

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dukungan Keluarga

2.1.1 Definisi Keluarga

Keluarga merupakan kesatuan dari orang-orang yang terikat di dalam pernikahan, ada hubungan darah atau adopsi dan tinggal di dalam satu rumah (Friedman, 1998). Menurut Andarmoyo (2012) keluarga merupakan sistem yang terbuka sehingga dapat dipengaruhi oleh suprasistemnya yaitu lingkungan (masyarakat) keluarga dapat mempengaruhi masyarakat (suprasistem). Menurut WHO (1969) dalam Andarmoyo (2012) keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi, atau perkawinan. Burgess dkk. (1983) mendefinisikan keluarga yang berorientasi pada tradisi, memunculkan beberapa pernyataan yakni :

1. Keluarga tersusun dari kelompok orang yang melalui proses perkawinan, hubungan darah dan ikatan adopsi.
2. Biasanya hidup bersama dalam satu rumah, ataupun jika mereka tidak tinggal satu rumah, secara terpisah, mereka menganggap rumah tangga mereka sebagai rumah.
3. Saling berkomunikasi, berinteraksi sesuai perannya masing-masing.

4. Menggunakan kultur budaya yang sama, diperoleh dari masyarakat dengan ciri unik tersendiri.

2.1.2 Tujuan Keluarga

Menurut Andarmoyo (2012), tujuan dasar pembentukan keluarga adalah:

1. Keluarga merupakan unit dasar yang memiliki pengaruh kuat terhadap perkembangan individu,
2. Keluarga sebagai perantara bagi kebutuhan dan harapan anggota keluarga dengan kebutuhan dan tuntunan masyarakat.
3. Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan anggota keluarga dengan menstabilkan kebutuhan kasih sayang, sosioekonomi dan kebutuhan seksual, dan
4. Keluarga memiliki pengaruh yang penting terhadap pembentukan identitas seorang individu dan perasaan harga diri.

Alasan mendasar mengapa keluarga menjadi fokus sentral dalam perawatan adalah:

1. Dalam sebuah unit keluarga, disfungsi apa saja (penyakit, cedera, perpisahan) yang mempengaruhi satu atau lebih keluarga, dan dalam hal tertentu, sering akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain dan unit secara keseluruhan.
2. Ada hubungan yang kuat dan signifikan antara keluarga dan status kesehatan para anggotanya.

3. Melalui perawatan kesehatan keluarga yang berfokus pada peningkatan, perawatan diri, pendidikan kesehatan dan konseling keluarga serta upaya yang berarti dapat mengurangi risiko yang akan diciptakan oleh pola hidup keluarga dan bahaya lingkungan.
4. Adanya masalah-masalah kesehatan pada salah satu anggota keluarga dapat menyebabkan ditemukannya faktor-faktor risiko pada anggota keluarga yang lain.
5. Tingkat pemahaman dan berfungsinya seorang individu tidak lepas dari andil sebuah keluarga.
6. Keluarga merupakan sistem pendukung yang sangat vital bagi kebutuhan-kebutuhan individu (Andarmoyo, 2012).

2.1.3 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (1998) dalam Latipun (2016) meliputi:

1. Fungsi afektif

Kebahagiaan keluarga diukur dengan kekuatan saling mengasihi antar anggota keluarga. Keluarga harus memenuhi kebutuhan kasih sayang anggota keluarganya karena respon kasih sayang yang diberikan antar anggota satu dengan yang lainnya akan memberikan penghargaan terhadap kehidupan dalam suatu keluarga.

2. Fungsi sosialisasi

Sosialisasi merujuk banyaknya pengalaman belajar yang telah diberikan keluarga pada anggota keluarga untuk mendidik pasien skizofrenia tentang cara menjalankan fungsi sosial yang seharusnya dalam lingkungan masyarakat, sehingga anggota keluarga dengan skizofrenia mampu merasa diterima oleh lingkungan sosial.

3. Fungsi reproduksi

Fungsi reproduksi merupakan salah satu fungsi dasar bagi keluarga untuk menjaga adanya generasi baru dan menyediakan anggota baru bagi masyarakat.

4. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan kebutuhan yang cukup, seperti mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari dalam keluarga, pengaturan dalam penggunaan pendapatan sebagai pemenuhan kebutuhan, serta menabung untuk persediaan pemenuhan kebutuhan dimasa mendatang.

5. Fungsi perawatan kesehatan

Upaya untuk meningkatkan taraf kesembuhan pada pasien skizofrenia dengan salah satu cara yang diberikan oleh anggota keluarga yaitu dengan menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan, dan perlindungan terhadap munculnya bahaya.

Menurut (PP No.21 Th.1994 dan UU No. 10 Tahun 1992) :

1. Fungsi Keagamaan

Keluarga adalah wahana utama dan pertama menciptakan seluruh anggota keluarga menjadi insane yang taqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa. Tugas dari fungsi keagamaan adalah :

- a. Membina norma/ajaran agama sebagai dasar dan tujuan hidup seluruh anggota keluarga.
- b. Menerjemahkan ajaran/norma agama dalam tingkah laku hidup sehari-hari seluruh anggota keluarga.
- c. Memberikan contoh konkrit pengalaman ajaran agama dalam hidup sehari-hari.
- d. Melengkapi dan menambah proses kegiatan belajar anak tentang keagamaan yang tidak atau kurang diperoleh di sekolah atau masyarakat.
- e. Membina rasa, sikap dan praktik kehidupan keluarga beragama sebagai fondasi menuju keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

2. Fungsi sosial budaya

Keluarga berfungsi untuk menggali, mengembangkan dan melestarikan sosial budaya Indonesia, dengan cara:

- a. Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk meneruskan norma dan budaya masyarakat dan bangsa yang ingin dipertahankan.

- b. Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk menyaring norma budaya asing yang tidak sesuai.
- c. Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga dimana anggotanya mengadakan kompromi/ adaptasi dari praktik globalisasi dunia.
- d. Membina budaya keluarga yang sesuai, selaras dan seimbang dengan budaya masyarakat/ bangsa untuk terwujudnya keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

3. Fungsi kasih sayang

Keluarga berfungsi mengembangkan rasa cinta dan kasih sayang setiap anggota keluarga, antar kerabat, antar generasi.

