

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tuberkulosis Paru

2.1.1 Definisi

Tuberkulosis paru adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang menyebar lewat udara. Saat pasien tuberkulosis paru batuk, bersin, atau meludah, bakteri tuberkulosis paru akan terlempar ke udara dan bisa dihirup ke dalam tubuh orang di sekitarnya. Sampai saat ini, tuberkulosis masih menjadi penyakit infeksi yang paling berbahaya dan menular di dunia (Mawandri et al., 2025).

Fitriani dan Pratiwi (2020) menjelaskan tuberkulosis sebagai penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* dan dapat menyerang paru serta organ lainnya. Penyakit ini merupakan penyakit infeksius yang menyerang parenkim paru, sehingga tuberkulosis paru dipahami sebagai salah satu gangguan saluran pernapasan bagian bawah.

Menurut Alberta dan Widyastuti (2021), tuberkulosis paru adalah penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yaitu kuman aerob yang dapat hidup terutama pada paru maupun organ lain yang memiliki tekanan oksigen tinggi. Bakteri tuberkulosis paru memiliki kandungan lemak tinggi pada membran sel sehingga menyebabkan bakteri bersifat tahan asam serta pertumbuhannya lambat. Tuberkulosis paru juga dipahami sebagai penyakit infeksi kronis dan berulang yang menyerang paru, namun dapat mengenai seluruh organ tubuh.

Haskas dan Sriwahyuni (2024) mendefinisikan *tuberculosis* sebagai penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang menyerang paru dan hampir seluruh organ tubuh lainnya seperti menyerang organ lain seperti pleura, selaput otak, kulit, kelenjar *limfe*, tulang, sendi, usus, dan sistem *urogenital*, penyakit ini ditularkan melalui percikan dahak (*droplet*) dari penderita kepada individu yang rentan.

Berdasarkan berbagai definisi di atas, maka dapat penulis simpulkan bahwa tuberkulosis paru adalah penyakit infeksi menular kronis yang terutama menyerang parenkim paru, disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, yang penularannya terutama melalui percikan dahak (*droplet/airborne*) dari penderita, serta dapat berkembang menjadi infeksi sistemik yang juga berpotensi menyerang organ tubuh lainnya apabila tidak ditangani dengan tepat.

2.1.2 Etiologi

Tuberkulosis adalah masalah kesehatan global yang menjadi salah satu dari 10 penyebab kematian terbesar di dunia setelah *Human Immunodeficiency Virus (HIV)/ Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)*. Penyebab utamanya adalah bakteri, namun ada beberapa jenis bakteri *Mycobacterium* lain seperti *M. africanum*, *M. bovis*, *M. leprae*, dan lainnya, yang disebut Bakteri Tahan Asam (BTA) (Mawandri et al., 2025).

Selain *Mycobacterium tuberculosis*, terdapat beberapa spesies lain yang juga berkaitan dengan penyakit tuberkulosis paru seperti *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium microti*, dan *Mycobacterium canettii*, namun *M. tuberculosis* tetap menjadi

penyebab paling dominan pada manusia (Mawandri et al., 2025). Dalam buku ajar TBC juga dijelaskan bahwa penyebab tuberkulosis paru berasal dari kelompok bakteri *Mycobacterium*, dan spesies yang paling umum menyebabkan penyakit ini adalah *Mycobacterium tuberculosis* (Fitriani & Pratiwi, 2020).

Bakteri penyebab tuberkulosis paru memiliki karakteristik khusus, yaitu bersifat aerob (memerlukan oksigen), sehingga lebih mudah berkembang pada jaringan tubuh dengan kadar oksigen tinggi seperti paru-paru. Selain itu, bakteri ini memiliki kandungan lemak tinggi pada membran sel yang membuatnya tumbuh lambat serta tahan terhadap zat asam dan beberapa kondisi lingkungan (Alberta & Widyastuti, 2021).

2.1.3 Klasifikasi dan Tipe Pasien

Dalam penanganan tuberkulosis paru, terdapat beberapa klasifikasi pasien untuk menentukan tindakan medis yang tepat (Mawandri et al., 2025).



Gambar 2.1 Klasifikasi dan Tipe Pasien

1. Terduga Pasien Tuberkulosis Paru

Seseorang yang memiliki gejala atau keluhan yang menunjukkan kemungkinan menderita tuberkulosis paru.

