prosedur pengulangan pemeriksaan dahak dilakukan pada pertama seminggu sebelum akhir bulan ke dua pengobatan, hal ini dilakukan untuk menentukan obat tambahan. Selanjutnya pada seminggu sebelum akhir bulan ke lima pengobatan dengan tujuan untuk mengetahui ada atau tidaknya kegagalan dalam pengobatan. Terakhir seminggu sebelum akhir bulan ke enam pengobatan dengan tujuan untuk mengetahui kesembuhan.

Selain itu, petugas memastikan PMO selalu mengingatkan penderita dengan menanyakan penderita apakah penderita selalu diingatkan pada saat minum obat baik siang maupun malam. Sejak awal pengobatan petugas sudah memberitahukan kepada penderita dan PMO untuk selalu mengingatkan kalau batuk dibiasakan tutup mulut karena merupakan penularan dari penyakit TB paru tersebut, membuang ludah di

sembarang tempat merupakan salah satu penularan penyakit tersebut dan untuk di luar puskesmas dan di lingkungan rumah penderita kami percayakan kepada PMO.

Dapat penulis simpulkan bahwa, pada awal pengobatan, petugas Unit Pengobatan Penyakit Paru-Paru Provinsi Kalimantan Barat sudah memberitahukan dan mengingatkan pasien dewasa bahwa pada tanggal tertentu harus melakukan pemeriksaan dahak kembali. Pada pasien dewasa, peran keluarga sebagai PMO hanya mengingatkan pasien untuk melakukan pemeriksaan dahak, sesuai dengan tanggal yang telah ditentukan oleh petugas kesehatan. Adapun pada pasien anak-anak, tidak perlu melakukan pemeriksaan dahak, tapi harus di rontgen dan melakukan periksa darah.

Pada umumnya pasien yang berobat di Unit pengobatan ini mempunyai motivasi untuk sembuh. Ketika berobat, para pasien diberi penjelasan tentang apa dampaknya, jika mereka tidak melakukan kontrol dan meminum obat. Hal ini sesuai dengan pernyataan informan bahwa pasien tidak mengalami kejenuhan dalam menjalani pengobatan. Alasan dari pasien tidak mengalami kejenuhan karena adanya motivasi dari diri sendiri dan tidak ingin anggota keluarga lainnya tertular. Selain itu keluarga sebagai PMO berperan memberikan dukungan untuk sembuh, juga adanya peraturan dari Unit Pengobatan Penyakit Paru-Paru Provinsi Kalimantan Barat membuat pasien patuh dalam menjalani pengobatan.

Peran keluarga sebagai PMO dalam memberi semangat dan dukungan kepada pasien sangatlah penting dalam penyembuhan penyakit TB Paru. Faktor dukungan keluarga memberikan semangat dan dukungan pada pasien, membawa pengaruh positif pada pasien. Pihak keluarga memberikan alasan, jika tidak mau meminum dengan teratur, penyakitnya tidak akan sembuh, bahkan bisa bertambah parah dan akan menulari pada anggota keluarga yang lainnya. Selain itu pengobatannya juga akan bertambah lama dan beban keluarga menjadi bertambah. Hal ini sesuai penjelasan dari petugas kesehatan kepada pasien dan keluarga pasien tentang dampak minum obat tidak teratur, akan berdampak pada daya imunitas pasien. Dukungan dari orang-orang terdekat, salah satunya adalah keluarga sangat diperlukan dalam pengobatan TB, karena dukungan keluarga adalah dukungan sosial paling utama yang dibutuhkan pasien. Dukungan keluarga memegang peranan penting bagi pasien TB dalam menjalani pengobatan yang termotivasi untuk sembuh.

