

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengalaman Orang Tua dalam Merawat Anak dengan Tuberkulosis Paru

Mengeksplorasi pengalaman hidup manusia, memungkinkan menggunakan metode kualitatif (Streubert & Carpenter, 2003). Salah satu metode penelitian kualitatif yang dapat digunakan dengan pendekatan fenomenologi, pendekatan tersebut bertujuan untuk menggambarkan secara mendalam tentang pengalaman hidup seseorang yang sedang dialami (Balls, 2009).

Orang tua dalam merawat anak yang sedang pengobatan tuberkulosis memiliki pengalamannya masing-masing. Hasil penelitian Zhang, et al. (2014) melalui penelitiannya *Experiences of the parents caring for their children during a tuberculosis outbreak in high school: a qualitative study*. Penelitian ini adalah untuk menyelidiki tekanan psikologis orang tua yang memiliki anak siswa SMA menderita TB, dengan partisipan 22 orang tua yang merawat anak menderita TB, melalui wawancara mendalam. Hasilnya terdapat tiga tema utama yaitu: orang tua tidak memiliki pengetahuan yang sesuai dengan TB, orang tua memiliki tekanan psikologis yang tinggi (pengobatan penyakit, pendidikan anak, prognosis dan emosi yang negatif) dan menyakatan bahwa penyakit TB memberikan dampak pada kehidupan sehari-hari (pekerjaan/aktivitas sehari-hari terganggu, peningkatan beban ekonomi dan kurangnya waktu serta tenaga).

Menurut McKenzie, Pinger dan Kotecki (2007) tuberkulosis merupakan penyakit menular kronis. Orang tua memiliki coping yang berbeda dalam memberikan perawatan pada anak dengan penyakit kronis. Hasil dari penelitian ini semua partisipan adalah ibu. Ibu biasanya memiliki pola krisis yang lebih labil dibandingkan ayah. Ibu dengan anak yang menderita penyakit kronis lebih rentan mengalami stress psikologis terutama karena kelelahan (Wong, 2009).

Setiap keluarga yang mempunyai anak dengan penyakit kronis akan menunjukkan respon yang berbeda-beda dan hal ini dipengaruhi oleh pengalaman. Efek penyakit kronis yang diderita anak bagi orang tua menimbulkan respon psikologis yang sangat penting dikaji dan pada akhirnya secara langsung dapat mempengaruhi reaksi anggota keluarga lain dan coping anak itu sendiri (Hockenberry & Wilson, 2009).

Menurut Harkreader, Hogen, dan Thobaben (2007) keluarga yang sehat mempunyai kemampuan untuk mengatasi stress. Saat salah satu anggota keluarga menderita sakit, maka anggota keluarga yang lain akan mendukung dan melakukan perawatan sehingga fungsi keluarga akan tetap berjalan. Kesuksesan keluarga mengatasi stressor ini akan meningkatkan harga diri keluarga. Coping yang efektif yang digunakan keluarga diantaranya adalah mendiskusikan masalah, memperlihatkan respon emosi seperti menangis atau tertawa, menghadapi stress secara realistis dan meminta bantuan profesional bila diperlukan.

Tenaga kesehatan terutama perawat dapat berperan sebagai konselor, dan saat bekerja sebagai konselor, perawat harus mampu

mengetahui 1) adanya stress, krisis dan coping terhadap kehilangan dan berduka, 2) dampak kejadian traumatik terhadap konsep diri, gambaran diri dan kualitas hidup, 3) efek disability terhadap reaksi sosial disekitar individu (Livneh & Antonal, 2005).

Menurut Kubler Ross (2005) tahapan kehilangan terdiri dari lima tahap, yaitu menyangkal, marah, menawar, depresi, dan menerima. Sedangkan proses kehilangan yang ditemukan oleh Bowlby dan Parkes, tidak ditemukannya tahapan tawar menawar selama proses berduka. Bowlby dan Parkes (1970, dalam Collins, 2008) menyebutkan bahwa tahap tawar menawar tidak muncul karena pada tahap hasrat mencari penyelesaian, keluarga merasakan kegelisahan, kemarahan, rasa bersalah dan kebingungan secara bersamaan. Kubler Ross (2005), Bowlby dan Parkes (1970, dalam Collins, 2008), dimana tahap akhir perasaan berduka adalah tahap menerima.

Potter & Perry (2005) menyebutkan ketika terjadi stress, individu menggunakan energi fisiologis dan psikologis untuk berespons dan beradaptasi. Besarnya energi yang dibutuhkan dan keefektifan dari upaya untuk mengadaptasi bergantung pada intensitas, cakupan dan durasi stressor dan besarnya stressor lainnya. Ketika individu dalam keadaan takut dan terancam, tubuh akan mengaktifkan respon *fight or flight*, dimana terjadi perubahan fisiologis yaitu pengeluaran hormone oleh hipotalamus yang dapat meningkatkan tekanan darah, denyut jantung dan glikogenolisis. Setelah ancaman bahaya itu mulai hilang maka tubuh akan memulai proses

inaktivasi respon terhadap stress dan proses ini menyebabkan pelepasan hormone kortisol (Potter & Perry, 2005).

Hasil penelitian Zhang, et al. (2010) yang berjudul *The experience of college students with pulmonary tuberculosis in Shaanxi, China: a qualitative study*. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi pengalaman dan proses psikologis mahasiswa dengan TB paru di Shaanxi, Cina. Wawancara mendalam dilakukan kepada 17 mahasiswa dengan TB paru secara purposif dari 9 perguruan tinggi di Shaanxi, Cina. Hasilnya terdapat 3 tema utama yaitu berpengaruh pada kesehatan mental, berpengaruh pada kehidupan sehari-hari dan dukungan sosial.