Termasuk dalam fungsi ini adalah:

- a. Menumbuhkembangkan potensi kasih sayang yang telah ada diantara anggota keluarga ke dalam simbol-simbol nyata/ ucapan dan perilaku secara optimal dan terus menerus.
- b. Membina tingkah laku saling menyayangi baik antara keluarga yang satu dengan yang lainnya secara kuantitatif dan kualitatif.
- c. Membina praktik kecintaan terhadap kehidupan duniawi dan ikhrowi dalam keluarga secara serasi, selaras dan seimbang.
- d. Membina rasa, sikap dan praktik hidup keluarga yang mampu memberikan dan menerima kasih sayang sebagai

pola hidup ideal menuju norma keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera (KKBS).

4. Fungsi perlindungan

Fungsi yang memberikan rasa aman secara lahir dan batin kepada setiap anggota keluarga. Fungsi ini menyangkut :

- a. Memenuhi kebutuhan rasa aman anggota keluarga baik dari rasa tidak aman yang timbul dari dalam maupun dari luar keluarga.
- b. Membina keamanan keluarga baik fisik, psikis, maupun dari berbagai bentuk ancaman dan tantangan yang datang dari luar.
- c. Membina dan menjadikan stabilitas dan keamanan keluarga sebagai modal menuju keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera.

5. Fungsi reproduksi

Memberikan ketuhanan yang berkualitas melalui, pengaturan dan rencana yang sehat dan menjadi insane pembangunan yang handal, dengan cara :

- a. Membina kehidupan keluarga sebagai wahana pendidikan reproduksi sehat bagi anggota keluarga sekitarnya.
- b. Memberikan contoh pengalaman kaidah-kaidah pembentukan keluarga dalam hal usia, pendewasaan fisik maupun mental.

- c. Mengalamkan kaidah reproduksi sehat, baik yang berkaitan dengan waktu melahirkan, jarak dan jumlah ideal anak yang diinginkan dalam keluarga.
 - d. Mengembangkan kehidupan reproduksi sehat sebagai modal yang kondusif menuju keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera.
6. Fungsi pendidikan dan sosialisasi

Keluarga merupakan tempat pendidikan utama dan pertama anggota keluarga yang berfungsi untuk meningkatkan fisik, mental, sosial, dan spiritual secara serasi selaras dan seimbang fungsi ini adalah :

- a. Menyadari, merencanakan dan menciptakan lingkungan keluarga sebagai wahana pendidikan dan sosialisasi anak yang pertama dan utama.
- b. Menyadari, merencanakan dan menciptakan kehidupan keluarga sebagai pusat dimana anak dapat mencari pemecahan masalah dari konflik yang dijumpai, baik di lingkungan sekolah maupun masyarakat.
- c. Membina proses pendidikan dan sosialisasi anak tentang hal-hal yang diperlukan untuk meningkatkan kematangan dan kedewasaan fisik dan mental, yang tidak/kurang diberikan oleh lingkungan sekolah maupun masyarakat.

7. Fungsi ekonomi

Keluarga meningkatkan ketrampilan dalam usaha ekonomis produktif agar pendapatan keluarga meningkatkan dan tercapai kesejahteraan :

- a. Melakukan kegiatan ekonomi baik diluar maupun dalam lingkungan keluarga dalam rangka menompang kelangsungan dan perkembangan kehidupan keluarga.
- b. Mengelola ekonomi keluarga sehingga terjadi keserasian, keselarasan dan keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran keluarga.
- c. Mengatur waktu sehingga kegiatan orang tua di luar rumah dan perhatiannya terhadap anggota keluarga berjalan seras, selaras, dan seimbang.
- d. Membina kegiatan dan hasil ekonomi keluarga sebagai modal mewujudkan keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera.

8. Fungsi pembinaan lingkungan

- a. Meningkatkan diri dalam lingkungan sosial budaya dan lingkungan alam sehingga tercipta lingkungan yang seras, selaras, dan seimbang.
- b. Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan hidup eksterna keluarga.
- c. Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan hidup yang serasi, selaras dan seimbang antara

lingkungan keluarga dengan lingkungan hidup masyarakat sekitarnya.

- d. Membina kesadaran, sikap dan praktik lingkungan hidup sebagai pola hidup keluarga menuju keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera.

Meskipun banyak fungsi-fungsi keluarga seperti disebutkan diatas, pelaksanaan fungsi keluarga di Indonesia secara singkat dapat sebagai berikut :

Asih : yaitu memberikan kasih sayang, perhatian, rasa aman, hangat kepada seluruh anggota keluarga sehingga dapat berkembang sesuai usia dan kebutuhan

Asah : yaitu memenuhi pendidikan anak sehingga siap menjadi manusia dewasa, mandiri dan dapat memenuhi kebutuhan masa depan.

Asuh : yaitu memelihara dan merawat anggota keluarga agar tercapai kondisi yang sehat fisik, mental, sosial dan spiritual (Andarmoyo, 2012).

2.1.4 Pengertian Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, dukungan yang diberikan pada setiap siklus perkembangan kehidupan juga berbeda. Dengan adanya dukungan yang diberikan oleh keluarga membuat anggota keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sehingga

dapat meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 2010) dalam Latipun (2016).

2.1.5 Sumber Dukungan Keluarga

Menurut Caplan (1974) dalam Friedman (2010) terdapat tiga sumber dukungan sosial umum, sumber ini terdiri atas jaringan informal yang spontan, dukungan terorganisasi yang tidak diarahkan oleh petugas kesehatan profesional, dan upaya terorganisasi oleh profesional kesehatan. Dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan-dukkungan sosial yang di pandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga (dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan). Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami/istri atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga eksternal (Friedman, 1998).

2.1.6 Fungsi Dukungan Keluarga

House dan Kahn dalam Friedman (2010), menerangkan bahwa keluarga memiliki empat fungsi dukungan, diantaranya :

1. Dukungan Emosional

Merupakan bentuk atau jenis dukungan yang diberikan keluarga berupa memberikan perhatian, kasih sayang, serta empati. Dukungan emosional merupakan fungsi afektif keluarga

yang harus diterapkan kepada seluruh anggota keluarga. Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga dalam memberikan perlindungan dan dukungan psikososial bagi anggota keluarga, keluarga bertindak sebagai sumber utama dari cinta, kasih sayang, dan pengasuhan. Salah satu nilai keluarga yang penting ialah menganggap keluarga sebagai tempat memperoleh kehangatan, dukungan, dan penerimaan. Loveland, Cherry (1989) mengutarakan bahwa kasih sayang dikalangan anggota keluarga menghasilkan suasana emosional pengasuhan yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan secara positif (Friedman, 1998).