#### **d. Menasehati Pasien Agar Tetap Mau Menelan Obat**

Upaya peningkatan keteraturan pengobatan pasien TB Paru dengan melakukan kerjasama dengan keluarga penderita sebagai bentuk dukungan dan pengawasan terhadap pengobatan penderita serta melakukan penyuluhan kepada masyarakat agar memahami penyakit TB Paru. Bagi Penderita TB Paru, diharapkan teratur berobat sehingga tidak terjadi kegagalan pengobatan yang berakibat timbulnya resistensi terhadap obat dan sumber penularan. Disini peran PMO sangat penting memberikan nasihat agar pasien mau minum obat secara teratur. Berdasarkan hasil pengamatan dan wawancara dengan beberapa orang PMO dapat dijelaskan bahwa bagi PMO yang mempunyai hubungan darah seperti keluarga inti, bisa mengontrol pasien untuk minum obat dengan teratur. PMO harus memaksa dengan tegas agar pasien mau minum obat, walaupun kelihatannya pasien sembuh, padahal waktu minum obat baru beberapa

bulan, hal ini membuat pasien enggan minum obat, karena merasa dirinya sudah sembuh.

Peran PMO dalam kesembuhan sangat kuat, apalagi apabila PMO keluarga inti, maka motivasi untuk kesembuhan keluarganya sangat tinggi, pada sisi lain pasien merasa manja dan kurang memperhatikan kesembuhannya terkadang tidak serius minum obat, padahal keluarga telah memperhatikannya dengan serius. Dari peristiwa ini, dapat disimpulkan bahwa harus ada kerja sama dan saling pengertian antara pasien dan PMO untuk kesembuhan. Apabila antara keduanya tidak ada saling pengertian maka kesembuhannya akan tidak tuntas.

### **3. Peran Pengawas Menelan Obat ( PMO )**

Hasil penelitian yang dilakukan dengan wawancara mendalam, pada 3 informan dari kelompok PMO penderita Tuberkulosa yang sehat terlihat bahwa 2 informan menyatakan bahwa mengingatkan minum obat teratur, memperhatikan obatnya, mengantarkan berobat ke unit pelayanan, selain diberikan obat yang teratur, sedangkan 1 informan menyatakan biasa saja cuma sekedar mengingatkan, tidak perlu diawasi percaya dia bisa sendiri, pergi berobat saja sendiri. Keadaan tersebut dikarenakan si informan memberikan kepercayaan penuh terhadap penderita karena penderita tersebut punya keinginan yang kuat untuk sembuh. Sedangkan pada informan yang kambuh terlihat semua informan mengingatkan minum obat teratur, memperhatikan obatnya, mengantarkan berobat ke unit pelayanan, selain diberikan obat yang teratur, namun si penderita tidak mau mematuhi apa yang dilakukan PMO dan akhirnya PMO nya tidak memperdulikan si penderita. Gambaran yang didapat bahwa peran PMO sangat kurang pada penderita Tuberkulosa yang kambuh.

#### **a. Motivasi PMO untuk Kesembuhan Pasien**

Dari penelitian diketahui ada 2 kelompok kasus, terlihat bahwa kelompok keluarga penderita Tuberkulosa yang sembuh dari pertanyaan perhatian yang diberikan kepada penderita TB, dari 3 informan keluarga yang sembuh semuanya menjawab mengingatkan untuk teratur minum obat, memantau perkembangan kesehatan tubuhnya dengan cara memperhatikan si penderita, apabila penderita tidak teratur minum obat dengan cara ditegur, diantarkan pergi berobat, dan sangat penting mendengarkan keluhan si penderita dari 3 informan terdapat 2 informan menjawab seperti itu. Sedangkan pada kelompok PMO yang kambuh semuanya menjawab sama namun dari ke tiga informan 2 yang tidak terlalu termotivasi karena penderitanya tidak mendengarkan anjuran dan saran dari PMO nya. Terlihat bahwa dari informan tersebut masih ada yang motivasinya kurang mendukung kesembuhan pada penderita tuberkulosa. Dari ke 3 informan tersebut lebih banyak motivasi yang positif dibandingkan motivasi yang tidak mendukung keluarga yang menderita TB. Sedangkan pada kelompok pembanding yaitu PMO penderita TB yang kambuh sebagian besar memiliki motivasi mendukung keluarga yang menderita TB tersebut namun si penderita tidak kooperatif.