Selain itu, penelitian Adrius (2009) dengan judul *Pengalaman keluarga tinggal bersama penderita TB pada Suku Dayak*. Metodenya menggunakan studi kualitatif dengan pendekatan fenomenologis, yang dilakukan pada 4 partisipan. Hasil yang didapatkan tentang persepsi keluarga Dayak tentang TB, respon penderita dan keluarga terhadap penyakit TB, perubahan serta solusi penderita dan keluarga pada penyakit TB, serta penatalaksanaan TB oleh keluarga sehingga diperlukan peningkatan pengetahuan keluarga terhadap TB dengan pendekatan transkultural oleh tenaga kesehatan.

Sedangkan hasil penelitian Sukumani, et al. (2012) melalui penelitiannya *Experiences of family members caring for Tuberculosis patients at home at Vhembe district of the Limpopo Province*. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi dan menggambarkan pengalaman anggota keluarga merawat pasien TB di rumah. Partisipan 13

anggota keluarga yang merawat pasien dengan TB. Hasilnya terdapat dua tema utama yaitu kesulitan yang berkaitan dengan merawat pasien TB di rumah dan sikap kepedulian. Kesulitan yang dialami diantaranya kesulitan menyediakan makanan, kebutuhan kebersihan, kurangnya peralatan, kendala keuangan serta kelelahan fisik dan psikologis.

Kesehatan merupakan aspek penting dalam kehidupan seseorang, sehingga kondisi sakit akan membawa dampak bagaimana seseorang dituntut lebih memahami tentang makna dan keyakinan yang mencerminkan sumber spiritual yang dapat mengatasi berbagai kesulitan yang dihadapi (Potter & Perry, 2005). Dimensi spiritual merupakan salah satu aspek terpenting dalam kehidupan individu, spiritualitas memberikan makna pada kehidupan dan memberi sumber cinta dan kedekatan antara individu dengan Tuhannya (Lukoff, Lu, & Turner, 1995 dalam Wong, 2009).

B. Peran Orang Tua dalam Merawat Anak dengan Tuberkulosis Paru

Peran adalah kumpulan dan bentuk dari perilaku yang relatif homogen dibatasi secara normatif dan diharapkan dari seseorang pada situasi sosial tertentu. Peran dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar dan bersifat stabil (Friedman, Bowden, & Jones 2003; Mubarak, Chayatin & Santoso, 2006).

Peran orang tua adalah suatu bentuk tingkah laku yang ditujukan oleh orang tua untuk mengembangkan kepribadian anak. Peran tradisional orang tua meliputi mengasuh dan mendidik anak, mengajarkan disiplin anak, mengelola rumah dan keuangan keluarga. Peran modern orang tua adalah

berpartisipasi aktif dalam perawatan anak yang bertujuan untuk pertumbuhan yang optimal dan perkembangan anak (Constantin, 2012).

Orang tua terdiri dari ayah dan ibu yang masing-masing mempunyai peran dan fungsi. Ibu adalah seorang wanita yang di sebagian besar keluarga mempunyai peran sebagai pemimpin kesehatan dan pemberian asuhan. Ibu bertindak sebagai sumber utama dalam memberikan kenyamanan dan bantuan selama sakit (Friedman, Bowden, & Jones 2003). Peran orang tua menurut Mubarak, Chayatin dan Santoso (2006) adalah: 1) pengasuh; 2) pendidik; 3) pendorong; 4) pengawas; dan 5) konselor.

Peran orang tua tersebut dapat membantu kebutuhan anak terutama selama sakit di rumah. Peran orang tua sebagai pemberi perawatan pada anaknya sangat dibutuhkan oleh anak. Tujuan perawatan yang diberikan orang tua di rumah dalam upaya pencapaian normalisasi anak (Wong, 2008) adalah: 1) Menormalkan kehidupan anak dengan penyakit kronis, termasuk anak dengan perawatan kompleks yang memerlukan teknologi; 2) Meminimalkan dampak kondisi anak yang dapat mempengaruhi peran dan fungsi keluarga; dan 3) Membantu pertumbuhan dan perkembangan maksimum anak.

Peran orang tua yang memiliki anak sakit tuberkulosis yaitu orang tua harus mengetahui tentang proses penyakit, pengobatan, efek samping yang mungkin timbul, dan pentingnya terapi jangka panjang (misalnya, terapi obat dapat berlangsung selama 6 sampai 12 bulan). Orang tua juga harus memperhatikan pentingnya pemberian obat OAT pada anak sebelum makan atau pada waktu perut kosong, dan memastikan pemberian nutrisi yang

tepat dan untuk meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan normal (Ball & Bindler, 2003).

Menurut Sheikh, et al. (2012) melalui penelitiannya *Knowledge of tuberculosis among parents/guardians of children with tuberculosis attending the outpatient department of a Tertiary Care Hospital in Karachi*. Penelitian ini dilakukan di departemen rawat jalan di Karachi pada 173 orang tua/wali dengan tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengetahuan dan kesalahan konsep tentang TB pada orang tua atau wali dari anak yang terdiagnosa TB. Didapatkan bahwa orang tua atau wali memiliki pengetahuan yang rendah secara keseluruhan. Dari 173 orang tua atau wali, 73,98% menjawab benar mengenai manajemen dan aspek investigasi TB, dan hanya 46,8% mengetahui penyebab dan penyebaran penyakit TB.

Hasil penelitian tersebut didukung dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ariyatiningasih, Arifin dan Handayani (2012) dengan judul *Correlation between mothers knowlwdge about the lung tuberculosis in efforts to prevented the lung tuberculosis at child 0-5 years old in the posyandu Nusa Indah Jabung Kec. Gantiwarno Kab. Kalten*. Responden sebanyak 70 ibu, dengan hasil penelitian adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan ibu tentang tuberkulosis paru dalam upaya pencegahan TB paru pada anak 0-5 tahun.

Sedangkan hasil penelitian Liestyowat (2007) dengan judul *Hubungan antara persepsi dan pengetahuan orang tua dengan kepatuhan pengobatan tuberkulosis pada anak di Kabupaten Sragen*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara persepsi dan pengetahuan

orang tua dengan kepatuhan pengobatan tuberkulosis pada anak-anak di Kabupaten Sragen, Jawa Tengah yang dilakukan pada bulan Oktober 2007 pada 50 anak-anak yang menderita tuberkulosis. Hasil penelitian menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi positif dan pengetahuan orang tua dengan kepatuhan pengobatan TB pada anak-anak di Kabupaten Sragen.