2. Dukungan Informasi

Pemberian dukungan informasi peran keluarga dinilai sebagai pusat informasi, artinya keluarga diharapkan mengetahui segala informasi terkait dengan anggota keluarga dan penyakitnya. Seperti, pemberian saran dan sugesti, informasi yang dapat digunakan untuk mengungkap suatu permasalahan. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat meminimalisir munculnya tekanan yang ada pada diri individu akibat tuntutan di lingkungan masyarakat, seperti memberikan nasehat, usulan, petunjuk, serta pemberian informasi yang mungkin akan dibutuhkan oleh anggota keluarga yang lain, juga diberikan kepada anggota keluarga dengan skizofrenia sebagai upaya meningkatkan status kesembuhannya Friedman (1998).

Dukungan informasi yang dapat diberikan pada anggota keluarga dengan TB seperti memberikan pengertian juga penjelasan mengenai gangguan yang tengah dialami sekarang, ketika ia dapat mengerti maka penting baginya untuk mengikuti aturan dalam mengkonsumsi obat-obat yang ia perlukan dengan tepat waktu sehingga individu dengan TB mampu memberikan koping adaptif pada stimulus. Selain itu dapat pula memberitahukan akan tugas-tugas sosialnya, paling tidak sampai ia mampu untuk mengurus kebutuhan dirinya sendiri, seperti mandi sendiri, makan sendiri, dan lain-lain.

3. Dukungan Instrumental

Friedman (1998) menjelaskan dukungan instrumental keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan penuh dari keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana, maupun meluangkan waktu untuk membantu melayani dan mendengarkan anggota keluarga dalam menyampaikan pesannya. Dukungan instrumental keluarga merupakan fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit (Suwardiman, 2011).

4. Dukungan Penilaian

Keluarga bertindak sebagai pemberi umpan balik untuk membimbing dan menengahi pemecahan masalah, seperti memberikan support, penghargaan, dan perhatian. Dukungan

penilaian merupakan suatu dukungan dari keluarga dalam bentuk memberikan umpan balik dan penghargaan kepada anggota keluarga, menunjukkan respon positif yaitu dorongan atau persetujuan terhadap gagasan, ide, juga perasaan seseorang. Menurut Friedman (1998) dukungan penilaian keluarga merupakan bentuk fungsi afektif keluarga terhadap anggota keluarga yang dapat meningkatkan status kesehatannya. Dengan adanya dukungan ini maka anggota keluarga akan mendapatkan pengakuan atas kemampuan dan usaha yang telah dilakukannya (Suwardiman, 2011).

2.1.7 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Purnawan (2008) dalam Rahayu (2008) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah :

1. Faktor internal

a. Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.

b. Faktor emosi

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melakukannya. Seseorang yang mengalami respon stress dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang yang secara umum terlihat sangat tenang mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selama ia sakit. Seorang individu yang tidak mampu melakukan coping secara emosional terhadap ancaman penyakit mungkin.

c. Spiritual

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.

2. Eksternal

a. Praktik di keluarga

Cara bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya. Misalnya, klien juga kemungkinan besar akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarga melakukan hal yang sama.

b. Faktor sosio-ekonomi

Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Variabel psikososial mencakup: stabilitas perkawinan, gaya hidup, dan lingkungan kerja. Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pelaksanaannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.

c. Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu, dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

2.2 Konsep Kepatuhan

2.2.1 Pengertian Kepatuhan

Menurut kamus besar bahasa Indonesia kepatuhan diambil dari kata patuh, yang berarti suka menuruti (perintah), taat (perintah, aturan, dan sebagainya) (Moeliana, 2012). Kepatuhan berasal dari kata patuh yang berarti disiplin dan taat. Kepatuhan pasien yaitu sejauh mana perilaku dari pasien sesuai dengan segala ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan (Niven, 2012).

Sedangkan menurut Febriastutik, dkk (2013) kepatuhan yaitu suatu perilaku individu dalam mengikuti saran medis ataupun kesehatan yang sesuai dengan ketentuan yang telah diberikan.

2.2.2 Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan

Smet (1994) dalam Erisdiana (2013) faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan pada pasien yaitu :

1. Ciri-ciri kesakitan dan ciri-ciri pengobatan

Perilaku ketaatan pasien lebih rendah untuk penyakit kronis karena adanya akibat buruk yang dirasakan atau resiko yang akan diterima.

2. Kemungkinan antara dokter dan pasien.

Dipengaruhi tingkat kepatuhan pada pasien contohnya : informasi dengan pengawasan, kepuasan aspek hubungan emosional dengan dokter, kepuasan terhadap pengobatan yang diberikan.

3. Persepsi dan pengharapan pasien

Keyakinan pasien tentang kesehatan, ancaman yang dirasakan, persepsi pasien tentang kekebalan tubuh yang dimiliki.

4. Ciri-ciri individual

Faktor demografis, umur dan status perkembangan merupakan faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan.

2.2.3 Faktor Pendukung Kepatuhan Pada Pasien

Feuerstein dalam Niven (2012) ada beberapa faktor yang mendukung sikap patuh pasien antara lain :

1. Pendidikan

Pendidikan dapat meningkatkan kepatuhan pendidikan yang aktif contohnya dengan menggunakan buku.

2. Akomodasi

Suatu usaha harus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian pasien yang mempengaruhi kepatuhan.

3. Modifikasi faktor lingkungan dan sosial

Kelompok pendukung dibentuk untuk membantu memahami kepatuhan terhadap program pengobatan.

4. Perubahan model terapi

Program dibuat sesederhana mungkin dan pasien terlibat aktif dalam pembuatan program.

5. Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien

Memberikan umpan balik pada pasien setelah memperoleh informasi diagnosis.

Menurut Dinicola dan Dimatteo (dalam Niven, 2002) ada pendekatan untuk meningkatkan kepatuhan, yaitu :

1. Membuat intruksi tertulis yang mudah untuk dilaksanakan.
2. Memberikan informasi pengobatan sebelum menjelaskan hal-hal lain.

3. Jika seseorang diberikan catatan ataupun daftar tertulis, mereka cenderung untuk berusaha mengingat hal pertama yang mereka tulis.
4. Intruksi ditulis dengan bahasa umum atau non medis untuk beberapa hal yang perlu ditekankan.

2.3 Konsep Pengawas Menelan Obat (PMO)

2.3.1 Pengertian PMO

Pengawas menelan obat yakni individu yang mengawasi penderita tuberkulosis pada saat minum obat di setiap harinya dengan pedoman panduan obat jangka pendek (Depkes, 2007) dalam (Mochammad, 2012).