#### **b. Menghilangkan Stigma negatif.**

Diketahui bahwa, semua informan pada kelompok sembuh menyatakan bahwa penyakit tuberkulosa yang di derita keluarganya itu tidak berbahaya dan tidak memalukan, anggapan orang disekitar biasa saja, tetangga memperlakukan si penderita

biasa saja dikarenakan tetangga banyak yang tidak mengetahui penyakit apa yang diderita oleh keluarga si PMO, memiliki keluarga yang sakit tuberkulosa sangat layak mendapatkan hak yang sama di masyarakat. Pernyataan diatas sejalan dengan pernyataan kelompok informan yang kambuh artinya tidak ada bedanya. Artinya stigma tidak berpengaruh terhadap proses penyembuhan penderita TB. Berbagai macam perlakuan terhadap orang yang terjangkit TB, terkadang sangat menyakitkan bagi dipenderita, biasanya mendapat perlakuan penolakan atau mereka dijauhi, orang lain merasa takut apabila berdekatan dengan penderita. Bahkan keluarga terdekat penderita juga menampakkan adanya penolakan, mereka diisolasi dengan kamar terpisah dan tidak didekati selama belum sembuh. Padahal penderita meminta dukungan kepada keluarga untuk membantu kesembuhannya. Pada kasus tertentu ada penderita yang dipecah dari tempat kerja apabila ketahuan menderita penyakit TB. Dari beberapa perlakuan tersebut membuat penderita kurang percaya diri dan akan memperparah kondisi psikologisnya. Namun diantara stigma negatif terhadap penderita, tidak semuanya keluarga menjauhinya, berdasarkan wawancara dengan PMO 5, menjelaskan bahwa saya tidak merasa malu keluarga saya menderita TB, saya bahkan membesarkan hati keluarga saya, jangan malu dan jangan rendah diri, karena penyakit ini bisa disembuhkan. Jika ingin cepat sembuh maka harus bersungguh-sungguh berobat agar tidak dikucilkan oleh orang lain.

## **E. PENUTUP**

### **1. Kesimpulan**

- 1) Peran motivasi Pengawas Menelan Obat (PMO) dan keluarga sangat penting untuk keberhasilan pengobatan penderita TB Paru di Unit Pengobatan Penyakit Paru-Paru (UP4) Pontianak. Faktor - faktor karakteristik yang sangat berperan dalam motivasi keluarga dan PMO adalah faktor faktor latar belakang keluarga dan PMO seperti pendidikan, kondisi sosial ekonomi yaitu pekerjaan dan tingkat pendapatan dan kondisi lingkungan tempat tinggal. Karakteristik informan terdiri dari enam informan Pasien dan enam PMO dari keluarga Pasien, informan kunci dari tenaga kesehatan, informan keluarga yang tinggal serumah di tempat tinggal penderita TB dan informan teman sekantor. Keseluruhan ada duabelas orang informan, enam orang informan pasien dan enam informan PMO yang merupakan PMO dari penderita TB yang ditunjuk oleh tenaga kesehatan atau atas permintaan sendiri dari penderita TB tersebut seperti ibu, abang, anak, menantu, dan teman dekat penderita. Pendidikan informan terendah SMP dan tertinggi Sarjana, pada kasus yang sembuh informan yang tamat SMA ada dua orang, informan dengan pekerja swasta dan wirausaha, sedangkan pada pasien yang kambuh PMO tamat SMA ibu rumah tangga, tidak bekerja.
- 2) Peran Pengawas Menelan Obat (PMO) pada penderita TB adalah penting untuk melakukan pengawasan terhadap pasien dalam hal menelan obat, mengingatkan pasien untuk periksa ulang dahak sesuai jadwal yang ditentukan, memberikan dorongan terhadap pasien untuk berobat secara teratur sampai selesai, menasehati pasien agar tetap mau menelan obat secara teratur sampai selesai. Terlihat bahwa peran dan motivasi PMO bagi pasien yang sembuh sangat baik dibandingkan dengan penderita yang kambuh.