Hasil penelitian Liestyowat (2007) didukung oleh Ashary (2003) dalam penelitiannya Hubungan pengetahuan, sikap dengan praktik orang tua dalam mendukung kesembuhan tuberkulosis paru di balai pengobatan penyakit paru-paru Tegal. Penelitian ini dilakukan pada orang tua yang anaknya menderita tuberkulosis paru dan berobat di Balai Pengobatan Penyakit Paru-paru (BP4) Tegal baik perempuan atau laki-laki yang diambil berdasarkan teknik sampling aksidental sebanyak 40 responden. Hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa ada korelasi positif dan signifikan antara pengetahuan, sikap dan praktek orang tua dalam mendukung kesembuhan tuberkulosis paru anak.

Menurut Rintiswati, et al. (2009) dalam penelitiannya *Journeys to tuberculosis treatment: a qualitative study of patients, families and communities in Jogjakarta, Indonesia*. Penelitian ini data dikumpulkan melalui wawancara mendalam pada 67 pasien TB dan 22 anggota keluarga dan melalui Focus Group Discussions (FGD) pada 6 anggota masyarakat. Hasilnya dapat disimpulkan bahwa sebagian besar pasien TB mengambil keputusan untuk berobat lebih dari satu bulan setelah gejala muncul dan

setelah berkonsultasi. Pendapat dan saran dari anggota keluarga dan teman-teman adalah faktor yang mempengaruhi perilaku perawatan mereka.

Menurut Wong (2008) keberhasilan terapi pengobatan tuberkulosis bergantung pada kepatuhan pasien terhadap program pengobatan, orang tua sebagai pemberi perawatan dirumah berperan sangat penting dan harus mengetahui pentingnya pemberian obat yang teratur selama diintruksikan. Selain itu, orang tua juga harus melindungi anak dari stress, pemberian asupan nutrisi, memperhatikan jadwal imunisasi, anak harus cukup istirahat dan menghindari infeksi.

Hasil penelitian Wahyudi, et.al (2008), dapat disimpulkan bahwa upaya yang dilakukan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita TB paru di rumah antara lain pemberian nutrisi, pencegahan penularan serta pengobatan. Diet penderita TB harus cukup mengandung protein. Makanan tidak cukup hanya nasi dan sayur saja tetapi perlu lauk-pauk seperti ikan, daging, telur dan susu. Akibat dari kuman TB, paru-paru menjadi keropos dan terjadi proses pengkapuran. Sehingga penderita perlu asupan zat kapur lebih banyak. Zat kapur banyak terkandung pada susu, ikan teri atau tablet kalsium (Yuliana, 2007).

Orang tua sebagai individu memiliki posisi atau status tersendiri dalam struktur keluarga. Keluarga merupakan sekelompok orang yang tinggal bersama dan berhubungan erat secara biologis, saling berinteraksi satu sama lain dalam bentuk perhatian, memiliki peran sosialisasi, komitmen dalam emosi, serta bimbingan bagi anggota keluarga mereka (Lemer, Sparks, & McCubbin, 1999 dalam Hockenberry & Wilson, 2009).

Menurut Pratt (1977, 1982 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2010) keluarga merupakan sistem dasar tempat perilaku kesehatan dan perawatan diatur, dilakukan, dan dijalankan. Keluarga memberi promosi kesehatan dan perawatan kesehatan preventif, serta berbagai perawatan bagi anggotanya yang sakit. Keluarga cenderung terlibat dalam pengambilan keputusan dan proses terapi pada setiap tahapan sehat dan sakit anggota keluarga (Doherty, 1992 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2010).

Kelurga memiliki keterkaitan emosi yang besar, keluarga berfungsi membesarkan anak, memenuhi kebutuhan dasar anak seperti makanan, pakaian, tempat tinggal, kesehatan, pendidikan, dan keamanan, keluarga saling berkomunikasi dan memberikan dukungan emosional, adaptasi budaya, dan sosialisasi, serta mempersiapkan anak-anak menjadi generasi penerus (Muscare, 2005). Setiap anggota keluarga memiliki tata nilai masing-masing dalam menjalankan perannya. Dalam kelompok keluarga, ayah dan ibu memiliki peran penting dalam membesarkan dan bertanggungjawab pada kehidupan anak. Peran sebagai orang tua lebih bersifat intensif dengan berbagai tekanan untuk mengukur apa yang menjadi keinginan keluarga. Seiring dengan perannya orang tua terus belajar bagaimana cara merawat dan memenuhi kebutuhan anak, sehingga terkadang orang tua memiliki kemampuan dan pengalaman lebih banyak dalam merawat anak (Wong, 2008).

Orang tua memiliki tujuan dasar meningkatkan daya tahan fisik dan kesehatan anak, mengembangkan keterampilan dan kemampuan yang penting agar dapat menjadi orang dewasa yang mandiri, dan membantu

mengembangkan kemampuan perilaku untuk memaksimalkan nilai-nilai budaya dan kepercayaan (Wong, 2008). Berdasarkan tujuan dasar menjadi orang tua, maka demi meningkatkan daya tahan fisik dan kesehatan anak dengan tuberkulosis orang tua harus diberikan konseling tentang TB dan pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan TB (*Hospice Palliative Care Association*, 2011).

Paz-Soldan, et al. (2013) dengan judul penelitiannya *The provision of and need for sosial support among adult and pediatric patients with tuberculosis in Lima, Peru: a qualitative study*. Dilakukan antara bulan Agustus 2004 sampai Mei 2005 kepada 43 partisipan, antara lain : 19 orang dewasa dengan TB, 8 orang dewasa dengan TB/HIV, 13 orang tua dari pasien TB anak, dan 3 orang tua dari pasien pediatrik dengan TB/HIV. Hasil yang didapatkan bahwa perlunya dukungan psikososial untuk mengurangi kesulitan yang terus-menerus untuk pergi mengambil obat ke klinik, kecenderungan tanggung jawab keluarga atau profesional lainnya saat pengobatan, dan menghadapi stigma dan isolasi sosial dalam komunitas mereka.