2.3.2 Tujuan Penggunaan PMO

Penggunaan PMO bertujuan untuk :

1. Menjamin keteraturan pengobatan sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan pada awal pengobatan.
2. Menjamin penderita untuk tidak putus berobat sebelum waktunya.
3. Mengurangi kemungkinan kebal terhadap obat anti tuberkulosis (Mochammad, 2012).

2.3.3 Persyaratan Menjadi PMO

Syarat menjadi PMO antara lain :

1. Seseorang yang sudah dikenal dan dipercaya dan dihormati oleh petugas kesehatan maupun penderita tuberkulosis itu sendiri.
2. Tinggal atau dekat dengan penderita TB.

3. Bersedia membantu secara sukarela.
4. Bersedia dilatih atau dibina bersama-sama dengan penderita TB
(Mochammad, 2012).

2.3.4 Peran PMO

Menurut Hapsari (2010) dalam Mochammad (2012) peran PMO adalah :

1. Bersedia untuk menerima penjelasan di fasilitas kesehatan.
2. Melakukan pengawasan secara langsung dalam hal minum obat.
3. Mengingatkan jadwal pemeriksaan ulang dahak sesuai ketentuan.
4. Memberikan motivasi terhadap penderita untuk berobat secara teratur.
5. Mengenali dan menjelaskan efek samping pengobatan.
6. Merujuk penderita TB jika efek samping bertambah berat.
7. Melakukan kunjungan rumah.
8. Memberikan penyuluhan kepada anggota keluarga lain dan menyarankan untuk melakukan pemeriksaan jika terdapat tanda-tanda penyakit TB.

2.3.5 Pengetahuan Dasar PMO

Menurut Depkes (2008) dalam Mochammad (2012) informasi dasar yang perlu dipahami PMO adalah :

1. Tuberkulosis disebabkan oleh kuman, bukan merupakan penyakit keturunan.

2. Tuberkulosis dapat disembuhkan melalui pengobatan secara teratur.
3. Gejala, penularan, dan cara pencegahannya.
4. Cara pemberian obat (tahap awal dan tahap lanjutan).
5. Memahami pentingnya pengawasan pengobatan.
6. Mengetahui efek samping pengobatan dan mampu berkomunikasi dengan petugas kesehatan jika ada suatu hal yang membutuhkan pertolongan segera.

2.4 Konsep Penyakit TB

2.4.1 Pengertian TB

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Ada beberapa spesies dari *Mycobacterium*, antara lain, *M. tuberculosis*, *M. africanum*, *M. bovis*, *M. Leprae* dsb. Juga dikenal sebagai Bakteri Tahan Asam (BTA) (Kemenkes, 2018).

Tuberkulosis yang selanjutnya disingkat TB adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yang dapat menyerang paru dan organ lainnya (Permenkes No. 67, 2016).

2.4.2 Penyebab TB

Menurut Permenkes, 2016 TB disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Terdapat beberapa spesies *Mycobacterium*, antara lain: *M.tuberculosis*, *M.africanum*, *M. bovis*, *M. Leprae* dsb. Yang juga dikenal sebagai Bakteri Tahan

Asam (BTA). Kelompok bakteri *Mycobacterium* selain *Mycobacterium tuberculosis* yang bisa menimbulkan gangguan pada saluran nafas dikenal sebagai MOTT (*Mycobacterium Other Than Tuberculosis*) yang terkadang bisa mengganggu penegakan diagnosis dan pengobatan TB. Secara umum sifat kuman *Mycobacterium tuberculosis* antara lain adalah sebagai berikut:

1. Berbentuk batang dengan panjang 1-10 mikron, lebar 0,2 – 0,6 mikron.
2. Bersifat tahan asam dalam pewarnaan dengan metode Ziehl Neelsen, berbentuk batang berwarna merah dalam pemeriksaan dibawah mikroskop.
3. Memerlukan media khusus untuk biakan, antara lain Lowenstein Jensen, Ogawa.
4. Tahan terhadap suhu rendah sehingga dapat bertahan hidup dalam jangka waktu lama pada suhu antara 4°C sampai minus 70°C.
5. Kuman sangat peka terhadap panas, sinar matahari dan sinar ultra violet. Paparan langsung terhadap sinar ultra violet, sebagian besar kuman akan mati dalam waktu beberapa menit. Dalam dahak pada suhu antara 30-37°C akan mati dalam waktu lebih kurang 1 minggu.
6. Kuman dapat bersifat dorman.

2.4.3 Tanda dan Gejala TB

Menurut Nurarif & Hardi (2013), tanda dan gejala dari TB yakni demam 40-41°C, batuk/ batuk darah, sesak nafas, nyeri dada, malaise, keringat malam, suara khas perkusi dada, bunyi dada, peningkatan sel darah putih dengan dominasi limfosit. Pada anak : berkurangnya berat badan 2 bulan berturut-turut tanpa sebab yang jelas atau gagal tumbuh, demam tanpa sebab yang jelas terutama jika berlanjut sampai minggu ke 2, batuk kronik lebih dari 3 minggu dengan atau tanpa *wheezing*.

2.4.4 Penularan TB

Sumber penularan adalah pasien TB terutama pasien yang mengandung kuman TB dalam dahaknya. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei* / percik renik). Infeksi akan terjadi apabila seseorang menghirup udara yang mengandung percikan dahak yang infeksius. Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak yang mengandung kuman sebanyak 0-3500 *M.tuberculosis*. Sedangkan kalau bersin dapat mengeluarkan sebanyak 4500 – 1.000.000 *M.tuberculosis* (Permenkes, 2016).

2.4.5 Klasifikasi pasien TB

1. Klasifikasi berdasarkan lokasi anatomi dari penyakit:

a. Tuberkulosis paru :

Adalah TB yang berlokasi pada parenkim (jaringan) paru. Milier TB dianggap sebagai TB paru karena adanya

lesi pada jaringan paru. Pasien yang menderita TB paru dan sekaligus juga menderita TB ekstra paru, diklasifikasikan sebagai pasien TB paru.

b. Tuberkulosis ekstra paru:

Adalah TB yang terjadi pada organ selain paru, misalnya: pleura, kelenjar limfe, abdomen, saluran kencing, kulit, sendi, selaput otak dan tulang. Limfadenitis TB dirongga dada (hilus dan atau mediastinum) atau efusi pleura tanpa terdapat gambaran radiologis yang mendukung TB pada paru, dinyatakan sebagai TB ekstra paru. Diagnosis TB ekstra paru dapat ditetapkan berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis atau klinis. Diagnosis TB ekstra paru harus diupayakan secara bakteriologis dengan ditemukannya *Mycobacterium tuberculosis*. Bila proses TB terdapat di beberapa organ, penyebutan disesuaikan dengan organ yang terkena proses TB terberat (Permenkes, 2016).

2. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya:

- a. Pasien baru TB: adalah pasien yang belum pernah mendapatkan pengobatan TB sebelumnya atau sudah pernah menelan OAT namun kurang dari 1 bulan (< dari 28 dosis).
- b. Pasien yang pernah diobati TB: adalah pasien yang sebelumnya pernah menelan OAT selama 1 bulan atau lebih

(\geq dari 28 dosis). Pasien ini selanjutnya diklasifikasikan berdasarkan hasil pengobatan TB terakhir, yaitu:

- 1) Pasien kambuh: adalah pasien TB yang pernah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap dan saat ini didiagnosis TB berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis atau klinis (baik karena benar-benar kambuh atau karena reinfeksi).
 - 2) Pasien yang diobati kembali setelah gagal: adalah pasien TB yang pernah diobati dan dinyatakan gagal pada pengobatan terakhir.
 - 3) Pasien yang diobati kembali setelah putus berobat (*lost to follow-up*): adalah pasien yang pernah diobati dan dinyatakan *lost to follow up*. (Klasifikasi ini sebelumnya dikenal sebagai pengobatan pasien setelah putus berobat /*default*).
 - 4) Lain-lain: adalah pasien TB yang pernah diobati namun hasil akhir pengobatan sebelumnya tidak diketahui.
- c. Pasien yang riwayat pengobatan sebelumnya tidak diketahui. Adalah pasien TB yang tidak masuk dalam kelompok 1) atau 2) (Permenkes, 2016).

2.4.6 Perjalanan Alamiyah Penyakit TB

Terdapat 4 tahapan perjalanan alamiyah penyakit. Tahapan tersebut meliputi tahap paparan, infeksi, menderita sakit dan meninggal dunia, sebagai berikut:

1. Paparan Peluang peningkatan paparan terkait dengan:
 - a. Jumlah kasus menular di masyarakat.
 - b. Peluang kontak dengan kasus menular.
 - c. Tingkat daya tular dahak sumber penularan.
 - d. Intensitas batuk sumber penularan.
 - e. Kedekatan kontak dengan sumber penularan.
 - f. Lamanya waktu kontak dengan sumber penularan.
2. Infeksi Reaksi daya tahan tubuh akan terjadi setelah 6–14 minggu setelah infeksi. Lesi umumnya sembuh total namun dapat saja kuman tetap hidup dalam lesi tersebut (*dormant*) dan suatu saat dapat aktif kembali tergantung dari daya tahan tubuh manusia. Penyebaran melalui aliran darah atau getah bening dapat terjadi sebelum penyembuhan lesi.
3. Faktor Risiko Faktor risiko untuk menjadi sakit TB adalah tergantung dari:
 - a. Konsentrasi/jumlah kuman yang terhirup dan lamanya waktu sejak terinfeksi.
 - b. Usia seseorang yang terinfeksi
 - c. Tingkat daya tahan tubuh seseorang. Seseorang dengan daya tahan tubuh yang rendah diantaranya infeksi HIV AIDS dan malnutrisi (gizi buruk) akan memudahkan berkembangnya TB aktif (sakit TB).
 - d. Infeksi HIV. Pada seseorang yang terinfeksi TB, 10% diantaranya akan menjadi sakit TB. Namun pada seorang

dengan HIV positif akan meningkatkan kejadian TB. Orang dengan HIV berisiko 20-37 kali untuk sakit TB dibandingkan dengan orang yang tidak terinfeksi HIV, dengan demikian penularan TB di masyarakat akan meningkat pula.

4. Meninggal dunia

Faktor risiko kematian karena TB:

- a. Akibat dari keterlambatan diagnosis.
- b. Pengobatan tidak adekuat.
- c. Adanya kondisi kesehatan awal yang buruk atau penyakit penyerta.
- d. Pada pasien TB tanpa pengobatan, 50% diantaranya akan meninggal dan risiko ini meningkat pada pasien dengan HIV positif. Begitu pula pada ODHA, 25% kematian disebabkan oleh TB. (Permenkes, 2016).

2.4.7 Strategi Penanggulangan TB di Indonesia

Menurut Permenkes, 2016 strategi penanggulangan TB dalam pencapaian eliminasi nasional TB meliputi:

1. Penguatan kepemimpinan program TB di kabupaten/kota
 - a. Promosi: Advokasi, Komunikasi dan Mobilisasi Sosial.
 - b. Regulasi dan peningkatan pembiayaan.
 - c. Koordinasi dan sinergi program.

2. Peningkatan akses layanan TB yang bermutu
 - a. Peningkatan jejaring layanan TB melalui PPM (*publicprivate mix*).
 - b. Penemuan aktif berbasis keluarga dan masyarakat.
 - c. Inovasi diagnosis TB sesuai dengan alat/saran diagnostik yang baru.
 - d. Kepatuhan dan Kelangsungan pengobatan pasien atau *Case holding*.
 - e. Bekerja sama dengan asuransi kesehatan dalam rangka cakupan layanan semesta (*health universal coverage*).
3. Pengendalian faktor risiko
 - a. Promosi lingkungan dan hidup sehat.
 - b. Penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi TB.
 - c. Pengobatan pencegahan dan imunisasi TB.
 - d. Memaksimalkan penemuan TB secara dini, mempertahankan cakupan dan keberhasilan pengobatan yang tinggi.
4. Peningkatan kemitraan TB melalui Forum Koordinasi TB
 - a. Peningkatan kemitraan melalui forum koordinasi TB di pusat.
 - b. Peningkatan kemitraan melalui forum koordinasi TB di daerah.
5. Peningkatan kemandirian masyarakat dalam penanggulangan TB

- a. Peningkatan partisipasi pasien, mantan pasien, keluarga dan masyarakat.
- b. Pelibatan peran masyarakat dalam promosi, penemuan kasus, dan dukungan pengobatan TB.
- c. Pemberdayaan masyarakat melalui integrasi TB di upaya kesehatan berbasis keluarga dan masyarakat.
- d. Penguatan manajemen program (health system strengthening).
 - 1) SDM
 - 2) Logistik
 - 3) Regulasi dan pembiayaan
 - 4) Sistem Informasi, termasuk *mandatory notification*
 - 5) Penelitian dan pengembangan inovasi program

