

ITGBM PEMBENTUKAN KADER PENGAWAS MINUM OBAT (PMO) PADA PENDERITA TUBERCULOSIS

Yuldan Faturahman¹⁾, Anto Purwanto²⁾

^{1,2}Jurusan Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Siliwangi Tasikmalaya
e-mail: yuldanfaturahman@unsil.ac.id¹, antopurwanto@unsil.ac.id²

Abstrak

Tujuan: Kegiatan ipteks bagi masyarakat ini adalah membuat dan mengimplementasikan teknologi tepat guna berupa bagaimana penyelesaian masalah TBC yang merupakan penyumbang penyebab kematian yang cukup besar di dunia dan penularan yang sangat cepat, dengan mengubah metode sistem pasif menjadi aktif yang berbasis masyarakat supaya penyakit TBC bisa disembuhkan dan tidak berubah dari TBC biasa pengobatan 6 bulan menjadi tipe MDR kategori 2 yang lebih lama di sembuhkan yaitu pengobatan 2 tahun dengan biaya yang sangat mahal serta penularannya bisa lewat udara dan lebih berbahaya daripada penyakit AIDS dan penyakit berbahaya lainnya. Target khusus pengikutsertaan masyarakat dalam penyelesaian TBC diharapkan dapat menurunkan angka kejadian kesakitan dan kematian akibat TBC Metode: observasi kondisi sekitar, Edukasi apa bahaya TBC, pelatihan penemuan kasus baru dan bagaimana pelaporannya kemudian penatalaksanaan pengobatan terhadap penderita TBC. Rencana kegiatan yang diusulkan adalah observasi lapangan untuk kondisi lingkungan sekitar yang berperan terhadap kejadian TBC, edukasi bahaya bahaya TBC, pembentukan kader Pengawas Minum Obat. Lama kegiatan adalah 8 bulan pelaksanaan.

Kata Kunci : TBC, Pengawas Minum Obat

I. PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) penyakit menular langsung yang disebabkan oleh bakteri (*Mycobacterium tuberculosis*) yang ditularkan melalui udara (*droplet nuclei*) saat seseorang pasien tuberkulosis batuk dan percikan ludah yang mengandung bakteri terhirup oleh orang lain saat bernafas (Widoyono, 2008).

Badan kesehatan dunia, *World Health Organization* (WHO) tahun 2008 menyatakan bahwa TB saat ini menjadi ancaman global. Menurut WHO 1,7 Milyar orang diseluruh dunia telah terinfeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, terdapat 8,8 Juta orang menderita TB setiap tahunnya dan sekitar sepertiga populasi dunia diperkirakan telah terinfeksi dengan angka kematian tiga juta orang pertahun, maka setiap detiknya ada satu orang terinfeksi (WHO, 2010).

Resiko penularan setiap tahunnya ditunjukkan dengan *Annual Risk Of Tuberculosis Infection* (ARTI) yaitu proporsi penduduk yang beresiko terinfeksi TB selama satu tahun. ARTI sebesar 1% berarti 10 (sepuluh) orang diantara 1000 penduduk terinfeksi setiap tahunnya (DepkesRI, 2008).

Berdasarkan laporan Riskesdas Tahun 2013 di provinsi Jawa Barat prevalensi Tuberkulosis secara nasional sebesar 0,7%. Penyakit Tuberkulosis dapat dicegah dan disembuhkan tetapi membutuhkan waktu yang cukup lama yaitu 6 bulan. Oleh sebab

itu, kepatuhan berobat penderita TB sangat dibutuhkan dan salah satunya tergantung pada pengawasan dari orang lain (WHO, 2010).

Penanggulangan penyakit TB Paru perlu ditangani dengan cara yang lebih baik agar tidak lagi menjadi masalah di Indonesia, terutama dari segi manajemen pengobatan seperti pengawasan keteraturan berobat, (Departemen Kesehatan RI, 2002). Kebijakan nasional dalam pengendalian TB salah satunya yaitu dengan strategi DOTS (Directly Observed Treatment Short course chemotherapy). Strategi DOTS ini berupa strategi mencari pasien TB paru dan apabila ditemukan harus diobati sampai sembuh. Salah satu dari komponen DOTS adalah panduan OAT (obat anti tuberkulosis) dengan pengawasan langsung. Untuk menjamin keteraturan pengobatan diperlukan seorang pengawas minum obat (PMO). Apabila strategi ini tidak berhasil maka TBC tersebut akan berpindah menjadi TBC tipe 2 yang di sebut Multi Drugs Resisten atau MDR dimana tipe ini lebih berbahaya dari penyakit AIDS dan penyakit berbahaya lainnya karena dapat menularkan penyakitnya lewat pernafasan, selain itu juga Hikari menjelaskan pengobatan TBC MDR lebih sulit, dan lebih banyak obat yang harus dikonsumsi secara rutin. Selain semakin banyaknya obat, juga waktu pengobatannya lebih lama sampai sekitar dua tahun dan memiliki efek samping yang akan sering muncul. Seperti badan panas, keringat

dingin dan batuk terus menerus. Bahkan, jika sudah parah dapat mengakibatkan batuk hingga mengeluarkan darah.”Jika sudah menderita batuk, penularannya dapat lewat dahak, sehingga penularannya cepat. Hal ini yang kami waspadai,” jelasnya.