2. Pasien Tuberkulosis Paru Terkonfirmasi Bakteriologi

Orang yang hasil pemeriksaannya menunjukkan positif adanya bakteri tuberkulosis paru, baik melalui mikroskop yaitu hanya melihat bentuk bakteri secara visual, Tes Cepat Molekuler (TCM) yaitu mendeteksi DNA bakteri secara langsung, atau biakan yaitu mendeteksi dengan menumbuhkan bakteri secara fisik dari sampel pasien. Kelompok ini meliputi:

- a. Pasien tuberkulosis paru dengan hasil BTA positif
- b. Pasien tuberkulosis paru dengan hasil biakan tuberkulosis paru positif
- c. Pasien tuberkulosis paru dengan hasil tes cepat tuberkulosis paru positif
- d. Pasien tuberkulosis paru ekstra (infeksi tuberkulosis yang menyerang organ selain paru-paru, seperti kelenjar getah bening, tulang, sendi, otak (meningitis), kulit, atau saluran pencernaan) yang terkonfirmasi bakteriologis dari jaringan yang terkena.
- e. Anak dengan tuberkulosis paru yang didiagnosis melalui pemeriksaan bakteriologis

3. Pasien Tuberkulosis Paru Terdiagnosis Secara Klinis

Pasien yang tidak memenuhi kriteria bakteriologis, tetapi didiagnosis dokter sebagai tuberkulosis paru aktif dan diberi pengobatan. Kelompok ini meliputi:

- a. Pasien tuberkulosis paru BTA negatif, namun hasil foto toraks (rontgen dada) mendukung diagnosis tuberkulosis paru.

- b. Pasien tuberkulosis paru yang tidak membaik setelah diberi antibiotik non-OAT (Obat Anti Tuberkulosis), serta memiliki faktor risiko tuberkulosis paru.
- c. Pasien tuberkulosis paru ekstra yang didiagnosis secara klinis/ laboratorium/ histopatologis (pemeriksaan jaringan utuh) tanpa konfirmasi bakteriologis.
- d. Pasien anak yang didiagnosis menggunakan sistem skoring. Metode ini menggabungkan berbagai faktor seperti gejala klinis, riwayat, dan hasil pemeriksaan untuk mendapatkan skor total, dan jika skor mencapai ambang batas tertentu (misalnya ≥ 6 untuk diagnosis tuberkulosis paru), maka diagnosis dapat ditegakkan dan pengobatan dapat dimulai.

Apabila pasien yang didiagnosis secara klinis kemudian terbukti positif secara bakteriologis (sebelum atau saat pengobatan), statusnya harus diubah menjadi pasien terkonfirmasi bakteriologis. Diagnosis klinis hanya boleh dilakukan jika gejala dan kondisi klinis sangat jelas menunjukkan tuberkulosis paru, atau kondisi pasien membutuhkan pengobatan segera (seperti pada tuberkulosis paru meningitis/ infeksi pada selaput otak, tuberkulosis paru milier/ bakteri menyebar ke seluruh tubuh, atau pasien HIV positif) untuk mencegah situasi yang merugikan pasien (Mawandri et al., 2025).

2.1.4 Faktor Risiko

Berdasarkan teori segitiga epidemiologi, tuberkulosis paru dipengaruhi oleh tiga faktor (Mawandri et al., 2025):

1. Agen (*Agent*)

Penyebabnya adalah bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri ini berbentuk batang merah di bawah mikroskop, tahan suhu dingin (hidup pada 4°C hingga -70°C), tetapi mati jika terkena panas matahari atau suhu 30°C-37°C dalam seminggu (di luar tubuh).

2. Pejamu (*Host*)

a. Usia

Tuberkulosis paru menyerang semua usia, namun 75% kasus di Indonesia terjadi pada usia produktif

1) Usia Produktif (15-50 tahun)

Merupakan kelompok dengan kasus terbanyak karena mobilitas tinggi dan interaksi sosial yang luas.

2) Balita (0-5 tahun)

Kelompok ini memiliki sistem imun yang belum sempurna sehingga bakteri tuberkulosis paru lebih mudah berkembang biak dan menyebar (Tuberkulosis Paru Ekstra Paru). Lebih dari itu, Tuberkulosis paru pada balita menciptakan lingkaran setan dengan status gizi. Infeksi Tuberkulosis paru menyebabkan anak kehilangan nafsu makan dan gangguan penyerapan nutrisi, yang berujung pada gizi buruk atau stunting. Sebaliknya, kondisi gizi buruk tersebut akan semakin melemahkan imun anak, membuat penyakit tuberkulosis paru menjadi lebih parah dan sulit disembuhkan.

