

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA, KAJIAN TEORI, DAN HIPOTESIS

#### 2.1 Tinjauan Pustaka

Dalam suatu penelitian diperlukan dukungan hasil-hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti sebelumnya. Penelitian terdahulu diperlukan sebagai bahan pengkajian dan referensi yang berkaitan dengan permasalahan yang diteliti.

Penelitian pertama, dilakukan oleh **Anita Fatarona (2018)** yang berjudul **“Model Adaptasi Psikososial Pada Klien Tuberkulosis Paru Yang Menjalani Pengobatan Dengan Menggunakan Pendekatan *Uncertainty In Illness* di Puskesmas Wilayah Kerja Jember.”** Faktor sosial (stigma) berpengaruh signifikan terhadap *uncertainty* klien TBC. Faktor *uncertainty* berpengaruh signifikan terhadap koping klien dan adaptasi psikososial klien TBC. Koping berpengaruh signifikan terhadap adaptasi psikososial klien TBC. Pengetahuan mempunyai pengaruh secara langsung terhadap *uncertainty*. *Uncertainty* menurun disebabkan karena pengetahuan klien meningkat, pemahaman klien TBC terkait informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan dapat mengurangi kekhawatiran dan kebingungan klien TBC. Model keperawatan adaptasi psikososial ini memiliki *predictive relevance* yang baik dapat diterapkan di tatanan pelayanan keperawatan Puskesmas Wilayah Kerja Jember.

Penelitian kedua, dilakukan oleh **Hayati Syarifah, Indah Amelia, Ratna Anggraeni (2018)** yang berjudul **"Gambaran Psikososial pada Pasien Multidrug Resistant Tuberculosis dengan Gangguan Dengar Sensorineural di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung."** Pasien Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR TB) dengan gangguan dengar sensorineural ringan tidak mengalami gangguan psikososial (*no handicap*). Pasien MDR TB mulai mengalami gangguan psikososial (*mild-moderate*

*handicap*) apabila *Sensorineural Hearing Loss* (SNHL) derajat ringan disalah satu sisi telinga dan berat di telinga lainnya atau derajat sedang di kedua sisi telinga. Pasien MDR TB dengan gangguan dengar sensorineural berat pada kedua telinga mengalami gangguan psikososial berat yang dapat menghambat kehidupan sehari-harinya (*significant handicap*).

Penelitian ketiga, dilakukan oleh **Noor Indyah Rachmawati, Suryani, Chandra Isabella (2015)** yang berjudul “**Kebutuhan Psikososial Keluarga yang Mempunyai Anggota Keluarga Menderita TB Paru.**” Kebutuhan psikososial yang mempunyai presentase paling tinggi adalah kebutuhan psikososial keluarga dalam hal spiritual yaitu harapan akan kesembuhan anggota keluarga yang menderita TB paru (100%). Hal tersebut karena adanya stigma negatif masyarakat tentang TB paru yaitu bahwa TB paru adalah penyakit yang menular dan tidak bisa disembuhkan. Hal ini sesuai dengan penelitian Pratiwi (2011), yang menyatakan bahwa rasa takut dan malu akan dirasakan oleh pasien dan keluarga karena banyaknya stigma negatif masyarakat tentang TB. Kebutuhan psikososial lain dalam hal spiritual yang berada pada tingkat kebutuhan sedang sampai tinggi adalah tidak berputus asa dalam merawat anggota keluarga yang menderita TB (96,49%).

Penelitian keempat, dilakukan oleh **Felix Kasim (2010)** yang berjudul “**Pengembangan Model Manajer Kasus dan Dampaknya Terhadap Kepuasan Mutu dan Pelayanan Klinik di Rumah Sakit: Penataan Struktur dan Proses Pemberdayaan Manajer Kasus di Ruang Rawat Inap.**” Berdasarkan landasan pemikiran penelitian ini, *disease case management* dengan pemberdayaan manajer kasus merupakan penataan struktur dan proses pemberian asuhan keperawatan pada ruang rawat, sehingga memungkinkan pemberian asuhan keperawatan profesional. Pada aspek proses ditetapkan jumlah tenaga manajer kasus berdasarkan jumlah klien dan penempatan ruang rawat. Penetapan manajer kasus sesuai kebutuhan menjadi hal penting, karena bila tidak sesuai dengan kebutuhan klien, tidak ada waktu untuk melakukan tindakan kolaborasi keperawatan

dan klinis yang harusnya dilakukan sesuai ICP. Manajer kasus di ruang rawat inap belum berpengaruh terhadap kepuasan profesional perawat, kepuasan klien, kepatuhan terhadap standar penatalaksanaan mahaer kasus dan angka kejadian infeksi karena jarum infus dan decubitus. Manajer kasus berpengaruh terhadap peningkatan proses penatalaksanaan asuhan keperawatan penderita TBC dengan ICP dan kelengkapan pengisian catatan medik.