Petugas kesehatan meningkatkan pengawasannya untuk memutus rantai penularan dari penderita Tb MDR kepada masyarakat luar. Seperti dengan meminta penderita untuk meminum obat langsung dilembaga kesehatan seperti puskesmas, sehingga bisa diawasi oleh tenaga medis sampai dinyatakan sembuh dokter dengan pemeriksaan laboratorium lebih lanjut.

Hikari mengaku yang berbahaya dari penderita TB MDR, rata-rata mereka *drop out* berobat karena semakin bosan minum obat. ”Ini yang menyebabkan bakteri TB makin berkembang dan kuat, bahkan bisa menyebabkan kematian,” ungkapnya

Pengawas minum obat (PMO) adalah Dukungan dari petugas kesehatan yang berada di rumah sakit yang memiliki wewenang merawat pasien dan keluarga ataupun kerabat dekat pasien yang memotivasi, mengingatkan, dan mengawasi pasien untuk mengkonsumsi obat yang diberikan dokter. Kesembuhan yang ingin dicapai diperlukan keteraturan berobat bagi setiap penderita. Panduan OAT dan peran Pengawas Minum Obat (PMO) merupakan strategi untuk menjamin kesembuhan penderita. Walaupun panduan obat yang digunakan baik tetapi apabila penderita tidak berobat dengan teratur maka umumnya hasil pengobatan akan tidak tuntas.

Kepatuhan adalah sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh petugas kesehatan (Niven 2002). Penderita yang patuh berobat adalah yang menyelesaikan pengobatan secara teratur dan lengkap tanpa terputus selama minimal 6 bulan (Depkes RI, 2002).

Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Nuha Muniroh dkk, 2013 menunjukkan peran dari PMO yang baik berpengaruh pada meningkatnya kepatuhan penderita TB untuk mengkonsumsi obat dengan rutin. Selaras dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Wiwik N dan Khairil A, 2006 menunjukkan hasil penderita yang di dampingi PMO terdapat 42,2% pasien patuh minum obat dan sebanyak 57,8% penderita yang tidak di dampingi PMO tidak patuh minum obat.

Data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat salah satu Kabupaten yang tinggi kejadian TB nya adalah Kabupaten Tasikmalaya khususnya di wilayah kampung Sirung Desa Sukamenak Kecamatan

Sukarame Singaparna, data tiap tahun jumlah kasus selalu naik dan banyak lagi kasus yang tidak di temukan seperti fenomena gunung es, ditambah dengan jumlah tenaga surveilans kesehatan yang sangat minim yaitu sekitar 1 atau 2 orang untuk satu puskesmas atau satu kecamatan sehingga hal tersebut dinilai tidak efektif, ditambah dengan anggaran yang tidak ada untuk kegiatan pencarian kasus secara aktif, sehingga penemuan kasus baru hanya di lakukan lewat kasus pasif atau kasus yang datang ke tempat pelayanan kesehatan seperti Puskesmas.

Berdasarkan permasalahan tersebut diatas dan betapa pentingnya penyelesaian masalah yang ada, dan didasarkan beberapa kegiatan pengabdian dan penelitian beberapa tahun terakhir, maka perlu adanya sinergitas antara kalangan akademisi dengan tokoh masyarakat dan para kader posyandu dalam bentuk kegiatan pengabdian pada masyarakat berupa pemberdayaan masyarakat pembentukan kader Pengawas Minum Obat TBC yang berasal masyarakat sekitar yang di prakarsai oleh Posyandu Dan Rukun Warga sehingga penemuan kasus akan lebih cepat dan bisa langsung di laporkan ke Puskesmas untuk di obati dan di beri obat secara gratis sehingga tingkat kesakitan dan kematian serta penularan dari penyakit TBC bisa di kurangi dan bisa mencapai titik nol.