- 3) Latar belakang pendidikan, ekonomi, lingkungan dan motivasi penderita juga sangat penting terlihat dari pendidikan penderita satu orang belum sekolah, dua orang SD dan dua orang SMA. Penderita ada dua orang yang tidak bekerja, dua orang buruh dan dua orang karyawan swasta dan sebagian mereka juga tinggal di gang dan lingkungan yang agak kumuh, lembab, kurang ventilasi atau pencahayaan di rumah dan padat hunian. Penderita yang kambuh dikarenakan si penderita tidak kooperatif dalam masa pengobatan dan si penderita tidak memiliki keinginan untuk sembuh, disini terlihat jelas dari informasi dan pengamatan langsung bahwa keberhasilan atau kegagalan pengobatan sangat erat hubungannya dengan latar belakang pendidikan, ekonomi, lingkungan dan motivasi atau keinginan dan kerjasama pasien untuk sembuh.

## 2. Saran

- 1) Lebih meningkatkan kualitas klinik TB DOTS dan Motivasi yang memberikan penyuluhan terhadap penderita TB, agar lebih spesifik menentukan Peran Pengawas Menelan Obat (PMO) yang akan diberikan penyuluhan, sehingga tujuan tersebut dapat tercapai sesuai keinginan.
- 2) Membuat tim dalam mencari informasi untuk meningkatkan pelayanan di Unit Pengobatan Penyakit Paru-Paru (UP4) Kalimantan Barat, sehingga jika ada penderita TB yang ingin berobat ke Unit Pengobatan tidak merasa enggan untuk berobat ke Unit Pengobatan Penyakit Paru-Paru (UP4) dan penanganan penyakitnya cepat sehingga penyakit yang diderita dapat teratasi dan tidak berlarut-larut sehingga memperparah keadaan jika sudah parah dan tidak tertangani dengan cepat itulah yang menyebabkan angka kejadian penyakit bertambah dan kekambuhan penderita TB bertambah meningkat.
- 3) Menyediakan pelayanan seperti program Pengawasan Menelan Obat (PMO) pasien di rumah melalui layanan telepon, sehingga apabila keluarga pasien atau PMO yang kesulitan untuk memberikan obat pada keluarga yang sakit dapat berkonsultasi lewat telepon tersebut.
- 4) Memperkuat kerjasama lintas sektor seperti mengadakan kader-kader penanggulangan TB pada masyarakat di Puskesmas-Puskesmas yang memiliki angka kejadian TBnya besar serta memberikan pelatihan pada kader tersebut secara berkala, sehingga kader-kader tersebut dapat memberikan informasi kepada pihak Unit Pengobatan Penyakit Paru-Paru (UP4) tentang perkembangan kesehatan Paru-Paru di masyarakat.

## DAFTAR REFERENSI

- Aditama Yoga, Priyanti (2000) *Tuberculosis Diagnosis, Terapi dan Masalahnya*, Edisi III, Lab. Mikobakteriologi RSUP Persahabatan/ WHO Collaborating Center for Tuberculosis. Jakarta. "TB DAY" 24 Maret 2000.
- Amin (2006) *Tuberculosis Diagnosis Therapy dan Masalahnya*, Edisi ke empat. Jakarta Yayasan Penerbit Ikatan Dokter Indonesia
- Alsagaf, H & Mukty, A. (2005) *Dasar-dasar Ilmu Penyakit Paru*, Surabaya: Airlangga University Press.