## 2.2 Kajian Teori

### 2.2.1 Pengertian Tuberkulosis

Tuberkulosis adalah penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Tuberkulosis bisa menyerang bagian paru-paru dan dapat menyerang semua bagian tubuh (Puspasari, 2019). Tuberkulosis adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri masuk dan terkumpul di dalam paru-paru akan berkembang baik terutama pada orang dengan daya tahan tubuh yang rendah dan menyebar melalui pembuluh darah atau kelenjar getah bening. Oleh sebab itu infeksi TBC dapat menginfeksi hampir seluruh organ tubuh seperti paru-paru, saluran pencernaan, tulang, otak, ginjal, kelenjar getah bening, dan lain-lain, namun organ tubuh yang paling sering terkena yaitu paru-paru (Sinta, 2015).

Penyakit *tuberculosis* yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* ditularkan melalui droplet udara yang disebut sebagai droplet nuclei yang dihasilkan oleh penderita TB paru ataupun TB laring pada saat batuk, bersin, berbicara, ataupun menyanyi. Droplet ini akan tetap berada di udara selama beberapa menit sampai jam setelah proses ekspektorasi (Amanda, 2018). Bila batuk, bersin, atau bicara saat berhadapan dengan orang lain, basil *tuberculosis* tersembur dan terhisap ke dalam paru orang sehat, masa

inkubasinya yaitu 3-6 bulan. Setiap basil tahan asam (BTA) positif akan menularkan kepada 10-15 orang lainnya, sehingga kemungkinan setiap kontak untuk tertular tuberkulosis adalah 17%. Hasil studi lainnya melaporkan bahwa kontak terdekat (keluarga serumah) akan dua kali beresiko dibandingkan kontak biasa (tidak serumah) (Widiyono, 2008).

Penting untuk diketahui bahwa orang yang terinfeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis* bisa saja tidak langsung menularkan bakteri pada orang lain. Hanya orang dengan penyakit TB paru aktif saja yang dapat menyebarkan bakteri tersebut pada orang lain. TB primer Penularan TB paru terjadi karena bakteri dibatukkan atau dibersinkan keluar menjadi droplet nuclei dalam udara di sekitar kita. Partikel infeksi ini dapat menetap dalam udara bebas selama 1-2 jam, tergantung pada ada tidaknya sinar ultraviolet, ventilasi yang buruk dan kelembaban. Bila partikel infeksi ini terhisap oleh orang yang sehat, ia akan menempel pada saluran napas atau jaringan paru. Partikel yang dapat masuk ke dalam alveolar adalah partikel yang berukuran <5  $\mu$ m. Bakteri yang menetap di jaringan paru akan berkembang biak di dalam sitoplasma makrofag. Bakteri yang bersarang di jaringan paru akan berbentuk sarang TB pneumonia kecil yang disebut sarang primer atau afek primer atau sarang Ghon. Sarang primer ini dapat terjadi di setiap bagian jaringan paru. Bila menjalar ke pleura akan terjadi efusi pleura. Bila masuk melalui saluran gastrointestinal, jaringan limfe, orofaring dan kulit terjadi limfadenopati regional kemudian bakteri masuk ke dalam vena dan menjalar ke seluruh organ seperti paru, otak, ginjal dan tulang (Amin, 2007).

TB *pasca* primer (sekunder) kuman yang *dormant* yaitu kondisi di mana bakteri tidur atau tidak aktif menginfeksi, pada TB primer akan muncul bertahun-tahun kemudian sebagai infeksi endogen menjadi TB *pasca* primer (sekunder). TB *pasca* primer

(sekunder) terjadi karena imunitas menurun seperti malnutrisi, alkohol, penyakit maligna, diabetes, AIDS dan gagal ginjal (Amin, 2007).

Ada 3 faktor utama yang menyebabkan tingginya kasus TBC di Indonesia, yaitu, a) waktu pengobatan TBC yang relatif lama (6-8 bulan), menjadi penyebab penderita TBC sulit sembuh karena pasien TBC berhenti berobat (*drop out*) setelah merasa sehat meskipun proses pengobatan belum selesai; b) adanya peningkatan infeksi HIV/AIDS yang berkembang cepat dan munculnya permasalahan TB-MDR (*Multi Drugs Resistant* = kebal terhadap bermacam obat) yang memperberat masalah TBC; dan c) adanya penderita TBC laten, dimana penderita tidak sakit namun akibat daya tahan tubuh menurun, penyakit TBC akan muncul (Dirjen P2PL, 2011).

Louw dkk (2012) membuat kesimpulan dalam penelitian mereka bahwa TBC dapat memperlemah fungsi fisik penderita dan mengganggu kualitas hidup mereka. Bahkan banyak penderita TBC dilaporkan mengalami emosi yang negatif seperti cemas dan ketakutan (Guo, Marra & Marra, 2009). Oleh karena stigma terhadap TBC, mayoritas penderita gagal mengenali gejala yang disebabkan oleh TBC dan mengira itu adalah malaria dan batuk biasa. Setelah diagnosa diketahui, kebanyakan dari penderita TBC merasa keluarga dan teman menghindar dan menjauh. Penyakit TBC juga berdampak pada keluarga, masyarakat maupun negara. Pada skala global dan negara, dampak penyakit TBC menjadi beban dunia yang tergambar dalam parameter MDGs (WHO, 2013).