C. Dampak dari Penyakit Tuberkulosis paru

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular langsung yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Sebagian besar menyerang paru (*pulmonary TB*), tetapi bisa juga menyerang bagian tubuh lainnya (*extrapulmonary TB*) seperti kelenjar getah bening, selaput otak, kulit, tulang dan persendian, usus, ginjal dan organ tubuh lainnya (WHO,

2013; Kementerian Kesehatan RI, 2011; Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia, 2010). Penyakit ini dapat menyebar di udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*) ketika orang yang sakit TB paru batuk atau bersin (WHO, 2013; Kementerian Kesehatan RI, 2011).

TB merupakan penyakit yang bisa menyerang semua umur, termasuk anak-anak. Tuberkulosis pada anak yaitu kelompok dibawah usia 15 tahun atau usia antara 0-14 tahun (WHO, 2013; Kementerian Kesehatan RI, 2012). Anak-anak biasanya terinfeksi TB dari anggota keluarga dengan BTA positif atau kontak yang berdekatan dengan BTA positif. Selain itu, kemiskinan juga merupakan faktor risiko terjadinya infeksi TB pada anak karena hal ini berkaitan dengan gizi buruk dan kepadatan penduduk, serta fungsi kekebalan tubuh yang buruk juga dapat mempengaruhinya (WHO, 2013; USAID, 2008). Menurut *World Medical Association* (2007), diagnosis TB pada anak sangat beresiko ketika adanya kasus TB aktif (menular, TB BTA positif) dalam satu rumah atau ketika anak kekurangan gizi, terinfeksi HIV, atau sakit campak dalam beberapa bulan terakhir.

Hasil penelitian Rakhmawati, Sari, & Ikeu (2008) yang berjudul Hubungan status gizi, imunisasi dan riwayat kontak dengan kejadian tuberkulosis pada anak di Wilayah Kerja Puskesmas Ciawi Kabupaten Tasikmalaya. Dapat disimpulkan bahwa status gizi anak menunjukkan sebagian besar (75,7%) status gizi baik, hampir seluruh anak (98,6%) sudah mendapatkan imunisasi BCG, dan sebagian besar (57,1%) tidak ada riwayat kontak.

Sedangkan hasil penelitian Triasih, et al. (2011) dalam penelitiannya *Contact Investigation of children exposed to tuberculosis in South East: a systematic review*, dengan tujuan untuk merangkum data prevalensi infeksi TB dan penyakit TB pada anak usia 0-15 tahun yang telah dipublikasikan di Asia Tenggara. Hasilnya sebelas studi yang memenuhi syarat untuk dianalisis dan adanya heterogenitas. Infeksi TB pada anak umumnya adanya kontak di bawah usia 15 tahun (24,4-69,2%) dan lebih tinggi dari prevalensi penyakit TB bervariasi dari 3,3% menjadi 5,5%. Kesimpulannya infeksi TB pada anak umumnya adanya kontak dalam rumah tangga pada kasus TB di Asia Tenggara. Riwayat kontak dengan kasus TB pada anak ini tergantung pada derajat infeksi sputum, lama dan frekuensi kontak, dan keadaan lain disekitar lingkungan kontak (Rudolph, 2006).

Menurut Sami ul Haq, et al. (2010) dalam penelitiannya yang berjudul *Risk factors of tuberculosis in children*, yang bertujuan untuk menentukan faktor risiko tuberkulosis pada anak di *Children Hospital Pakistan Institute of Medical Sciences, Islamabad*. Hasil penelitiannya sebanyak 200 pasien anak dievaluasi, dengan usia rata-rata 80 bulan. 80% pasien memiliki riwayat kontak dengan kasus TB dan 69,5% tidak ada bekas luka imunisasi BCG. Adanya buta huruf pada ibu 66,5% dan 36,5% pada ayah. 61,5% pasien merupakan penduduk pedesaan dan memiliki latar belakang miskin 51%. 51,5% pasien memiliki keluarga 5 atau lebih orang tinggal dalam satu ruangan. 50% anak-anak kekurangan gizi grade III, 24% grade II dan 15% grade I. 13,5% memiliki riwayat penggunaan steroid jangka panjang dan 43% memiliki riwayat campak.

Sedangkan hasil penelitian Boon, et al. (2006) dengan judul *Association between passive smoking and infection with mycobacterium tuberculosis in children*, dengan tujuan untuk mengetahui pengaruh merokok pasif terhadap infeksi tuberkulosis pada anak-anak. Penelitian dilakukan pada 1.344 anak di Afrika Selatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa merokok pasif secara bermakna dikaitkan dengan infeksi mycobacterium tuberculosis. Dalam 172 rumah tangga dengan pasien TB, merokok pasif secara bermakna dikaitkan dengan tes kulit tuberkulin positif pada anak-anak.

Selain itu, penelitian yang dilakukan Karim, et al. (2012) dengan judul *Risk factors of childhood tuberculosis: a case control study from rural Bangladesh*. Penelitian ini dilakukan pada 95 kasus dan 94 kontrol di pilih selama bulan Januari sampai Mei 2011, pada pasien anak-anak (usia dibawah 18 tahun) yang baru terdiagnosa TB. hasil penelitian bahwa usia, pendidikan, pekerjaan ayah, *crowding*, lokasi dapur dan kontak dengan kasus TB secara signifikan berhubungan dengan TB pada masa kanak-kanak BTA positif.