2.4.8 Pengobatan TB di Indonesia

1. Tujuan Pengobatan TB adalah:
 - a. Menyembuhkan pasien dan memperbaiki produktivitas serta kualitas hidup.
 - b. Mencegah terjadinya kematian oleh karena TB atau dampak buruk selanjutnya.
 - c. Mencegah terjadinya kekambuhan TB.
 - d. Menurunkan risiko penularan TB.
 - e. Mencegah terjadinya dan penularan TB resistan obat.
2. Prinsip Pengobatan TB:

Obat Anti Tuberkulosis (OAT) adalah komponen terpenting dalam pengobatan TB. Pengobatan TB merupakan salah satu upaya paling efisien untuk mencegah penyebaran lebih lanjut kuman TB. Pengobatan yang adekuat harus memenuhi prinsip:

- a. Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan OAT yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi.
- b. Diberikan dalam dosis yang tepat.
- c. Ditelan secara teratur dan diawasi secara langsung oleh PMO (Pengawas Menelan Obat) sampai selesai pengobatan.
- d. Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup, terbagi dalam dua (2) tahap yaitu tahap awal serta tahap lanjutan, sebagai pengobatan yang adekuat untuk mencegah kekambuhan.

3. Tahapan Pengobatan TB:

Pengobatan TB harus selalu meliputi pengobatan tahap awal dan tahap lanjutan dengan maksud:

a. Tahap Awal:

Pengobatan diberikan setiap hari. Paduan pengobatan pada tahap ini adalah dimaksudkan untuk secara efektif menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resistan sejak sebelum pasien

mendapatkan pengobatan. Pengobatan tahap awal pada semua pasien baru, harus diberikan selama 2 bulan. Pada umumnya dengan pengobatan secara teratur dan tanpa adanya penyulit, daya penularan sudah sangat menurun setelah pengobatan selama 2 minggu pertama.

b. Tahap Lanjutan:

Pengobatan tahap lanjutan bertujuan membunuh sisa-sisa kuman yang masih ada dalam tubuh, khususnya kuman persister sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan.

c. Jenis Obat Anti Tuberkulosis (OAT)

Tabel 2.1 OAT Lini Pertama

Jenis	Sifat	Efek Samping
Isoniazid (H)	Bakterisidal	Neuropati perifer (Gangguan saraf tepi), psikosis toksik, gangguan fungsi hati, kejang.
Rifampisin (R)	Bakterisidal	<i>Flu syndrome</i> (gejala influenza berat), gangguan gastrointestinal, urine berwarna merah, gangguan fungsi hati, trombositopeni, demam, <i>skin rash</i> , sesak nafas, anemia hemolitik.
Pirazinamid (Z)	Bakterisidal	Gangguan gastrointestinal, gangguan fungsi hati, gout arthritis.

Streptomisin (S)	Bakterisidal	Nyeri ditempat suntikan, gangguan keseimbangan dan pendengaran, renjatan anafilaktik, anemia, agranulositosis, trombositopeni
Etambutol (E)	Bakteriostatik	Gangguan penglihatan, buta warna, neuritis perifer (Gangguan saraf tepi).

Tabel 2.2 Pengelompokan OAT Lini Kedua

Grup	Sifat	Efek Samping	
A	Florokuinol on	1. Levofloksasin (Lfx) 2. Moksifloksasin (Mfx) 3. Gatifloksasin (Gfx)*	
B	OAT suntik lini kedua	1. Kanamisin (Km) 2. Amikasin (Am)* 3. Kapreomisin (Cm) 4. Streptomisin (S)**	
C	OAT oral lini kedua	1. Etionamid (Eto)/Protionamid (Pto)* 2. Sikloserin (Cs)/ Terizidon (Trd)* 3. Clofazimin (Cfz) 4. Linezoid (Lzd)	
D	D1	OAT lini pertama	1. Pirazinamid (Z) 2. Etambutol (E) 3. Isoniazid (H) dosis tinggi
	D2	OAT baru	1. Bedaquiline (Bdq) 2. Delamanid (Dlm)* 3. Pretonamid (PA-824)*

			4. Asam para aminosalisilat (PAS) 5. Imipenemsilastatin (Ipm)* 6. Meropenem (Mpm)* 7. Amoksilin clavulanat (Amx-Clv)* 8. Thioasetazon (T)*
--	--	--	--

Keterangan:

* Tidak disediakan oleh program

** Tidak termasuk obat suntik lini kedua, tetapi dapat diberikan pada kondisi tertentu dan tidak disediakan oleh program (Permenkes, 2016).

d. Paduan OAT yang Digunakan di Indonesia

Paduan yang digunakan adalah :

1) Kategori 1 : 2(HRZE)/ 4(HR)3 atau 2(HRZE)/4(HR).

Tabel 2.3. Dosis untuk panduan OAT kategori-1

Berat Badan	Tahap intensif tiap hari selama 56 hari RHZE (150/75/400/275)	Tahap lanjutan 3 kali seminggu selama 16 minggu RH (150/150)
30-37 kg	2 tablet 4 KDT	2 tablet 2 KDT
38-54 kg	3 tablet 4 KDT	3 tablet 2 KDT
55-70 kg	4 tablet 4 KDT	4 tablet 2 KDT
71 kg	5 tablet 4 KDT	5 tablet 2 KDT

Sumber : Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis (2011).

Tabel 2.4 Dosis panduan OAT-Kombipak untuk kategori-1

Tahap pengobatan	Lama pengobatan	Dosis Perhari/kali				Jumlah hari minum obat
		Isoniazid @300 mgr	Rifampisin @450 mgr	Pirazinamid @500 mgr	Hambutol @250 mgr	
Intensif	2 bulan	1	1	3	3	56
lanjutan	4 bulan	2	1	-	-	48

Sumber : Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis (2011).

2) Kategori 2 : 2(HRZE)S/ (HRZE)/ 5(HR)3E3 atau 2(HRZE)S/ (HRZE)/ 5(HR)E.

Panduan OAT ini diberikan untuk pasien BTA positif yang telah di obati sebelumnya: Pasien kambuh, gagal, pasien dengan pengobatan setelah putus berobat.