### 2.2.2 Teori Psikososial

Psikososial (*Psychosocial*) adalah hubungan antara kesehatan mental atau emosional seseorang dengan kondisi sosialnya. Istilah psikososial merupakan gabungan antara psikologis dan sosial. Hubungan dinamis antara aspek psikologi dan sosial, dimana masing-masing saling berinteraksi dan mempengaruhi secara berkelanjutan. Dengan demikian, pengertian perkembangan psikososial adalah perkembangan yang berkaitan dengan emosi atau mental seseorang dalam berhubungan dengan orang lain.

Menurut Erik Erikson menjelaskan bahwa istilah psikososial dalam kaitannya dengan perkembangan manusia berarti bahwa tahap-tahap kehidupan seseorang dari lahir sampai mati dibentuk oleh pengaruh-pengaruh sosial yang berinteraksi dengan suatu organisme yang menjadi matang secara fisik dan psikologis. Tujuan utama dari orientasi psikososial dalam pekerjaan sosial adalah perubahan. Perubahan dalam diri individu, kelompok, keluarga, maupun situasi.

Wilis dan Nevid yang dikutip oleh Franky (2009) mengatakan bahwa psikososial adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan hubungan antara kondisi sosial seseorang dengan kesehatan mental atau emosionalnya atau yang melibatkan aspek psikologis dan sosialnya. Sehingga pendampingan psikososial ini dengan menggunakan keunikan manusia seperti aktualisasi diri, kesehatan, harapan, cinta kreativitas, hakikat individualitas, dan hubungan persahabatan untuk membantu perkembangan dan pemulihan kondisi psikologis manusia.

Definisi lain juga menyebutkan bahwa aspek psikososial merupakan aspek hubungan yang dinamis antara dimensi psikologis/kejiwaan dan sosial. Penderitaan dan luka psikologis yang dialami individu memiliki kaitan erat dengan keadaan sekitar atau kondisi sosial. Pemulihan psikososial bagi individu maupun masyarakat kelompok ditujukan untuk meraih kembali fungsi

normalnya sehingga tetap menjadi produktif dan menjalani hidup yang bermakna setelah peristiwa yang traumatik. Dengan demikian dampak psikososial adalah suatu perubahan psikis dan sosial yang terjadi setelah adanya peristiwa yang traumatik. Masalah psikososial adalah setiap perubahan dalam kehidupan individu baik yang bersifat psikis maupun sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik dan dianggap berpotensi cukup besar sebagai faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa (gangguan kesehatan) secara nyata, atau sebaliknya masalah kesehatan jiwa yang berdampak pada lingkungan sosial.

Agar tidak terjadi gangguan kesehatan lainnya, dalam hal ini perlu adanya pendampingan psikososial bagi penderita TBC. Tujuan pendampingan psikososial adalah memberikan pelayanan psikologis dan sosial guna membantu, melindungi dan meringankan memulihkan kondisi fisik, psikologis, spiritual dan sosial penderita TBC sehingga mampu menjalankan fungsi sosialnya seperti sedia kala.

Adapun prinsip pendampingan psikososial, menurut Departemen sosial (2007: 9) dalam melaksanakan tugasnya, pendamping harus berpedoman dan memegang teguh prinsip-prinsip sebagai berikut :

1) Penerima (*acceptance*)

Pendamping hendaknya menerima penerima manfaat tanpa memandang latar belakang, SARA, keadaan fisik dan psikis.

2) Individualisasi (*individualization*)

Pendamping hendaknya memahami keberadaan penerima manfaat sebagai sosok individu yang unik atau berbeda yang tidak bisa disamakan dengan individu lainnya.

3) Tidak menghakimi (*non-judgemental*)

Pendamping selayaknya tidak menghakimi atau melakukan penilaian secara sepihak atas diri penerima manfaat dalam berbagai hal baik sifat, watak, tingkah laku, perbuatan maupun masalah yang sedang dihadapinya.

4) Kerahasiaan (*confidentiality*)

Dalam rangka menjaga keselamatan, keamanan, dan kenyamanan maka pendamping wajib memberi jaminan atau menjaga kerahasiaan menyangkut data atau informasi yang bersifat pribadi kepada orang lain.

5) Rasional (*rationality*)

Pendamping berperan dalam memberikan pandangan yang objektif dan faktual terhadap kemungkinan-kemungkinan yang terjadi serta mampu mengambil keputusan.

6) Empati (*emphaty*)

Pendamping mampu untuk memahami masalah dan kondisi biopsikososial yang dirasakan oleh penerima manfaat.