Soborg, et al. (2011) dalam penelitiannya *Risk factors for mycobacterium tuberculosis infection among children in Greenland*, dengan tujuan untuk mengidentifikasi anak-anak di Greenland yang beresiko tinggi infeksi *mycobacterium tuberculosis*. Penelitian ini dilakukan pada tahun 2005 sampai 2007, dan terdapat 1.797 anak dilakukan dua kali tes yang berbeda yaitu menggunakan interferon gamma release assay (IGRA) dan tuberculin skin test (TST). Hasil penelitiannya dapat disimpulkan bahwa etnis,

hubungan saudara, jumlah orang dalam satu rumah dan tingkat pendidikan ibu merupakan faktor yang berhubungan dengan terjadinya risiko infeksi TB pada anak-anak di Greenland.

Menurut McKenzie, Pinger dan Kotecki (2007) tuberkulosis merupakan penyakit menular kronis. Kondisi kesehatan kronis seperti HIV/AIDS, kusta, tuberkulosis, kesehatan mental dan epilepsy berkaitan dengan stigma yang merupakan fenomena global. Stigma memiliki dampak pada penderita dan keluarganya, serta pada efektivitas program kesehatan. Stigma dapat berdampak pada pernikahan, hubungan intervensonal, pekerjaan, pendidikan, aktivitas, kegiatan rekreasi, kegiatan bersosial dan keagamaan (Brakel, 2005).

Penyebab paling umum dari stigma TB adalah risiko penularan dari individu yang terinfeksi TB kepada masyarakat yang rentan (Courtwright & Turner, 2010). Anak termasuk masyarakat dengan usia yang rentan terinfeksi tuberkulosis. Menurut Marais, et al. (2004) menyebutkan bahwa periode usia di bawah 2 tahun merupakan periode berisiko tinggi pertama penyakit TB pada anak, sebagian anak-anak yang terinfeksi menunjukkan sering berkembang menjadi penyakit miliary atau meningitis TB tanpa gejala yang signifikan sebelumnya. Periode berisiko tinggi kedua adalah masa remaja karena infeksi primer setelah usia 10 tahun sering menunjukkan berkembang menjadi penyakit tipe dewasa. Anak-anak yang terinfeksi antara usia 2 – 10 tahun jarang berkembang menjadi penyakit serius.

Weiss dan Ramakrishna (2006) mendefinisikan stigma yang berkaitan dengan kesehatan adalah sebagai proses sosial atau pengalaman

pribadi yang ditandai dengan pengucilan, penolakan, menyalahkan atau devaluasi yang dihasilkan dari pengalaman atau antisipasi yang wajar dari penilaian sosial yang merugikan individu tersebut maupun kelompok berkaitan dengan masalah kesehatan tertentu. Stigma terkait dengan kondisi kesehatan kronis seperti HIV/AIDS, kusta, tuberkulosis, kesehatan mental dan epilepsy merupakan fenomena global. Stigma memiliki dampak pada penderita dan keluarganya, serta pada efektivitas program kesehatan. Stigma dapat berdampak pada pernikahan, hubungan intervensional, pekerjaan, pendidikan, aktivitas, kegiatan rekreasi, kegiatan bersosial dan keagamaan (Brakel, 2005).

Baral, Karki dan Newell (2007) dengan judul *Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study*. Penelitian ini dilakukan di Kathmandu, Nepal. 34 partisipan dilakukan wawancara mendalam dengan pasien TB, anggota keluarga dan anggota masyarakat. Hasil penelitiannya penyebab self-discrimination diidentifikasi meliputi takut menularkan TB dan menghindari gossip serta potensiat diskriminasi. Penyebab umum diskriminasi oleh anggota masyarakat adalah 1) takut dianggap risiko infeksi, 2) TB dan penyebab lain disriminasi, terutama kemiskinan dan kasta rendah, 3) TB dan perilaku jelek, dan 4) persepsi bahwa TB merupakan hukuman dari Tuhan. Selain itu, beberapa pasien juga merasa didiskriminasi oleh petugas kesehatan.

Crocker et al. 1998, Goffman, 1963, Jones et al. 1984 (dalam Dodor, 2009) stigma merupakan fenomena konstruksi sosial yang dapat membentuk sikap dan perilaku masyarakat terhadap mereka yang terkena dampak

penyakit dalam masyarakat. Stigma TB sering berkaitan dengan HIV, kemiskinan, kelas sosial yang rendah, kekurangan gizi atau perilaku yang buruk tergantung pada wilayah geografis (Courtwright & Turner, 2010). Hasil penelitian Zhang, et al. (2007) dalam penelitiannya *Persistent problems of access to appropriate, affordable TB services in rural China: experiences of different socio-economic groups*. Hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa akses pelayanan TB yang terjangkau masih bermasalah di beberapa daerah pedesaan di China, dan penerimaan perawatan serta keterjangkauan akses layanan menurun dengan menurunnya posisi sosio-ekonomi.

Stenhope dan Lancaster (2000) menyebutkan bahwa salah satu faktor risiko terjadinya masalah kesehatan adalah faktor ekonomi. Faktor ekonomi adalah tidak seimbangnya antara kebutuhan dengan penghasilan atau pendapatan dengan beban tanggungan, serta krisis ekonomi yang berkepanjangan mempengaruhi pemenuhan kebutuhan akan perumahan, pakaian, makanan, pendidikan dan kesehatan.

Menurut Depkes (2007), salah satu penyebab utama meningkatnya masalah TB adalah kemiskinan pada berbagai kelompok masyarakat. Kenyataannya masalah penyakit tuberkulosis paru bersifat multikompleks karena tidak hanya faktor ekonomi yang berperan tetapi faktor-faktor lain ikut menentukan. Oleh karena itu perbaikan kesehatan dapat dianggap sebagai alat maupun sebagai sasaran dari pada pembangunan (Suhardjo, 2003).

Hiswani (2009) mengatakan bahwa keterpaparan penyakit tuberkulosis pada seseorang salah satunya dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi. Faktor ini sangat erat dengan keadaan rumah, kepadatan hunian,

lingkungan perumahan, lingkungan dan sanitasi tempat kerja yang buruk dapat memudahkan penularan tuberkulosis. Pendapatan keluarga sangat erat juga dengan penularan tuberkulosis, karena pendapatan yang kecil membuat orang tidak dapat layak dengan memenuhi syarat-syarat kesehatan.