- Azwar, A. (2002) *Pengantar Ilmu Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: Mutiara.
- Budiarto, E. (2003) *Pengantar Epidemiologi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Chin, J. (2006) *Manual Pemberantasan Penyakit Menular*. Jakarta: Infomedika
- Crofton, J, dkk. 1995. *Tuberkulosis Klinik*. Jakarta: Widya Medika
- Crofton, J. (2003) *Tuberculosis Klinis*. Edisi kedua. Jakarta: Widya Medika
- Crofton, J. (2007) *Tuberculosis Klinis*. Edisi ketiga. Jakarta: Widya Medika
- Crofton, J, dkk. (2000) *Tuberkulosis Klinik*. Jakarta: Widya Medika
- Depkes, RI. (2000) *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta
- Depkes, RI. (2001) *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis* cetakan ke 6 Jakarta
- Depkes, RI. (2002) *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 829/MENKES/SK/VII/1999 Tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan*. cetakan kedua. Jakarta
- Depkes, RI. (2002) *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis* cetakan ke 7. Jakarta
- Depkes, RI. (2004) *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis* cetakan ke 8. Jakarta.
- Depkes, RI. (2005) *Pedoman Teknis Penyehatan Perumahan*. Jakarta: Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan.
- Depkes, RI. (2006) *Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis* Edisi kedua cetakan pertama Jakarta
- Depkes, RI. (2007) *Pedoman Manajemen Puskesmas Terdiri Dari Pedoman Perencanaan*
- Depkes, RI. (2011) *Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis* Edisi kedua cetakan pertama Jakarta.
- Dinkes (2016) *Profil Unit Pengobatan Penyakit Paru-Paru (UP4) 2015*, Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat.
- Efendi, Makhfudli. (2009) *Keperawatan Kesehatan Komunitas*. Salemba Medika, Jakarta.
- Tingkat Puskesmas Puskesmas, Pedoman Lokakarya Mini Puskesmas Dan Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas*. Jakarta : Ditjen Binkesmas Depkes RI.
- Gitawati R, Sukasediati Nani. (1999) *Studi Kasus Hasil Pengobatan Tuberkulosis Paru di 10 Puskesmas di DKI Jakarta (1996-1999)*. (Online). ([http://www.kalbe.co.id/filescdkfiles08\\_StudiKasusHasilPengobatan.pdf08\\_StudiKasusHasilPengobatan.html](http://www.kalbe.co.id/filescdkfiles08_StudiKasusHasilPengobatan.pdf08_StudiKasusHasilPengobatan.html), diakses 18 Oktober 2008)
- Harian Pontianak Post tanggal 14 Mei 2014, "5.629 Kasus TB Paru BTA Positif". Tersedia dalam <http://www.pontianakpost.com>, diakses tanggal 10 September 2015
- Herwani (2004) *Tuberculosis merupakan penyakit infeksi yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat*
- [http://www.kompasiana.com/hashus21/berartinya-pengawas-menelan-obat-bagi-pasien-tuberkulosis-tb\\_567a9d86369773dc09afa501\\_08/08/2016\\_pukul\\_20.42](http://www.kompasiana.com/hashus21/berartinya-pengawas-menelan-obat-bagi-pasien-tuberkulosis-tb_567a9d86369773dc09afa501_08/08/2016_pukul_20.42)
- [https://prezi.com/a99jm9pwa-q0/keluarga-sebagai-pengawas-minum-obat-pmo-dalam-proses-peny/08/08/2016\\_pukul\\_20:53](https://prezi.com/a99jm9pwa-q0/keluarga-sebagai-pengawas-minum-obat-pmo-dalam-proses-peny/08/08/2016_pukul_20:53)
- Jacob Azrul Agoes T. (1996) *Antropologi Kesehatan Indonesia* Buku Katalog. Yogyakarta EGC
- Jufrizal (2015) *Hubungan Peran Keluarga Sebagai Pengawas Minum Obat (PMO) Dengan Tingkat Keberhasilan Pengobatan Penderita Tuberkulosis Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Banda Sakti Kota Lhokseumawe*. Universitas Syiah Kuala. Banda Aceh