7) Kesungguhan dan ketulusan (*geniuness*)

Pendamping dalam memberikan pelayanan sosial dilandasi dengan sikap yang tulus dan semata-mata demi kepentingan penerima manfaat.

8) Mawas Diri (*self-awareness*)

Pendamping sosial dalam memberikan pelayanan sosial hendaknya menyadari potensi dan keterbatasan dirinya.

9) Partisipasi (*participation*)

Pendamping melibatkan penerima manfaat secara aktif untuk menentukan pilihan-pilihan yang terbaik bagi dirinya sendiri.

### **2.2.3 Hambatan dan Permasalahan Yang Dialami Penderita TBC**

#### **A. Faktor Sosial dan Ekonomi Yang Memengaruhi Tuberkulosis**

Sistem imun yang lemah atau memiliki kondisi yang melemahkan imun membuat seseorang rentan terhadap



TBC. Itulah mengapa TBC juga menjadi salah satu komplikasi yang banyak diidap oleh orang dengan HIV/AIDS. Bahkan, risiko infeksi bakteri penyebab TBC berkembang menjadi TBC mencapai 100 kali lebih tinggi daripada orang tanpa HIV. Berdasarkan penelitian yang terbit pada jurnal *Pulmonary Medicine*, orang malnutrisi juga rentan mengalami TBC, dan infeksi ini dapat makin memperparah masalah gizinya. Sebab, penyakit TBC membuat nafsu makan berkurang sehingga asupan gizi juga makin berkurang.

Faktor yang memengaruhi kondisi psikososial penderita TBC meliputi faktor ekonomi dan sosial. Berikut adalah faktor ekonomi penderita TBC. Faktor Ekonomi berkaitan dengan ketersediaan pangan yang kaya akan zat gizi. Ekonomi juga menjadi faktor pendukung yang mempengaruhi penyebab penularan *tuberculosis*. Sebuah keluarga dengan perekonomian rendah akan memakan apa saja tanpa mengetahui nilai gizinya, padahal kita tahu bahwa mengonsumsi makanan yang sehat bergizi akan bermanfaat bagi tubuh dan meningkatkan kekebalan tubuh terhadap penyakit. (Harun, 2002). Status ekonomi yang merupakan faktor utama dalam keluarga masih banyak rendahnya suatu pendapatan yang rendah dapat menularkan pada penderita tuberkulosis karena pendapatan yang kecil membuat orang tidak dapat layak memenuhi syarat-syarat kesehatan (Manalu, 2010).

Menurut Kurniasari (2012) faktor risiko penyakit TBC yaitu kondisi sosial ekonomi. Kondisi sosial ekonomi yang kurang baik menyebabkan penderita tidak memiliki kemampuan untuk membuat rumah yang sehat atau memenuhi syarat, kurangnya pengetahuan untuk

mendapatkan informasi kesehatan, kurangnya mendapat jangkauan layanan kesehatan dan kurangnya pemenuhan gizi yang berakibat pada daya tahan tubuh yang rendah sehingga mudah untuk terinfeksi. Pencahayaan yang kurang menyebabkan kuman tuberculosis dapat bertahan hidup pada tempat yang sejuk, lembap, dan gelap tanpa sinar matahari sampai bertahun-tahun lamanya, dan mati bila terkena sinar matahari. Luas ventilasi yang kurang, menyebabkan peningkatan kelembapan ruangan karena terjadinya proses penguapan cairan dari kulit dan penyerapan. Kelembapan ruangan yang tinggi akan menjadi media yang baik untuk tumbuh dan berkembang biaknya bakteri-bakteri patogen termasuk kuman tuberculosis.

Kelembapan memiliki peran penting dalam penularan dan penyebaran penyakit TB paru. Berdasarkan keputusan menteri kesehatan republik Indonesia nomor 829/MENKES/KES/ SK/VII/1999 kelembapan memenuhi syarat yaitu bila berkisar antara 40%–70%. Kelembapan udara mempengaruhi konsentrasi kuman TB di udara. Nilai kelembapan berbanding terbalik dengan suhu udara. Kelembapan udara akan semakin tinggi pada suhu udara yang semakin rendah. Menurut Bawole dkk (2014) kelembapan berperan bagi pertumbuhan mikroorganisme termasuk bakteri tuberculosis paru. Kelembapan rumah yang tinggi dapat meningkatkan kehidupan bakteri tuberculosis. Dalam penelitian Girsang (2011) dijelaskan bahwa ada dua faktor risiko yang mengakibatkan terjadinya penyakit TB paru. Pertama, faktor lingkungan yaitu kondisi rumah penderita yang tidak memenuhi syarat antara lain dinding tidak permanen, kepadatan hunian tinggi, tidak ada pembuangan sampah, rumah berlantai tanah dan

mengonsumsi air yang tidak memenuhi syarat. Kedua, faktor perilaku yaitu masyarakat masih memiliki pola hidup yang belum sehat dan masih banyak masyarakat yang merokok.