Menurut Mathew dan Takalkar (2007) pasien TB di India sering mendapatkan pengalaman adanya penolakan dan sosial di masyarakat. Karena kurangnya pengetahuan tentang penyakit dan takut dikucilkan, pasien dengan TB sering menyembunyikan gejala mereka dan gagal untuk menerima pengobatan yang tepat dalam pengendalian penyakit.

Sedangkan hasil penelitian Suandi, et al. (2012) penelitian ini dilakukan di Balai Besar Kesehatan Paru (BBKPM) Bandung. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran stigma orang tua terhadap penyakit TB, dilakukan pada 80 orang tua dengan rata-rata lama pengobatan anak 6 bulan. Jenis penelitiannya deskriptif kuantitatif, dengan teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner dengan skala likert yang meliputi domain kekhawatiran terhadap penularan, nilai dan sikap, dan penyimpangan penyakit. Hasil penelitian menunjukkan 81,25% responden memiliki stigma rendah. Gambaran stigma orang tua yang rendah ini dikarenakan orang tua yang memiliki anak dengan tuberkulosis setelah berobat mendapatkan informasi yang benar mengenai penyakit tuberkulosis maupun adanya dukungan dari petugas kesehatan.

Cramm dan Nieboer, (2011) dalam penelitiannya *The relationship between (stigmatizing) views and lay public preferences regarding*

tuberculosis treatment in the Eastern Cape, South Africa. Penelitian ini dilakukan pada 1.020 responden di Grahamstown. Hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa dua pandangan yang berbeda-beda yaitu adanya stigma TB dan pandangan bahwa pasien TB harus mengantri dengan pasien dengan sakit kronis lainnya. Selain itu terkait dengan menentang sikap dan preferensi terhadap pengobatan TB. Stigma pada penyakit tuberkulosis dapat menyebabkan keterlambatan pengobatan dan berdampak negatif terhadap kelangsungan berobat. Dampak negatif dalam kelangsungan berobat dapat menyebabkan terputusnya pengobatan pada pasien tuberkulosis yang bisa menyebabkan tidak tuntasnya pengobatan (Courtwright & Turner, 2010).

Nnoaham, et al. (2006) dalam penelitiannya *Perceptions and experiences of tuberculosis among African patients attending a tuberculosis clinic in London*, yang bertujuan untuk menggambarkan persepsi dan pengalaman pasien Afrika dengan TB di London. Penelitian ini merupakan studi kualitatif dengan menggunakan wawancara mendalam. Hasil penelitian menggambarkan bahwa penafsiran awal menyebabkan keterlambatan dalam mencari perawatan kesehatan. Setengah dari partisipan melaporkan penolakan diagnosis, kepatuhan pengobatan yang baik, mencatat peran perawat spesialis TB dalam mempromosikan kepatuhan. Penyakit HIV dianggap memperburuk stigma TB dan kebanyakan pasien menolak untuk tes awal HIV.

Adanya stigma negatif yang dapat menghambat pengobatan TB pada anak dan apabila tidak diperhatikan kasus TB pada anak akan

mengakibatkan kematian terutama anak-anak dengan sistem kekebalan tubuh yang rentan (WHO, 2013). Menurut *Desmond Tutu TB Centre* (2007), menyebutkan prognosis TB pada anak-anak jauh lebih serius daripada pada orang dewasa, karena anak-anak lebih rentan terhadap terjadinya TB yang lebih parah seperti meningitis TB.

Hasil penelitian Macq, et al. (2008) dengan judul *Tackling tuberculosis patients' internalized social stigma through patient centred care: an intervention study in rural Nicaragua*. Hasil penelitian bahwa klub TB dan kujungan rumah secara efektif dilaksanakan di 2 kota pada bulan Juni 2004 dan 3 kota pada bulan Januari 2005. Penelitian ini dilakukan pada 122 pasien dalam kelompok intervensi dan 146 pada kelompok kontrol. Setelah 15 hari, skor stigma diinternalisasi yang setara pada kedua kelompok. Setelah 2 bulan, perbedaan yang signifikan antara nilai kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Pada kelompok intervensi terlihat adanya penurunan stigma dan pada kelompok kontrol tidak ada perubahan.

D. Model Adaptasi oleh Sister Callista Roy

Teori model adaptasi merupakan salah satu teori keperawatan yang termasuk pada level model konseptual. Teori ini disusun oleh Sister Callista Roy. Asumsi utama dari teori ini adalah bahwa manusia merupakan sistem adaptif yang mencakup aspek bio-psiko-sosial-spiritual. Proses adaptasi manusia membentuk sebuah siklus yang saling berkaitan yang terdiri dari input (stimulus), proses kontrol, dan output (respon atau perilaku) (Tomey & Alligood, 2006).

1. Paradigma keperawatan menurut Sister Callista Roy

Pandangan keperawatan meliputi empat konsep sentral yaitu manusia, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan. Adapun paradigma keperawatan menurut Roy (1991) dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Manusia

Pandangan tentang manusia adalah individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang merupakan sebuah sistem dan dapat menyesuaikan diri (adaptive system). Sebagai sistem yang dapat menyesuaikan diri melalui mekanisme koping manusia dapat digambarkan secara holistik (bio-psiko-sosial), dan dinamika dalam konteks adaptasi pun bersifat holistik.

b. Lingkungan

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang berasal dari stimulus internal dan eksternal yang mempengaruhi perkembangan dan perilaku individu atau kelompok. Lingkungan ini kemudian akan berinteraksi dengan sistem yang dimiliki oleh manusia dengan memberikan stimulus. Stimulus dikelompokkan menjadi tiga jenis yaitu stimulus fokal merupakan stimulus yang memberikan pengaruh terbesar dalam keseimbangan sistem adaptif manusia. Stimulus kontekstual yaitu stimulus yang dapat menunjang terjadinya efek dari stimulus fokal. Stimulus residual merupakan stimulus yang berpengaruh terhadap manusia akan tetapi efeknya belum jelas.