Tabel 2.5 Dosis untuk panduan OAT KDT kategori-2

Berat badan	Tahap intensif tiap hari RHZE (150/75/400/275)		Tahap Lanjutan
	Selama 56 hari	Selama 28 hari	Selama 20 minggu
30-37 kg	2 tab 4KDT + 500 mg Streptomycin inj.	2 tab 4KDT	2 tab 2KDT + 2 tab ethambutol
38-54 kg	3 tab 4KDT+750	3 tab 4KDT	3 tab 2KDT + 3 tab

	mg Streptomycin inj.		Ethambutol
55-70 kg	4 tab 4KDT+1000 mg Streptomycin inj.	4 tab 4KDT	4 tab 2KDT + 4 tab Ethambutol
71 kg	5 tab 4KDT+1000 mg Streptomycin inj.	5 tab 4KDT	5 tab 2KDT + 5 tab ethambutol

Sumber : Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis (2011).

3) Kategori Anak : 2(HRZ)/ 4(HR) atau 2HRZE(S)/ 4-10HR.

4) Paduan OAT untuk pasien TB Resistan Obat: terdiri dari OAT lini ke-2 yaitu Kanamisin, Kapreomisin, Levofloksasin, Etionamide, Sikloserin, Moksifloksasin, PAS, Bedaquilin, Clofazimin, Linezolid, Delamanid dan obat TB baru lainnya serta OAT lini-1, yaitu pirazinamid and etambutol.

Catatan:

Pengobatan TB dengan paduan OAT Lini Pertama yang digunakan di Indonesia dapat diberikan dengan dosis harian maupun dosis intermiten (diberikan 3 kali perminggu) dengan mengacu pada dosis terapi yang telah direkomendasikan (Tabel 2.1 Dosis rekomendasi OAT Lini Pertama untuk pasien dewasa). Penyediaan OAT dengan

dosis harian saat ini sedang dalam proses pengadaan oleh Program TB Nasional. Paduan OAT kategori-1 dan kategori-2 disediakan dalam bentuk paket obat kombinasi dosis tetap (OAT-KDT). Tablet OAT KDT ini terdiri dari kombinasi 2 dan 4 jenis obat dalam satu tablet. Dosisnya disesuaikan dengan berat badan pasien. Paduan ini dikemas dalam 1 (satu) paket untuk 1 (satu) pasien untuk 1 (satu) masa pengobatan. Paket Kombipak adalah paket obat lepas yang terdiri dari Isoniasid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z) dan Etambutol (E) yang dikemas dalam bentuk blister. Paduan OAT ini disediakan program untuk pasien yang tidak bisa menggunakan paduan OAT KDT. Paduan OAT kategori anak disediakan dalam bentuk paket obat kombinasi dosis tetap (OAT-KDT). Tablet OAT KDT ini terdiri dari kombinasi 3 jenis obat dalam satu tablet. Dosisnya disesuaikan dengan berat badan pasien. Paduan ini dikemas dalam satu paket untuk satu pasien untuk satu (1) masa pengobatan. Paduan OAT disediakan dalam bentuk paket, dengan tujuan untuk memudahkan pemberian obat dan menjamin kelangsungan (kontinuitas) pengobatan sampai selesai. Satu (1) paket untuk satu (1) pasien untuk satu (1) masa pengobatan. (Permenkes, 2016).