## **B. Permasalahan Stigma**

Kata “Stigma” berasal dari bahasa Inggris yang artinya noda atau cacat. Stigma adalah sebuah aib atau ketidaksetujuan masyarakat dengan sesuatu, seperti tindakan atau kondisi. *The American Heritage Dictionary*, 2012 (dalam RR Dian Tristiana, 2017). Menurut Kemenkes RI (2012) yang dikutip oleh Azizah Nur Farida (2019) Stigma adalah tindakan memberikan label sosial yang bertujuan untuk memisahkan atau mendeskreditkan seseorang atau sekelompok orang dengan cara cap atau pandangan buruk. Dalam praktiknya, stigma mengakibatkan tindakan diskriminasi, yaitu tindakan tidak mengakui atau tidak mengupayakan pemenuhan hak-hak dasar individu atau kelompok sebagaimana selayaknya sebagai manusia yang bermartabat.

Faktor keluarga dan masyarakat bisa muncul sebagai dukungan sosial yang positif tetapi bisa juga timbul sebagai stigma terhadap penyakit dan pasien tuberkulosis. Kipp *et al* (2011) mendefinisikan stigma yang berkaitan dengan masalah Kesehatan atau penyakit sebagai proses sosial atau pengalaman pribadi yang ditandai dengan pengucilan, penolakan, celaan, atau devaluasi karena adanya anggapan sosial yang merugikan tentang individu tersebut maupun kelompoknya berkaitan dengan masalah kesehatan tertentu.

Dengan pemberian label/stigma negatif terhadap individu yang menderita TB paru saat keadaan depresi,

sehingga kemampuan untuk menerima asuhan keperawatan pada penderita TB juga akan mengalami hambatan. Hal ini akan menurunkan kualitas hidup penderita TB paru itu sendiri (Endria & Yona, 2019). Perasaan malu dan tak berdaya akan muncul pada penderita TB apabila lingkungan tidak memberikan dukungan yang positif, stigma negatif sering diberikan karena TB merupakan penyakit yang sangat mudah menular (Sari, 2018).

Menurut Soma *et al* yang dikutip oleh Eni Hidayati (2015) Beberapa pasien tuberkulosis sering melaporkan adanya diskriminasi dari masyarakat. Hal ini karena masyarakat merasa takut tertular penyakit tersebut. Pasien menilai apakah orang lain akan menghindar terhadap dirinya atau mungkin beberapa pasien akan menghindar dengan jarang bergaul di masyarakat. Stigma rendah mengindikasikan adanya harapan yang tinggi akan proses perawatan dan menunjukkan bahwa program pengurangan stigma seharusnya bertujuan untuk mengubah stigma menjadi dukungan bagi mereka.

Stigma itu sendiri menurut Goffman pada Setyoadi & Triyanti E. (2012) yang dikutip oleh Azizah Nur Farida (2019) diartikan sebagai suatu proses penolakan atau pemberian tanda pada individu yang dapat menurunkan status individu dimata masyarakat. Sumber stigma termasuk ketakutan terhadap penyakit (Tuberkulosis), ketakutan terhadap penularan, dan ketakutan terhadap kematian. Perasaan stigma yang berkaitan dengan ketakutan terhadap sesuatu yang nyata atau gambaran sikap masyarakat akan berpotensi timbulnya diskriminasi yang berasal dari bagian karakteristik, penyakit atau berkaitan dengan kenyataan

yang ada dimasyarakat. (Setyoadi & Triyanto E, 2012) yang dikutip oleh Azizah Nur Farida (2019)

### **C. Permasalahan Akses Terhadap Kesehatan**

Faktor yang menyebabkan tingginya kasus TB di Indonesia adalah waktu pengobatan TB yang relatif lama (6 sampai 8 bulan). Menjadi penyebab penderita TB sulit sembuh karena pasien TB berhenti berobat (drop) setelah merasa sehat meski proses pengobatan belum selesai. Selain itu, masalah TB diperberat dengan adanya peningkatan infeksi HIV/AIDS yang berkembang cepat dan munculnya permasalahan TB-MDR (*Multi Drugs Resistant* = kebal terhadap bermacam obat). Masalah lain adalah adanya penderita TB laten, dimana penderita tidak sakit namun akibat daya tahan tubuh menurun, penyakit TB akan muncul (Kemenkes, 2011).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018 dikutip oleh Salam, dkk (2018) prevalensi TB paru di Indonesia sebesar 420/100.000 penduduk (0,42%) sedangkan prevalensi TB paru berdasarkan profil kesehatan Indonesia Tahun 2018 jumlah seluruh kasus TB paru adalah 193/100.000 penduduk dengan jumlah kasus sebanyak 511.873. Beberapa penyebab TB paru resisten obat diantaranya adalah, tidak teratur menelan obat sesuai panduan, menghentikan pengobatan secara sepihak sebelum waktunya, tidak mematuhi petunjuk dokter atau tenaga kesehatan, gangguan penyerapan obat dan tertular dari penderita TB paru resisten obat yang lain.