II. METODE PELAKSANAAN

A. Metode Kegiatan Yang Digunakan

1. Pemberian Materi Pelatihan Mengenai TBC
2. Diskusi, Permainan Dan Simulasi mengenai cara perlakuan terhadap penderita TBC
3. *Focus Guidance Discussion (FGD)*

B. Bentuk/Keragaman Kegiatan

1. Pembuatan Modul
2. Pra test dan Post Test
3. Pelatihan
4. Dialog Games dan Simulasi

III. PELAKSANAAN KEGATAN

A. Metode Kegiatan Yang Digunakan

1. Sosialisasi Kegiatan

Pada tahap pertama supaya kegiatan berjalan lancar maka diadakan pertemuan di Posyandu terlebih dahulu, untuk memastikan waktu penyuluhan jumlah audiens serta berkoordinasi dengan RT RW untuk meminta izin kegiatan dan

tidak dipertanyakan oleh pihak stake holder setempat.

2. Pemberian Materi Pelatihan Mengenai TBC

Kegiatan selanjutnya yaitu pemberian materi TBC, dan sebelum itu diadakan dulu pre test dan post test untuk mengetahui tingkat pengetahuan calon kader PMO mengenai tentang kejadian TB, setelah pre test di berikan selanjutnya diadakan pemberian materi mengenai TBC dari apa itu TBC, Bagaimana penularannya, Jenis-jens TBC, ciri-ciri orang TBC, bagaimana tatalaksannya apabila ada TBC, kepada siapa harus melapor, pemeriksaan apa saja yang dibutuhkan. Setelah pemberian materi maka diadakan kegiatan post test untuk mengetahui apakah sudah ada kenaikan pengetahuan dari calon kader PMO yang akan di sahkan oleh aparaturn setempat.



Gambar 1. Pemberian materi TBC

3. Diskusi, Permainan FGD, Dan Simulasi mengenai cara perlakuan terhadap penderita TBC. Setelah dilakukan penyuluhan beberapa kegiatan selanjutnya yaitu:

a. Diskusi

Diskusi ini merupakan kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui apa yang tidak di ketahui oleh audiens, dalam diskusi tersebut beberapa audiens mengajukan beberapa pertanyaan seperti:

- 1) Apakah TBC berbahaya?

Jawaban: TBC itu berbahaya karena merupakan penyakit menular, dan TBC apabila dalam pengobatannya butuh waktu 6 bulan dan apabila dalam pengobatan tersebut gagal maka TBC nya menjadi lebih berbahaya dan butuh waktu pengobatan 2 tahun dengan cara di duntik selama 2 tahun tiap hari.

- 2) Obatnya apa, kemudian dari mana harus mendapatkannya?

Obatnya ada 3 macam seperti yang ada di slide, tapi obat yang paling terkenal yaitu rifamfisin. Obat TBC bisa didapatkan di Puskesmas secara gratis dan jangan menggunakan obat dokter karena selain mahal biasanya akan terjadi efek seperti mual dan muntah.

- 3) Kenapa dilakukan di Posyandu Sirung

Karena daerah penyuluhan ini menurut data dari puskesmas maupun dinas termasuk daerah yang rawan terhadap kejadian TBC



Gambar 2. Diskusi

b. Simulasi

Simulasi dilakukan dengan memberikan gambaran mengenai bagaimana ciri dari orang TBC, kemudian di jelaskan bahwa TBC merupakan penyakit yang merusak alat pernafasan sehingga sulit untuk bernafas dan bukan karena ketiadaan oksigen tapi karena alat tersebut rusak sehingga tidak bisa menghirup udara luar, dan akan menyebabkan paru2 bekerja lebih keras sehingga akan banyak keluar keringat tanpa beraktifitas dan apabila pada pagi hari biasanya batuknya akan disertai dengan darah. Dan apabila dilihat dari hasil X-Ray maka akan banyak flek di dalam paru-paru



c. FGD

FGD ini dilakukan dengan stakeholder setempat dalam hal ini diwakili oleh ketua RT setempat, FGD ini berdiskusi mengenai ada kasus khusus yang ada di wilayah kerja tersebut dimana ada penderita yang susah untuk diberikan pengobatan, dan bagaimana harus menyelesaikannya, hal ini kita langsung lakukan pembuatan solusi dari mulai pendekatan sampai pemberian dana dari kas yang ada supaya mau berobat dan mau diperiksa X-Ray, hal tersebut dilakukan supaya tidak menyebar lebih banyak dan akan mengganggu produktivitas dari tiap individu. Kemudian esok harinya penderita mau untuk di obat dan di bawa ke rumah sakit serta puskesmas untuk mendapatkan obat dan dimulailah pengobatan TBC tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

Aisyah, (2002). *Hubungan Persepsi, Pengetahuan Tuberkulosis Paru Dan Pengawas Menelan Obat Dengan Kepatuhan Berobat Pasien tuberkulosis paru Di Puskesmas Kecamatan Jatinegoro*

Jakarta Timur Tahun 2001 Tesis Program Pasca Sarjana FKM UI Depok.

Akmalluddin, (2002). *Gambaran Tingkat Kepatuhan Penderita TB Paru Di Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Tahun 2002*. Skripsi Program Sarjana FKM UI Depok.