3) Lansia

Risiko meningkat akibat penurunan fungsi tubuh alami (degeneratif) dan adanya penyakit penyerta (komorbid).

b. Jenis Kelamin

Pria lebih rentan dibanding wanita (6,1 juta kasus pria vs 3,7 juta kasus wanita secara global). Hal ini dipengaruhi faktor risiko seperti merokok, alkohol, dan ketidakpatuhan berobat yang lebih tinggi pada pria.

c. Lingkungan (*Environment*)

Lingkungan yang padat, lembab, dan kurang ventilasi mempermudah penularan agen ke pejamu (dijelaskan dalam konteks risiko penularan).

2.1.5 Indikator Keberhasilan Pengobatan

Indikator keberhasilan pengobatan tuberkulosis paru merupakan ukuran yang digunakan untuk menilai apakah pengobatan pasien tuberkulosis berjalan efektif sesuai standar program tuberkulosis paru. Keberhasilan pengobatan sangat penting karena menentukan tercapainya kesembuhan pasien, mencegah penularan kepada orang lain, serta menghindari terjadinya resistensi obat (Anggraini & Hutabarat, 2024).

Pengobatan adalah cara paling efektif mencegah penularan. Terapi utama menggunakan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yang terdiri dari *Rifampisin*, *Isoniazid*, *Pirazinamid*, dan *Etambutol*. Pengobatan harus tuntas, jika tidak sesuai standar, berisiko menyebabkan kegagalan dan kekebalan obat (Tuberkulosis Paru RO). Jenis Pengobatan:

1. Tuberkulosis Paru Sensitif Obat (Tuberkulosis Paru SO)

Diberikan selama 6 bulan. Terdiri dari tahap awal (2 bulan) dengan *Isoniazid*, *Rifampisin*, *Pirazinamid*, *Ethambutol*, dan tahap lanjutan (4 bulan) dengan *Isoniazid* dan *Rifampisin*.

2. Tuberkulosis Paru Resistan Obat (TB RO)

Menggunakan panduan pengobatan jangka pendek (6 bulan BPaL/ M atau 9 bulan) maupun jangka panjang, dengan obat yang lebih kuat dan bervariasi.

Pasien harus dipantau secara rutin, termasuk berat badan dan pemeriksaan dahak (sputum) untuk melihat respon pengobatan.

1. Pemeriksaan sputum dilakukan di akhir fase intensif (bulan ke-2 untuk kasus baru, bulan ke-3 untuk pengobatan ulang).
2. Jika sputum masih positif pada bulan ke-5 atau akhir pengobatan, pasien dinyatakan Gagal dan harus diperiksa untuk kemungkinan tuberkulosis paru Resistan Obat (MDR).

Sebagian besar pasien aman, namun ada risiko efek samping.

1. Efek Minor, bisa lanjut dengan obat pereda gejala.
2. Efek Mayor, obat penyebab mungkin perlu dihentikan.
3. *Neuropati Perifer*, rasa terbakar/ kaku di tangan kaki. Sering pada pasien diabetes, HIV, atau malnutrisi. Dapat dicegah dengan pemberian vitamin B6 (*piridoksin*).

2.1.6 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Pengobatan

Keberhasilan pengobatan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berkaitan, baik yang berasal dari pasien, penyakit, maupun lingkungan pelayanan kesehatan (Suwarni et al., 2025).

1. Faktor Pasien

Karakteristik pasien, seperti usia, tingkat pendidikan, pengetahuan, dan motivasi. Pasien dengan pemahaman yang baik tentang penyakit serta manfaat pengobatan cenderung memiliki kesadaran tinggi untuk menjalani terapi secara teratur. Selain itu, kondisi psikologis pasien juga berpengaruh, karena stres, kecemasan, atau depresi dapat menurunkan semangat pasien dalam melanjutkan pengobatan hingga tuntas.

2. Faktor Penyakit

Kondisi penyakit juga menjadi faktor penentu. Tingkat keparahan penyakit, adanya komplikasi, serta penyakit penyerta seperti diabetes atau gangguan imun dapat memperlambat proses penyembuhan. Penyakit penyerta dapat menyebabkan tubuh pasien lebih sulit merespons terapi, sehingga membutuhkan pengobatan lebih intensif dan pengawasan lebih ketat.