Berdasarkan data SDKI-BPS tahun 2002-2003 dalam Bappenas (2006) alasan orang yang sakit tidak mau memanfaatkan layanan kesehatan sebagian besar karena

tidak mempunyai uang (34%), biaya transportasi mahal (16%) dan kendala jarak (18%), sedangkan berdasarkan data SDKI tahun 2017 beberapa masalah dalam mendapatkan informasi kesehatan dan pengobatan, meliputi masalah izin untuk berobat, biaya dan jarak ke fasilitas pelayanan kesehatan, serta tidak adanya pendamping saat berobat. Kendala dalam mengkases pelayanan kesehatan sebanyak 26% karena tidak ada orang yang menemani saat berobat. 15 % keterbatasan biaya untuk berobat dan 11% karena jarak tempuh ke fasilitas pelayanan Kesehatan.

#### **D. Permasalahan Gender**

Indonesia menduduki peringkat ke-2 di dunia dalam jumlah kasus TB, baik dalam jumlah keseluruhan kasus maupun kasus baru. Berdasarkan Studi Inventori TB (Global Report TB 2018): Insidensi TB sebesar 321 per 100.000. Jumlah kasus baru TB di Indonesia sebanyak 420.994 kasus pada tahun 2017 (data per 17 Mei 2018). Berdasarkan jenis kelamin, jumlah kasus baru TBC tahun 2017 pada laki-laki 1,4 kali lebih besar dibandingkan pada perempuan. Bahkan berdasarkan survei prevalensi tuberkulosis, prevalensi pada laki-laki 3 kali lebih tinggi dibandingkan pada perempuan. Begitu juga yang terjadi di negara-negara lain. Hal ini terjadi mungkin karena laki-laki lebih banyak terpapar pada faktor risiko TBC misalnya merokok dan kurang patuh dalam minum obat.

Penyakit TB paru lebih banyak terjadi pada laki-laki dibanding perempuan karena laki-laki sebagian besar mempunyai kebiasaan merokok sehingga memudahkan terjangkitnya TB paru (Ruswanto, 2010). Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, persentase perokok

(perokok tiap hari, perokok kadang-kadang dan mantan perokok) pada laki-laki (65,0%) lebih tinggi dibanding perempuan (3,2%).

*Department of Gender and Women's Health World Health Organization* (WHO) yang menyebutkan bahwa insiden dan prevalensi tuberkulosis lebih banyak ditemukan pada jenis kelamin laki-laki dewasa daripada perempuan dewasa. Angka insiden tuberkulosis lebih tinggi ditemukan pada laki-laki pada semua kategori umur kecuali pada usia anak-anak dimana jenis kelamin perempuan mendominasi. Dikutip oleh Rokhmah (2013) pada rentang usia 0-34 tahun, pasien tuberkulosis baru lebih banyak ditemukan pada perempuan. Hal ini disebabkan oleh kultur budaya patriarki yang banyak dijumpai pada masyarakat Indonesia. Laki-laki memiliki akses kesehatan yang lebih baik daripada perempuan. Selain itu, pada keluarga miskin, pemenuhan kebutuhan pangan jauh lebih mendesak daripada kebutuhan akan kesehatan karena mereka memiliki keterbatasan sumber daya.

#### **2.2.4 Konsep Case Management**

Menurut *American Hospital Association* manajemen kasus adalah proses merencanakan, mengorganisasikan, mengkoordinasikan, dan memonitor pelayanan-pelayanan dan sumber-sumber yang dibutuhkan untuk merespon kebutuhan-kebutuhan individu terhadap kesehatan dan pelayanan sosial. Manajemen kasus juga merupakan sebuah prosedur dalam menangani masalah dengan koordinasi dan advokasi klien dengan adanya *assessment*, intervensi, monitoring, dan lain sebagainya.

Implementasi case management merupakan suatu proses kolaboratif mengenai *assessment*, perencanaan, fasilitasi, koordinasi

asuhan, evaluasi dan advokasi untuk opsi pelayanan bagi pemenuhan kebutuhan pasien dan keluarganya yang komprehensif, melalui komunikasi dan sumber daya yang tersedia sehingga memberi hasil asuhan pasien yang bermutu dengan biaya efektif. (*Case Management Society of America*, 2010). Profesional yang dapat melakukan *case management* ini disebut dengan *case manager*. Seorang *case manager* inilah yang akan melakukan manajemen pelayanan, bertanggung jawab atas pelaksanaan program pelayanan, dan evaluasi pelayanan pasien selama di rawat inap, dengan melakukan standar praktik *Case Management* (CSMA 2010).