Asra Septia, Siti Rahmalia dan Febriana Sabrian. 2011. *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat pada Penderita TB Paru*, JOM PSIK VOL.1 NO 2.

Antu Mihrawaty S, 2013. *Hubungan Pengetahuan Dengan Kepatuhan Datang Berobat Pasien Tuberculosis Paru Di Puskesmas Limba B Kota Gorontalo Tahun 2012*. Jurusan sarjana keperawatan, universitas negeri Gorontalo, Gorontalo.

Bantas Krisnawati dan Sumarman, 2012. *Peran Pengawas Minum Obat dan Kepatuhan Pengobatan Tuberculosis di Kabupaten Bangkalan*(Skripsi). Jakarta. Epidemiologi FKM Universitas Indonesia.

Budiman, Novie E. Mauliku, DewiAnggraeni. 2012. *Analisis Faktor yang berhubungan dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Tb Paru pada fase intensif di Rumah Sakit Cibabat Cimahi*. **STIKES A. YANI Cimahi**.

Departemen Kesehatan. 2004. Badan penelitian dan pengembangan kesehatan: Riset operasional intensifikasi pemberantasan penyakit menular Tahun 1998/1999-2003. Departemen Kesehatan. Jakarta.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Laporan riset kesehatan dasar (Riskesdas) Nasional 2007. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2008.

Departemen Kesehatan. 2002. Pedoman Nasional PenanggulanganTuberkulosis. Departemen Kesehatan: Jakarta.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis. Ed ke-2. Jakarta : Departemen Kesehatan; 2007.

- World Health Organization. Tuberculosis. 2010 Diunduh dari: <http://www.who.int/tb/en/>
- Gitawati, R dan Sediati. 2006. *Studi Kasus Hasil Pengobatan Tuberkulosis Paru di 10 Puskesmas di DKI Jakarta 1996–2005*. Jakarta: Cermin Dunia Kedokteran No.137.
- Hutapea Tahan P.. *Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Kepatuhan Minum Obat Anti Tuberkulosis*.2006, RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. <http://jurnalrespirologi.org/jurnal/April09/Dukungan%20Keluarga.pdf> diakses pada tanggal 3 Juli 2012, Malang
- Juwita Resty Hapsari N. 2010. *Hubungan Kinerja Pengawas Minum Obat (PMO) dengan Keteraturan Berobat Pasien TB Paru Strategi DOTS di Dr. RSUD Moewardi Surakarta*. Skripsi. Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Mansjoer, Arif.M 1999. *Kapita Selekta Kedokteran. Media Aesculapius*, Jakarta
- Mansjoer dkk, 2002. *Kapita selektra kedokteran edisi ketiga jilid 2*. media Aesculapius, Jakarta.
- Niven, 2002. <http://digilib.unimus.ac.id/download.php?id=2508>, diakses tanggal 3 april 2013. Novitri, Rahim (2007). *Tingkat Kepatuhan Berobat Pada Pasien Penderita Tuberkulosis Dan Faktor-Faktor Yang Mempengaruhinya Di Puskesmas Jembatan Serong Banten*. Skripsi Program Sarjana Ekstensi Farmasi PMIPA UI Depok.
- Nursalam, 2008. *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. salemba medika, Surabaya.
- Notoatmodjo, Soekidjo. *Ilmu kesehatan masyarakat (prinsip-prinsip Dasar)*. Jakarta: Rineka Cipta; 1997.
- [CDC] Center for Disease Control and Prevention. Tuberculosis. 28 Juni 2010. Diunduh dari : <http://www.cdc.gov/TB/>
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Niven, Neil. 2012. *Psikologi Kesehatan: Pengantar Untuk Perawat & Profesional Kesehatan Lain*. Jakarta: EGC
- Nursing, 2011. *Memahami Berbagai Macam Penyakit*. Index, Jakarta.
- Notoatmodjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Valita, F. P. 2007. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Berobat Penderita Tuberkulosis Paru di Puskesmas Depok*. *Jurnal Respir Indo*.Vo. 17.
- WHO. 2007. *Pemerintah Akan Sediakan Pos Pelayanan Tuberculosis*. http://www.pemerintah-akan-sediakan-pos-pelayanan-tuberculosis.qf1pacz_print.html. Diakses : 25 Juni 2014.
- Syahrizal, (2004), *Analisis Kepatuhan Penderita TB Paru BTA Positif dalam menelan obat di RS Khusus Paru-Paru Provinsi Sumatra Selatan Tahun 2002*. Tesis program Pascasarjana FKM UI Depok.
- Widoyono, 2008. *PENYAKIT TROPIS Epidemiologi, Pemberantasannya*. Erlangga, Semarang.
- World Health Organization. Tuberculosis. 2010 Diunduhdari: <http://www.who.int/tb/en/>