3. Faktor Pengobatan

Faktor berikutnya berkaitan dengan kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat. Kepatuhan menjadi penentu paling penting karena pengobatan yang tidak dilakukan sesuai aturan, seperti lupa minum obat atau menghentikan pengobatan sebelum waktunya, dapat menyebabkan

kegagalan terapi. Hal ini sering dipengaruhi oleh efek samping obat, lamanya masa pengobatan, serta persepsi pasien yang merasa sudah sembuh sebelum pengobatan selesai.

4. Faktor Dukungan Sosial

Keberhasilan pengobatan juga sangat dipengaruhi oleh dukungan sosial, terutama dari keluarga dan orang terdekat. Dukungan keluarga dapat berupa mengingatkan jadwal minum obat, membantu memenuhi kebutuhan nutrisi, serta memberikan dorongan emosional agar pasien tetap semangat menjalani pengobatan. Dalam kasus tertentu seperti pengobatan tuberkulosis, peran Pengawas Minum Obat (PMO) menjadi sangat penting untuk memastikan pasien meminum obat secara teratur sesuai program yang ditetapkan.

5. Faktor Pelayanan Kesehatan

Faktor pelayanan kesehatan juga berpengaruh besar. Akses terhadap fasilitas kesehatan, kualitas pelayanan tenaga medis, ketersediaan obat, serta edukasi yang diberikan kepada pasien menentukan kelancaran pengobatan. Pelayanan kesehatan yang ramah dan responsif dapat meningkatkan kepercayaan pasien sehingga pasien lebih patuh mengikuti arahan tenaga kesehatan. Monitoring dan evaluasi secara berkala juga diperlukan agar perkembangan pasien dapat dipantau dan masalah yang muncul dapat segera ditangani.

6. Faktor Ekonomi

Faktor ekonomi menjadi aspek pendukung yang tidak kalah penting. Kondisi ekonomi yang rendah sering menyebabkan pasien

kesulitan dalam memenuhi biaya transportasi ke fasilitas kesehatan, kebutuhan gizi, atau kebutuhan pendukung lainnya. Jika hambatan ekonomi tidak ditangani, pasien berisiko putus berobat sehingga pengobatan tidak berhasil secara optimal.

2.2 Usia

2.2.1 Definisi

Menurut Badan Pusat Statistik (BPS, 2023), umur atau usia didefinisikan sebagai lama waktu hidup seseorang sejak dilahirkan, dihitung dalam tahun berdasarkan sistem kalender Masehi dengan metode pembulatan ke bawah (ulang tahun terakhir). Sejalan dengan definisi tersebut, Nisa et al. (2024) menjelaskan usia sebagai ukuran waktu yang dihitung sejak seseorang lahir sampai dengan waktu pengukuran dilakukan, yang biasanya dinyatakan dalam satuan tahun

World Health Organization (WHO, 2024) menjelaskan bahwa usia merupakan indikator penting dalam menentukan kategori populasi berdasarkan tahap kehidupan. WHO menggunakan kelompok usia tertentu untuk menggambarkan fase perkembangan manusia seperti remaja, dewasa muda, dewasa, dan lanjut usia. Pembagian ini menegaskan bahwa usia bukan hanya angka kronologis, tetapi juga merepresentasikan perubahan biologis dan sosial yang memengaruhi pola penyakit dan kebutuhan layanan kesehatan.

National Institutes of Health (NIH, 2025) dalam pedoman penulisan dan klasifikasi umur menyebutkan bahwa usia merupakan ukuran yang menunjukkan rentang kehidupan manusia dan menjadi dasar untuk membedakan kelompok populasi seperti anak-anak, remaja, dewasa, dan lansia.

Dalam perspektif ini, usia dipandang sebagai variabel yang memengaruhi perbedaan risiko penyakit, toleransi terapi, serta respon fisiologis terhadap intervensi medis.

Berdasarkan berbagai pendapat ahli di atas, maka penulis menyimpulkan bahwa usia adalah lamanya waktu hidup seseorang yang dihitung sejak kelahiran hingga saat dilakukan pengukuran, dinyatakan dalam satuan tahun, serta menjadi indikator penting yang mencerminkan tahap perkembangan biologis dan sosial yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan, kerentanan penyakit, dan keberhasilan pengobatan.