Tujuan manajemen kasus ialah: 1) Menjamin kontinuitas pelayanan lintas bidang pada waktu atau kurun waktu tertentu. 2) Menjamin responsivitas pelayanan terhadap berbagai kebutuhan klien termasuk perubahan pelayanan, jika perlu seumur hidup klien. 3) Membantu klien memperoleh akses terhadap pelayanan yang dibutuhkan. 4) Memecahkan hambatan aksesibilitas yang disebabkan oleh kriteria keterjangkauan, peraturan, kewajiban, 5) Menjamin bahwa pelayanan yang disediakan sesuai dengan kebutuhan klien, diberikan dengan cara tepat dan tidak duplikatif.

Ada beberapa prinsip *Case Management*, menurut Gerhart (1990) prinsip-prinsip manajemen kasus yaitu:

- a) Individualisasi pelayanan (*Individualization of Services*). Dalam memberikan pelayanan kepada klien, walaupun memiliki persamaan masalah, ataupun persamaan karakter yang dimiliki klien, maka seorang manajer kasus harus dapat memberikan pelayanan yang spesifik, karena bahwa manusia memiliki kebutuhan yang berbeda bagi setiap individu.
- b) Pelayanan yang komprehensif (*Comprehensiveness of Services*). Pelayanan diberikan tidak hanya terfokus pada klien, tetapi juga sistem klien (lingkungan) yang



mempengaruhi keberadaan klien, agar tercipta suasana yang kondusif bagi kehidupan klien.

- c) Pelayanan yang teratur (*Parsimonious Services*)
- d) Kemandirian (*Fostering Autonomy*). Pelayanan yang diberikan bertujuan agar klien mampu hidup normal dan kedepan mampu mengatasi masalahnya sendiri.
- e) Keberlanjutan pelayanan (*Continuity of Care*). Pelayanan dilakukan sesuai dengan tahapan pelayanan yang dimulai dari pendekatan awal sampai dengan terminasi yang berakhir dengan kemandirian klien.

Teknik-teknik *Case Management*, menurut Siporin (1975) dan dalam jurnal Manajemen Kasus Pekerjaan Sosial:

- a) *Engagement, intake dan contract.*

Merupakan tahap untuk membangun hubungan kolaboratif dengan klien dan mengumpulkan informasi serta memberi informasi mengenai persyaratan, batas layanan, hak dan tanggung jawab klien.

- b) *Assessment.*

Merupakan tahap analisis kebutuhan dilakukan secara optimal sebagai upaya kolaboratif antara manajer kasus dan klien untuk mengidentifikasi kebutuhan perawatan dan pelayanan. Penilaian sangat penting untuk membuat profil dasar bagi rujukan pelayanan awal, penyusunan rencana pelayanan, dan kriteria untuk mengevaluasi hasil pelayanan. Dalam hal ini termasuk juga melakukan penggalian atas

potensi klien, baik kekuatan dan kelemahannya, mana yang memerlukan pelayanan dan mana yang tidak.

c) Rencana Intervensi / *Planning*.

Merupakan tahap perencanaan pelayanan yang sangat penting dalam manajemen kasus. Perencanaan ini disusun berdasarkan informasi yang dihimpun dalam tahap awal. Manajer kasus dan klien bekerja sama untuk menyusun daftar masalah dan isu serta untuk merumuskan sasaran jangka panjang dan jangka pendek yang mendukung tujuan menyeluruh pemeliharaan kesehatan dan kemandirian. Dalam melakukan rencana intervensi hal yang harus diperhatikan oleh pekerjaan sosial adalah pelayanan yang dibutuhkan klien serta tujuan dan hasil yang ingin dicapai, langkah-langkah pelayanan yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan klien, serta waktu yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan klien.

d) Koordinasi hubungan dan pelayanan.

Manajer kasus melakukan koordinasi dalam rangka menghubungkan klien dengan sumber-sumber bantuan yang sesuai dengan kebutuhan klien. Selain itu juga harus menekankan adanya koordinasi diantara sumber-sumber yang digunakan oleh klien dengan menjadi sebuah saluran serta poin utama dari komunikasi yang terintegrasi.

e) Tindak lanjut, monitoring dan evaluasi.

Seorang manajer kasus harus selalu melakukan kontak secara kontinyu terhadap klien paska rujukan, untuk memastikan bahwa layanan yang diberikan benar-benar tepat, sehingga klien berada di lingkungan yang nyaman dan aman. Selanjutnya monitoring dilakukan untuk mengetahui tingkat perkembangan klien selama berada di lembaga tersebut, apakah mengalami perubahan signifikan dengan pelayanan yang diberikan. Monitoring dan evaluasi dapat dilakukan

terhadap lembaga terkait (rujukan), guna mengetahui layanan yang sedang / sudah diberikan kepada kliennya.

f) Dukungan.

Manajer kasus harus selalu memberikan dukungan selama masa pelayanan melalui: informasi-informasi yang dibutuhkan, memberikan konseling pada saat klien mengalami permasalahan, serta melakukan pembelaan terhadap klien jika hak-hak dasarnya tidak dipenuhi di lembaga rujukan tersebut.

g) *Termination*.