c. Kesehatan

Kesehatan adalah suatu keadaan dan proses berfungsinya manusia karena terjadinya adaptasi terus-menerus. Digambarkan oleh Roy dari mulai rentang kematian sampai pada puncak kesehatan, dengan sehat normal ada di tengah. Kesehatan rendah sebagai hasil dari maladaptasi terhadap perubahan lingkungan.

d. Keperawatan

Keperawatan sebagai proses interpersonal yang diawali adanya kondisi maladaptasi akibat perubahan lingkungan baik internal maupun eksternal. Manusia sebagai sistem, berinteraksi dengan lingkungan dan mengatasi lingkungan melalui mekanisme adaptasi bio-psiko-sosial. Adaptasi di tingkatkan bila terjadi peningkatan atau pengurangan pemenuhan kebutuhan. Di dalam menghadapi perubahan atau stimulus, manusia harus menjaga integritas dirinya dan selalu beradaptasi secara menyeluruh (*holistik adaptive system*). Tindakan keperawatan diarahkan untuk mengurangi atau mengatasi dan meningkatkan kemampuan adaptasi manusia. Peran perawat adalah memfasilitasi potensi klien untuk mengadakan adaptasi dalam menghadapi perubahan kebutuhan dasarnya untuk mempertahankan homeostatis atau integritasnya.

2. Hubungan komponen dasar dalam model adaptasi keperawatan

Adaptasi adalah konsep sentral dan konsep yang menyatukan konsep-konsep lain dalam model ini. Penerima pelayanan keperawatan adalah manusia sebagai adaptif sistem yang menerima stimulus dari lingkungan internal dan eksternal. Stimulus-stimulus ini mungkin berada dalam area atau di luar area adaptasi manusia dan subsistem regulator dan kognator digunakan untuk mempertahankan adaptasi dengan memperhatikan empat cara penyesuaian diri. Saat stimulus jatuh dalam area adaptasi manusia, respon adaptif akan terjadi dan energi dibebaskan untuk berespon terhadap stimulus lain. Dalam hal ini meningkatkan integritas atau kesehatan. Keperawatan mendorong adaptasi melalui penggunaan proses keperawatan dengan tujuan meningkatkan kesehatan

Menurut Roy elemen dari proses keperawatan meliputi pengkajian tingkat pertama, pengkajian tingkat kedua, diagnosis keperawatan, penentuan tujuan, intervensi, dan evaluasi. Roy juga menyatakan dalam hubungan dengan setiap langkah dari proses keperawatan perawat mengandalkan keterampilan interpersonal, dan intuitif karena mereka menilai dan memulai intervensi yang melibatkan pendekatan seperti perawatan fisik, bimbingan antisipatif, pengajaran kesehatan, dan konseling.

3. Deskripsi teori adaptasi Sister Callista Roy

Teori adaptasi Callista Roy mengatakan bahwa sistem adaptif terdiri dari proses *input*, proses kontrol, *feedback*, dan *output* (Tomey & Alligood, 2006).

a. Input (stimulus)

Input adalah sebagai stimulus yang merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan atau energy dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon. Perubahan atau stimulus yang menimbulkan akibat pada manusia dibagi menjadi tiga, yaitu:

Pada manusia sebagai suatu sistim yang dapat menyesuaikan diri: yaitu dengan menerima masukan dari lingkungan luar dan lingkungan dalam diri individu itu sendiri. Input atau stimulus yang masuk, dimana feedbacknya dapat berlawanan atau responnya yang berubah ubah dari suatu stimulus. Hal ini menunjukkan bahwa manusia mempunyai tingkat adaptasi yang berbeda dan sesuai dari besarnya stimulus yang dapat ditoleransi oleh manusia.

Terdapat tiga tingkatan adaptasi pada manusia yang dikemukakan oleh Roy diantaranya :

- 1) Stimulus fokal yaitu stimulus yang secara langsung dapat menyebabkan keadaan sakit dan ketidakseimbangan yang dialami saat ini. Contoh : kuman penyebab terjadinya infeksi
- 2) Stimulus kontekstual yaitu stimulus yang dapat menunjang terjadinya sakit (faktor presipitasi) seperti keadaan tidak sehat.

Keadaan ini tidak terlihat langsung pada saat ini, misalnya penurunan daya tahan tubuh, lingkungan yang tidak sehat.

- 3) Stimulus residual yaitu sikap, keyakinan dan pemahaman individu yang dapat mempengaruhi terjadinya keadaan tidak sehat, atau disebut dengan faktor predisposisi, sehingga terjadi kondisi fokal, misalnya ; persepsi pasien tentang penyakit, gaya hidup, dan fungsi peran.

b. Proses kontrol

Proses kontrol adalah mekanisme koping yang dimanifestasikan dengan cara-cara penyesuaian diri. Lebih spesifik manusia didefinisikan sebagai sebuah sistem yang dapat menyesuaikan diri dengan aktifitas kognator dan regulator untuk mempertahankan adaptasi dalam empat cara-cara penyesuaian yaitu: fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi.

Mekanisme koping adalah tiap upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stress, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri. Manusia sebagai suatu sistim yang dapat menyesuaikan diri disebut mekanisme koping. Dua mekanisme koping yang telah diidentifikasi yaitu: subsistem regulator dan subsistem kognator. Regulator dan kognator adalah digambarkan sebagai aksi dalam hubungannya terhadap empat efektor atau cara penyesuaian diri yaitu: fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi.