2.2.2 Pengelompokan Usia

Usia merupakan variabel demografis dasar yang dipakai di hampir seluruh studi kesehatan untuk mengelompokkan populasi menurut tahap kehidupan, risiko biologis, kondisi sosial-ekonomi, dan kebutuhan layanan. Namun tidak ada satu definisi tunggal yang berlaku universal: berbagai organisasi dan penelitian memilih rentang umur yang berbeda sesuai tujuan analisis. *World Health Organization* (WHO, 2024) membedakan beberapa kategori: *adolescent* (10–19 tahun), *young people* (10–24 tahun) dan *youth* (15–24 tahun) untuk keperluan program kesehatan remaja dan perencanaan kebijakan.

Untuk kelompok lanjut usia (*older persons*), *World Health Organization* (WHO, 2024) umumnya menggunakan ambang 60 tahun ke atas sebagai kategori lanjut usia (*older/elderly*) dalam konteks demografi dan program *aging*, karena banyak indikator kesehatan populasi dan komitmen internasional (misal SDG) berbasis kelompok umur ini. Di sisi

lain, lembaga kesehatan nasional dan riset medis NIH memakai ambang 65 tahun untuk mendefinisikan “*older adults*” atau “*seniors*” dalam kajian klinis dan kebijakan layanan kesehatan, karena 65 sering menjadi *cutoff* untuk pensiun dan perubahan risiko penyakit kronis di banyak negara (NIH, 2025).

Dalam penelitian epidemiologi dan *surveilans* kesehatan, praktisnya peneliti sering memilih pembagian umur yang mencerminkan tahap hidup dan pola penyakit: contohnya beberapa studi mengelompokkan dewasa muda (18–34 tahun), usia produktif/*midlife* (35–64 tahun), dan lansia (≥ 65 tahun) untuk melihat perbedaan prevalensi penyakit kronis; sementara survei demografi/statistik menggunakan rentang lebih granular seperti 0–4, 5–14, 15–24, 25–44, 45–64, ≥ 65 agar kompatibel dengan perhitungan beban penyakit dan perencanaan layanan (Watson et al., 2025).

Literatur metodologis juga menekankan bahwa pembagian umur harus disesuaikan dengan konteks penyakit: dalam studi infeksi seperti tuberkulosis paru, risiko biologis dan pola kepatuhan sering berbeda secara tajam antara anak-anak, remaja/usia muda, kelompok usia produktif, dan lansia sehingga beberapa penelitian tuberkulosis paru memilih *cutoff* 60 tahun (atau 65 tahun) untuk mengidentifikasi “usia lanjut” yang berisiko lebih tinggi mengalami komorbiditas, penurunan imun, dan mortalitas. Selain itu, untuk menangkap problem kepatuhan di “usia produktif”, studi memisahkan kelompok 15–34 atau 15–59 tahun (Abdulrashid et al., 2023).

2.3 Pengawas Minum Obat (PMO)

2.3.1 Definisi PMO

Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) Tata Laksana Tuberkulosis menjelaskan bahwa pengobatan tuberkulosis paru harus dilakukan dengan pengawasan untuk menjamin keteraturan konsumsi obat anti tuberkulosis (OAT). Dalam pedoman ini, pengawasan minum obat dipandang sebagai bentuk dukungan langsung kepada pasien agar dapat menyelesaikan pengobatan secara teratur dan lengkap, sehingga meningkatkan keberhasilan pengobatan dan mencegah munculnya tuberkulosis paru resisten obat (Mawandri et al., 2025).

Selanjutnya, Fitriani dan Pratiwi (2020) menjelaskan PMO sebagai seseorang yang ditunjuk untuk membantu pasien tuberkulosis paru dalam menjalani terapi dengan cara memantau serta memastikan pasien meminum obat sesuai dosis dan jadwal yang telah ditentukan. PMO juga memiliki fungsi memberikan motivasi dan mengingatkan pasien agar tidak lalai dalam menjalani pengobatan sampai tuntas, karena ketidakpatuhan dapat menyebabkan kegagalan terapi.

Alberta dan Widyastuti (2021) menjelaskan bahwa keberhasilan pengobatan tuberkulosis paru sangat membutuhkan dukungan keluarga, salah satunya melalui peran anggota keluarga yang membantu pasien dalam proses pengobatan. Keluarga dapat berperan sebagai pengawas dan pendamping pasien dalam minum obat serta mendukung pasien untuk patuh terhadap pengobatan, sehingga penularan dapat diputus dan pasien dapat sembuh.