Merupakan tahap terakhir dalam proses manajemen kasus. Tahap ini dilakukan bila tujuan-tujuan yang telah disepakati dalam kontrak telah dicapai dan telah terlihat kemajuan-kemajuan yang berarti dalam pemecahan masalah klien.

Sudah banyak organisasi maupun komunitas yang peduli dengan TBC, salah satunya adalah Aisyiyah. Aisyiyah adalah organisasi perempuan muslim yang peduli terhadap isu-isu sosial dan keagamaan yang didirikan pada tanggal 19 Mei 1917. Aisyiyah merupakan organisasi otonom khusus Muhammadiyah, sebagai sarana bagi perempuan Muhammadiyah untuk berkontribusi dalam mewujudkan masyarakat sejahtera yang sesuai dengan ajaran Islam. Aisyiyah juga melaksanakan berbagai program pemberdayaan masyarakat, yaitu program kesejahteraan sosial (taman asuh, rumah singgah untuk anak jalanan, dan panti asuhan), ekonomi mikro (simpan pinjam dan usaha kecil) dan kesehatan (kesehatan ibu dan anak, imunisasi, kesehatan reproduksi, kesehatan lingkungan, HIV dan AIDS, penanggulangan Malaria dan Tuberkulosis).

Dengan potensi dan gerakan komunitasnya, Aisyiyah mulai berkiprah di bidang pengendalian Tuberkulosis (TBC) dengan dukungan *The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* /GFATM dengan menjadi penerima dana sekunder atau *Sub-*

*Recipient/ SR* atau dari Penerima Hibah Utama atau *Principal Recipient/ PR* Kementerian Kesehatan di Ronde 1 dan Ronde 5 selama kurun waktu 2003-2008. Program dilaksanakan di 31 Provinsi wilayah Aisyiyah, dan melibatkan 20 Rumah Sakit milik Aisyiyah dan Muhammadiyah dalam Program Pengendalian TBC. Kegiatan Ronde 1 antara lain advokasi kepada “para pengambil kebijakan” di Pimpinan Muhammadiyah-Aisyiyah; advokasi terhadap pihak-pihak terkait dalam program untuk mengendalikan TBC, serta pelatihan DOTS bagi tenaga kesehatan. Sedangkan pada Ronde 5, kegiatan di Aisyiyah menjadi lebih spesifik yaitu memperluas jejaring advokasi melalui pelatihan kader bagi mubaligh-mubalighot untuk memperkuat peran kader Kesehatan Aisyiyah di desa.

Pada ronde 8, tahun 2009-2013, Aisyiyah terpilih menjadi mitra GFATM sebagai PR. Program diberi nama Community TBC Care Aisyiyah. Dalam program ini Aisyiyah mengkoordinasikan 23 SR, melibatkan 16 Pimpinan Wilayah Aisyiyah dan 6 mitra yakni PKPU, TBC Care Yarsi, LKC, LKNU, Perdhaki NTT, dan KMP Sidobinangun. Aisyiyah kembali dipercaya GFATM sebagai PR di Ronde SSF pada tahun 2014-2016. Dalam ronde ini Aisyiyah bergerak di 12 Provinsi di 48 kabupaten dan bermitra dengan PKPU, TBC Care Yarsi dan KMP Sidobinangun.

Pada tahun 2016, GFATM menerapkan pola dan strategi baru yang disebut *New Funding Model* (NFM/ model pendanaan baru). Kembali Aisyiyah dipilih sebagai PR untuk mengelola program di 25 Provinsi dan 160 Kabupaten/ kota. Dalam periode NFM, Aisyiyah tidak hanya fokus di penanggulangan TB dan TB MDR namun juga pendampingan TB HIV. Program dikembangkan menjadi *Community TBC – HIV Care Aisyiyah*. Dalam NFM juga dikembangkan kegiatan *Community System Strengthening* (Penguatan Sistem Komunitas) dan *Removing Legal Barrier* (Penghapusan Hambatan Hukum) bagi Pasien TBC-HIV. Hal ini bertujuan untuk memperkuat sistem

organisasi masyarakat hingga akhirnya mampu secara mandiri menanggulangi TBC dan HIV di lingkungannya. Memasuki *Ronde New Implementation Period (NIP)* yang dimulai tahun 2018, Aisyiyah kembali mendapat kepercayaan dari GFATM. Periode ini bertujuan mengintensifkan program dan mengefisienkan dana bagi penanggulangan TBC melalui penemuan kasus secara aktif.

Tujuan *Community TBC-HIV Care* Aisyiyah adalah mendukung pencapaian akses pengobatan bagi penderita TBC melalui: kegiatan kontak investigasi untuk deteksi dini terduga TBC, memberikan pendampingan pada penderita TBC agar berobat teratur hingga sembuh, dan mendorong perubahan kebijakan dan penganggaran dalam penanggulangan TBC.

### 2.3 Kerangka Konsep