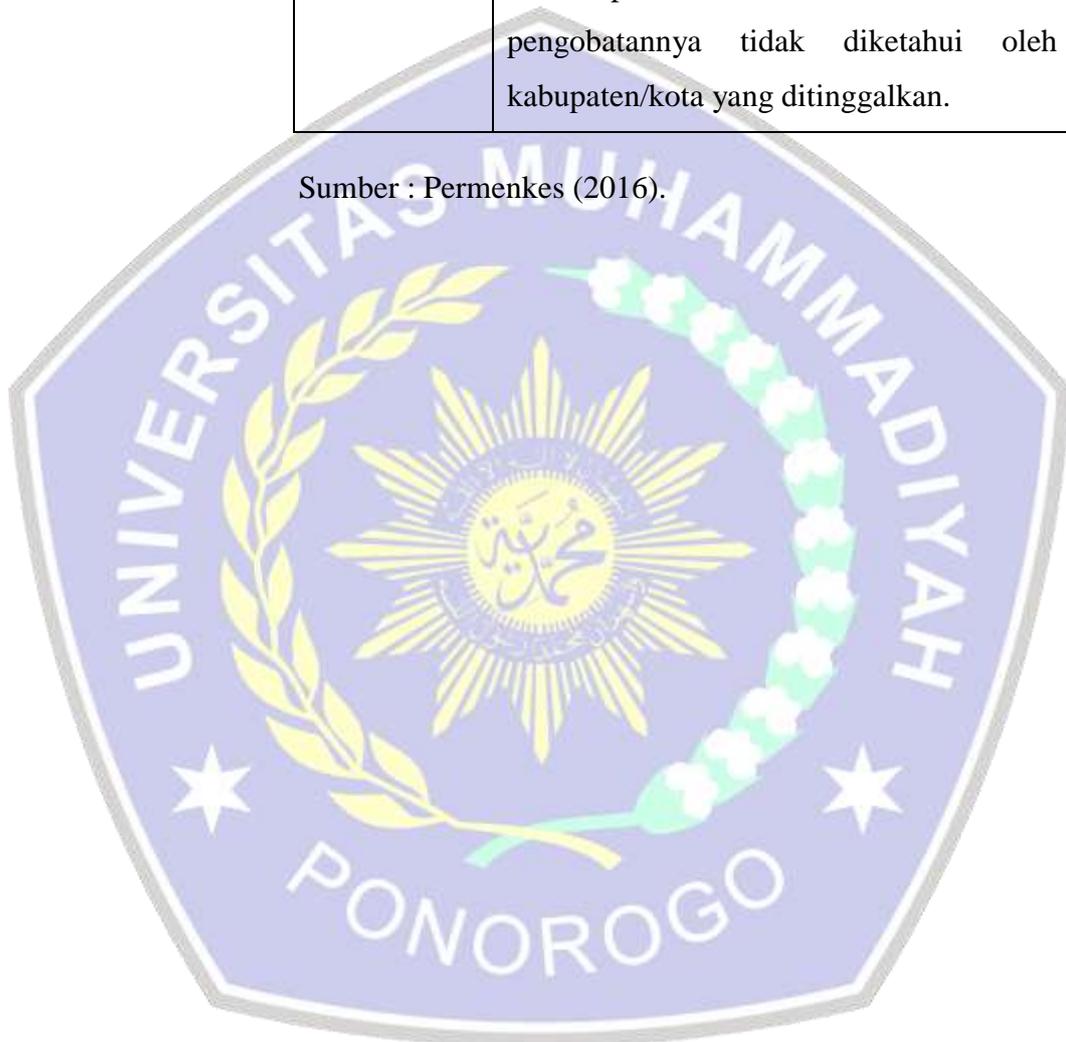
e. Hasil Pengobatan Pasien TB

Tabel 2.6 Hasil Pengobatan Pasien TB

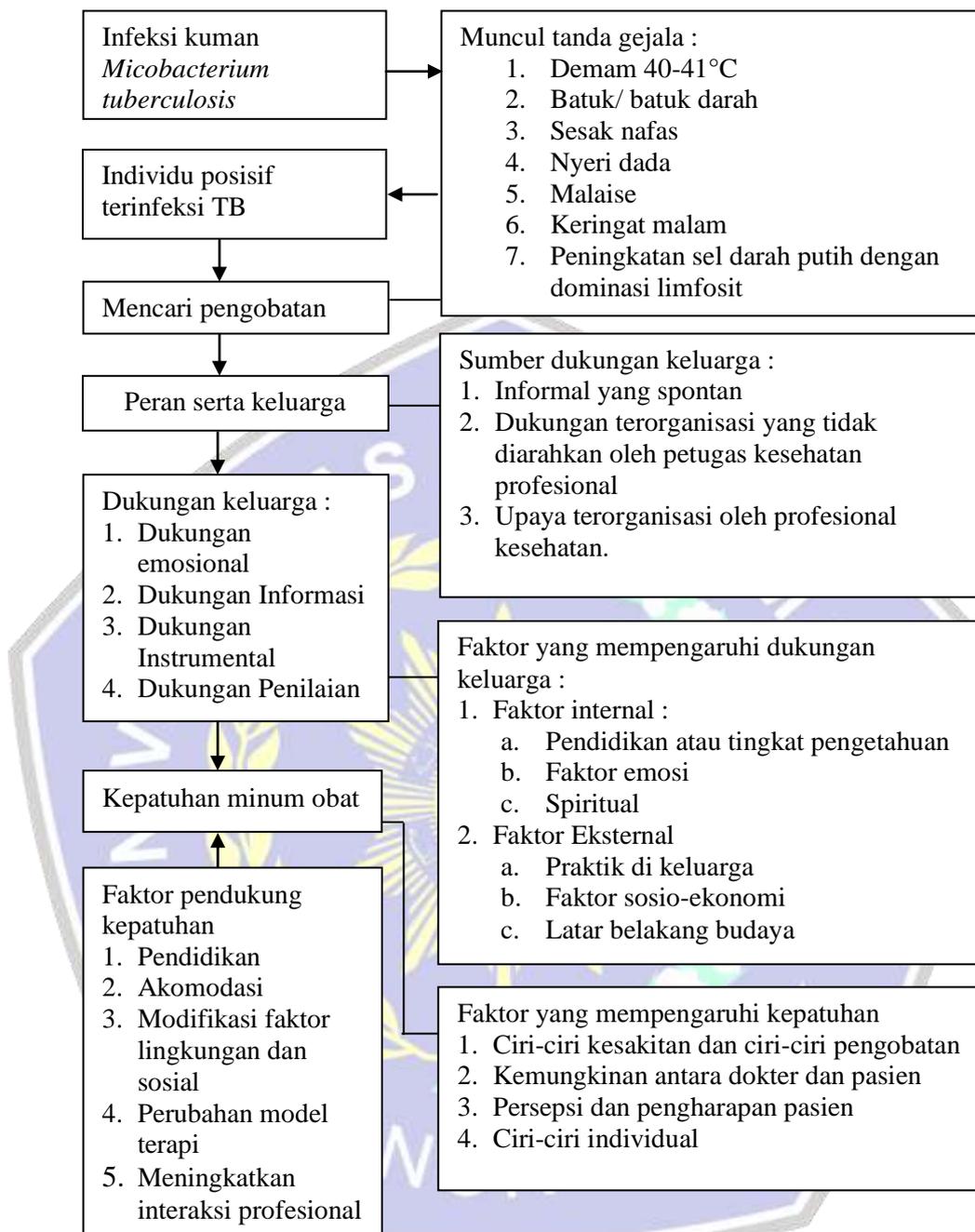
Hasil Pengobatan	Definisi
Sembuh	Pasien TB paru dengan hasil pemeriksaan bakteriologis positif pada awal pengobatan yang hasil pemeriksaan bakteriologis pada akhir pengobatan menjadi negatif dan pada salah satu pemeriksaan sebelumnya.
Pengobatan lengkap	Pasien TB yang telah menyelesaikan pengobatan secara lengkap dimana pada salah satu pemeriksaan sebelum akhir pengobatan hasilnya negatif namun tanpa ada bukti hasil pemeriksaan bakteriologis pada akhir pengobatan.
Gagal	Pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama masa pengobatan; atau kapan saja dalam masa pengobatan diperoleh hasil laboratorium yang menunjukkan adanya resistensi OAT
Meninggal	Pasien TB yang meninggal oleh sebab apapun sebelum memulai atau sedang dalam pengobatan.
Putus berobat (<i>loss to follow-up</i>)	Pasien TB yang tidak memulai pengobatannya atau yang pengobatannya terputus terus menerus selama 2 bulan atau lebih.
Pindah	Pasien yang pindah ke unit pencatatan dan pelaporan (register) lain dan hasil pengobatannya tidak diketahui.

Keberhasilan pengobatan	Jumlah yang sembuh dan pengobatan lengkap. Digunakan pada pasien dengan BTA+ atau biakan positif.
Tidak dievaluasi	Pasien TB yang tidak diketahui hasil akhir pengobatannya. Termasuk dalam kriteria ini adalah "pasien pindah (<i>transfer out</i>)" ke kabupaten/kota lain dimana hasil akhir pengobatannya tidak diketahui oleh kabupaten/kota yang ditinggalkan.

Sumber : Permenkes (2016).



2.5 Kerangka Teori Penelitian



Keterangan:

————— : Berhubungan

—————> : Berpengaruh

Gambar 2.1 Kerangka teori hubungan dukungan keluarga sebagai pengawas minum obat dengan tingkat kepatuhan penderita TB dalam menjalankan prosedur pengobatan.