Pengawasan minum obat merupakan bagian dari strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*), yaitu pendekatan pengobatan tuberkulosis paru dengan pengawasan langsung untuk memastikan pasien meminum obat secara rutin. Dalam pendekatan ini, PMO dapat berasal dari tenaga kesehatan, kader kesehatan, maupun anggota keluarga yang dipercaya, dengan tujuan utama menjamin pasien menyelesaikan regimen pengobatan sesuai standar (Mawandri et al., 2025)

Berdasarkan pendapat ahli tersebut, penulis menyimpulkan bahwa Pengawas Minum Obat (PMO) adalah seseorang yang ditunjuk untuk mendampingi pasien tuberkulosis paru dalam menjalani pengobatan dengan cara mengawasi dan memastikan pasien meminum obat anti tuberkulosis secara teratur sesuai dosis dan jadwal, memberikan motivasi, mengingatkan jadwal kontrol, serta membantu pasien menyelesaikan pengobatan sampai tuntas guna meningkatkan keberhasilan terapi dan mencegah putus berobat maupun resistensi obat.

2.3.2 Syarat PMO

PMO adalah seseorang yang dipercaya untuk mengawasi pasien tuberkulosis paru untuk minum obat secara teratur. Biasanya adalah keluarga atau orang terdekat yang bersedia secara sukarela mendampingi pasien sampai dinyatakan sembuh oleh tenaga medis. Menurut Kemenkes (2020), PMO yang baik wajib memenuhi beberapa syarat berikut:

1. Sehat jasmani dan rohani.
2. Mampu membaca dan menulis.
3. Mampu berkomunikasi dengan baik.

4. Tinggal dekat dengan pasien tuberkulosis paru (biasanya serumah atau mudah dijangkau).
5. Dihormati dan disetujui oleh pasien tuberkulosis paru itu sendiri.
6. Bersedia mendampingi pasien dalam pengobatan di fasilitas kesehatan rujukan.
7. Bersedia menerima penyuluhan dari petugas kesehatan atau kader tentang pengobatan tuberkulosis paru.

Meskipun bukan “syarat formal”, buku panduan tuberkulosis paru dan dokumen program DOTS menekankan bahwa PMO harus mampu mengawasi bahwa pasien benar-benar menelan obat Anti Tuberkulosis (OAT) sesuai regimen (tepat obat, tepat dosis, tepat waktu).

2.3.3 Peran PMO

Menurut Zulfikar et al. (2023), peran Pengawas Minum Obat (PMO) pada pasien tuberkulosis paru, sebagai berikut:

1. Memberikan dorongan agar pasien mau berobat secara teratur

PMO memiliki peran penting sebagai pendukung utama (*support system*) pasien tuberkulosis paru selama menjalani pengobatan.

Pengobatan tuberkulosis paru memerlukan waktu yang panjang (minimal 6 bulan) sehingga pasien sering mengalami kejenuhan, merasa sudah sembuh, atau mengalami efek samping obat. Dalam kondisi ini, PMO berfungsi memberikan dorongan moral, motivasi, dan penguatan psikologis agar pasien tetap konsisten berobat sesuai jadwal. Dorongan yang diberikan PMO dapat berupa mengingatkan waktu minum obat, menumbuhkan semangat pasien untuk menyelesaikan terapi, serta

mencegah pasien menghentikan pengobatan sebelum waktunya. Peran ini sangat penting karena ketidakteraturan pengobatan dapat menyebabkan kegagalan terapi dan meningkatkan risiko resistensi obat (Tuberkulosis Paru RO).

2. Memberikan edukasi kepada keluarga pasien

Selain mendampingi pasien, PMO juga berperan sebagai penyampai informasi kesehatan kepada keluarga pasien. Edukasi ini meliputi pemahaman tentang tuberkulosis paru sebagai penyakit menular, cara penularan melalui droplet, pentingnya etika batuk, menjaga ventilasi rumah, penggunaan masker, serta pentingnya pemeriksaan anggota keluarga yang kontak erat. Dengan adanya edukasi yang diberikan PMO, keluarga diharapkan mampu menciptakan lingkungan rumah yang mendukung kesembuhan pasien, sekaligus mencegah penularan tuberkulosis paru kepada anggota keluarga lain. Edukasi juga membantu mengurangi stigma terhadap pasien tuberkulosis paru, sehingga pasien merasa diterima dan lebih termotivasi menjalani pengobatan.