1) Perubahan fungsi fisiologis

Adanya perubahan fisik akan menimbulkan adaptasi fisiologis untuk mempertahankan keseimbangan. Fungsi fisiologi berhubungan dengan struktur tubuh dan fungsinya. Roy mengidentifikasi sembilan kebutuhan dasar fisiologis yang harus dipenuhi untuk mempertahankan integritas, yang dibagi menjadi dua bagian, mode fungsi fisiologis tingkat dasar yang terdiri dari lima kebutuhan dan fungsi fisiologis dengan proses yang kompleks terdiri dari empat bagian yaitu: oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, imunitas dan struktur integument, perasaan, cairan dan elektrolit, neurologis, dan fungsi endokrin.

2) Perubahan konsep diri

Adalah keyakinan perasaan akan diri sendiri yang mencakup persepsi, perilaku dan respon. Adanya perubahan fisik akan mempengaruhi pandangan dan persepsi terhadap dirinya. Mode konsep diri berhubungan dengan psikososial dengan penekanan spesifik pada aspek psikososial dan spiritual manusia. Kebutuhan dari konsep diri ini berhubungan dengan integritas psikis antara lain persepsi, aktivitas mental dan ekspresi perasaan. Konsep diri menurut Roy terdiri dari dua komponen yaitu *the physical self* dan *the personal self*.

3) Perubahan fungsi peran

Ketidakseimbangan akan mempengaruhi fungsi dan peran seseorang. Mode fungsi peran mengenal pola-pola interaksi

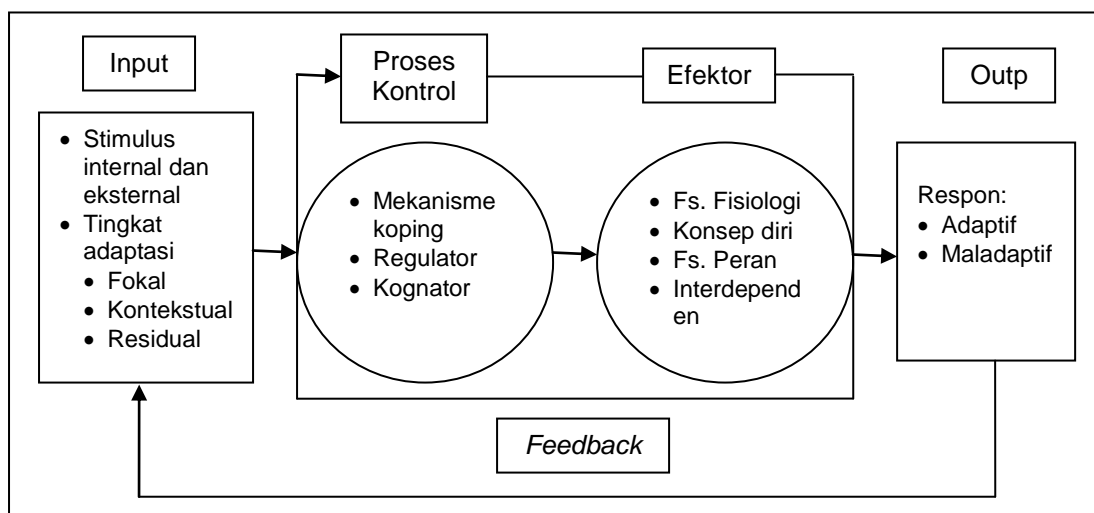
sosial seseorang dalam hubungannya dengan orang lain, yang dicerminkan dalam peran primer, sekunder dan tersier. Fokusnya pada bagaimana seseorang dapat memerankan dirinya dimasyarakat sesuai kedudukannya.

4) Perubahan interdependensi

Ketidakmampuan seseorang untuk mengintergrasikan masing-masing komponen menjadi satu kesatuan yang utuh.

c. Output

Output sebagai respon yang adaptif atau respon yang maladaptif. Respon adaptif dapat meningkatkan integritas seseorang yang secara keseluruhan dapat terlihat bila seseorang mampu memenuhi tujuan hidup, mengatasi berbagai stimulus dengan baik dan mencapai hasil yang optimal.

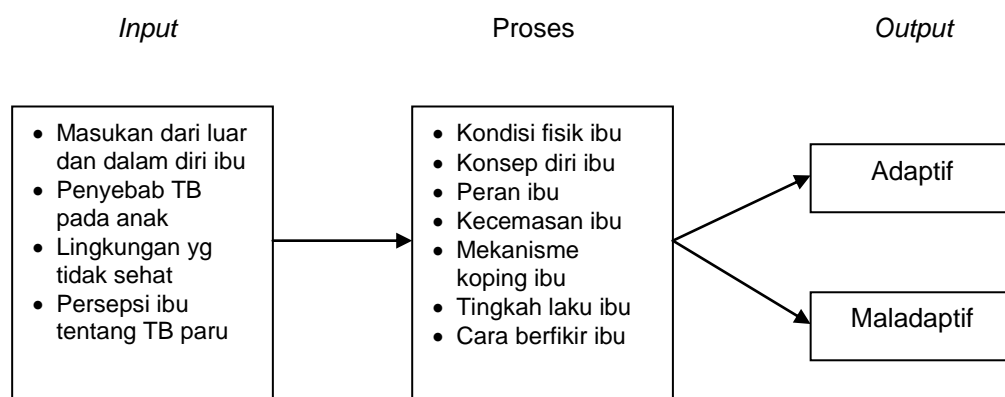


Skema 2.1 : Model Adaptasi oleh Sister Callista Roy

Sumber : Tomey and Alligood (2006)

E. Aplikasi Model Adaptasi Sister Callista Roy

Menurut Roy asuhan keperawatan berfokus pada respon seseorang terhadap interaksi dengan lingkungan internal dan eksternal yang mempengaruhi adaptasi. Kondisi sakit dan lingkungan yang mengelilingi ibu dalam merawat anak dengan tuberkulosis paru mempengaruhi respon ibu beradaptasi dalam perannya mencapai perawatan kesehatan pada anak, seperti yang digambarkan dalam kerangka model berikut ini berdasarkan Model Adaptasi oleh Sister Callista Roy:



Skema 2.2 : Kerangka Model Adaptasi Sister Callista Roy

Sumber : Tomey dan Alligood (2006)