- KARS (2012) Komisi Akreditasi Rumah Sakit, Instrument Standart Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 Edisi -1 tahun 2012
- Keep A M, Pungrassami P, et al. (2011) *Socio-Demographic and AIDS-Related factors associated with Tuberculosis stigma in southern Thailand: a Quantitatif, a crosssecsional study of stigma among patients with TB and healthy community members. BMC Public Health*
- Krieger, J. dan Higgins, D. L. (2002) *Housing and Health: Time Again for Public Health Action.*
- Mathew and Talkakar (2007) *Living With Tuberculosis: the myths and the stigma from the Indian Perspective. CID*
- Miles and Huberman (2000) *Qualitative Data Analysis; A Source of New Methods; Sage Publications, Beverly Hills, London*
- Moleong, J, Lexy (2000) *Metodologi Penelitian Kualitatif, Cetakan kesebelas, PT, Remaja Rosdakarya, Bandung.*
- Mukono, HJ (2005) *Prinsip Dasar Kesehatan Lingkungan Edisi ke dua Surabaya: Airlangga University Press.*
- Mukono, HJ (2002) *Epidemiologi Lingkungan Environmental Epidemiologi Surabaya: Airlangga University Press.*
- Myers (2006) *An ecological study of Tuberculosis transmission in California American journal of public health vol.96.no 4.april 2006.*
- Mulyadi (2003) *Hubungan Kepadatan Hunian dengan Kejadian Tuberkulosis Paru*
- Nizar, Muhammad (2010) *Pemberantas an dan Penanggulangan Tuberkulosis. Cetakan Pertama, Gosyen Publising. Yogyakarta.*
- Notoatmojo, S (2007) *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta*
- Notoatmojo, Soekijo (1993) *Metodologi Penelitian Kesehatan . Cetakan pertama. Jakarta, Rineka Cipta*
- Notoatmojo, Soekijo & Solia , Sarwono (1985) *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan . Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat FKM –UI. Jakarta.*
- Notoatmodjo, S. (2002) *Metodologi Penelitian Kesehatan cetakan kedua, Jakarta: Penerbit Renika Cipta.*
- Notoatmodjo, Soekidjo (2003) *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar. Jakarta: PT.Renika Cipta.*
- Nur (2000) *Pengantar Epidemiologi Penyakit Menular. Jakarta: Penerbit Renika Cipta*
- Nurham (2007) *Epidemiologi Lingkungan. Jakarta : EGC*
- Polger & Thomas (2006) *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan. Yogyakarta: Gajah Mada University press.*
- Pare dkk, (2012) *Hubungan antara Pekerjaan, PMO, Pelayanan Kesehatan, Dukungan Keluarga dan Diskriminasi dengan Perilaku Berobat Pasien TB Paru. Makasar.*
- Persi (2011) *Joint Commission International Standard Akreditasi Rumah Sakit Edisi ke-4 . PT Gramedia. Jakarta*
- Puri (2010) *Hubungan Kinerja Pengawas Menelan Obat (PMO) dengan kesembuhan Pasien TB Paru Kasus baru Strategi DOTS.*

- Retni, Ani (2010). *Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Tingkat Kesembuhan Penderita Tuberculosis Paru di Puskesmas Umbul Harjo II Yogyakarta*. STIKES Asyiyah Yogyakarta
- Ridwan, M (2002) *Keajaiban Nafas*. Pustaka Widyamara, Semarang.
- Riskesdas (2013) Laporan Nasional Riskesdas Tahun 2012, Jakarta, Pusat Penelitian Pengembanagan Kesehatan
- Sarwono (2006) *Teori Teori Psikologi Sosial*, Jakarta, cetakan ketujuh, Raja Grafindo Persada
- Sarwono (2002) *Teori Teori Psikologi Sosial*, Jakarta, cetakan ketiga, Raja Grafindo Persada
- Setyanto & Darmawan, B. (2005) *Masalah Diagnosa Pada Tuberculosis* Majalah Kedokteran Indonesia. vol 55. no. 3. th 2005.
- Seidman Irving (2006) *Interviewing as Qualitative Research , A Guide for Researchers in Education and the Social Sciences*. Third Edition, Teachers College Press, Columbia University, New York.
- Smet Bart (1994) *Psikologi Kesehatan*, Jakarta, PT Grasindo.
- Sugiyono (2006) *Metode Penelitian Kuantitatif, Kuantitatif. dan R& D* Bandung, Penerbit CV Alfabeta.
- Sudarti (1995) *Wawancara Mendalam*. FKM-UI. Jakarta. Depok
- Sunarjo (2004) *Hubungan Ventilasi Dengan Kejadian Tuberculosis Paru*. Skripsi. Banjar Negara.
- Yesmil Anwar dan Adang (2013). *Sosiologi untuk Universitas*. cetakan pertama, Bandung PT Refika Aditama
- Videbeck, S (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. EGC. Jakarta