3. Membantu atau mendampingi penderita dalam mengambil OAT

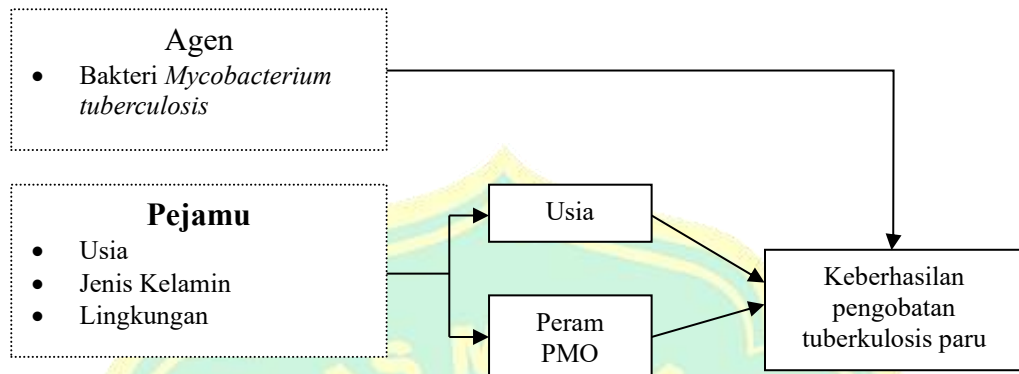
PMO memiliki peran teknis dalam mendukung kelancaran pengobatan melalui pengambilan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) ke fasilitas pelayanan kesehatan. Peran ini penting terutama bagi pasien yang memiliki keterbatasan waktu, kondisi fisik lemah, jarak rumah jauh dari puskesmas, atau kendala ekonomi dan transportasi. Dengan pendampingan PMO, pasien lebih terbantu dalam memastikan obat

tersedia tepat waktu dan tidak terjadi keterlambatan konsumsi OAT. Selain itu, kehadiran PMO saat mengambil obat juga memungkinkan koordinasi yang lebih baik dengan petugas kesehatan terkait jadwal kontrol, evaluasi pengobatan, serta pelaporan kondisi pasien selama terapi.



2.4 Kerangka Teori

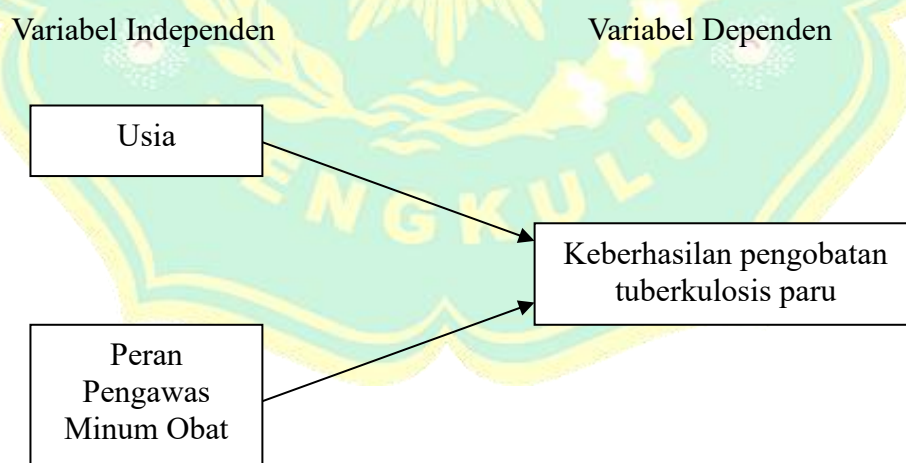
Adapun kerangka teori penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.2 Kerangka Teori
Sumber: Mawandri et al. (2025)

2.5 Kerangka Konsep

Adapun kerangka konsep penelitian ini dapat dilihat pada Gambar 2.2



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

2.6 Hipotesis

1. H_0 : Tidak terdapat hubungan antara usia dengan keberhasilan pengobatan tuberkulosis paru

H_1 : Terdapat hubungan antara usia dengan keberhasilan pengobatan tuberkulosis paru

2. H_0 : Tidak terdapat hubungan antara peran pengawas minum obat dengan keberhasilan pengobatan tuberkulosis paru

H_1 : Terdapat hubungan antara peran pengawas minum obat dengan keberhasilan pengobatan tuberkulosis paru

