

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Tuberkulosis (TB)

Tuberkulosis adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Terdapat beberapa jenis spesies *Mycobacterium* antara lain: *M.tuberculosis*, *M.africanum*, *M.bovis*, *M.Leprea*. Dikenal juga sebagai Bakteri Tahan Asam (BTA). Pada bulan Maret sekitar 1,3 abad yang lalu tepatnya tanggal 2 Maret 1882 Robert Koch menemukan bakteri penyebab tuberkulosis yang kemudian membuka jalan untuk diagnosis dan penyembuhan penyakit ini. Kelompok bakteri *Mycobacterium* selain *Mycobacterium tuberculosis* yang bisa menimbulkan gangguan pada saluran nafas dikenal dengan MOTT (*Mycobacterium Other Than Tuberculosis*) yang dapat mengganggu penegakan diagnosa dan pengobatan TB (Kemenkes RI, 2018).

Mycobacterium tuberculosis masuk dalam tubuh manusia melalui droplet yang terhirup ke dalam paru. Bakteri ini dapat menyebar ke bagian tubuh lain melalui sistem peredaran darah, saluran limfa, dan melalui saluran pernapasan atau penyebaran langsung ke bagian tubuh lainnya (Notoatmodjo, 2011). Tuberkulosis paru dapat dijumpai dalam 2 bentuk yaitu:

- 1) Tuberkulosis primer yaitu terjadi infeksi penyakit untuk pertama kali;
- 2) Tuberkulosis pasca primer yaitu penyakit timbul setelah beberapa waktu seseorang terkena infeksi dan sembuh. Ditemukan bakteri dalam dahak penderita yang merupakan sumber penularan.

Mikobakteria termasuk di dalam keluarga *Mycobacteriaceae* dan ordo *Actinomycelates*. Genus mikobakteria memiliki pengaruh dekat dengan anggota *Actinomycelates* lain seperti *Corynebacterium*, *Nocardia* dan *Rhodococcus*. Berikut ini adalah klasifikasi dari mikobakteria menurut Stackebrand dkk (1997).

Kingdom : Bacteria

Phylum	: Actinobacteria
Ordo	: Actinomycetales
Subordo	: Corynebacterineae
Family	: Mycobacteriaceae
Genus	: Mycobacterium
Species	: <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (Stackebrand dkk,1997).

a. Epidemiologi Penyakit Tuberkulosis

Epidemiologi tuberkulosis mempelajari tiga proses yang terjadi pada penyakit ini yaitu:

- 1) Penyebaran atau penularan dari bakteri tuberkulosis;
- 2) Perkembangan dari bakteri tuberkulosis paru yang menularkan pada orang lain setelah orang tersebut terinfeksi bakteri tuberkulosis;
- 3) Perkembangan lanjut dari bakteri tuberkulosis sampai penderita dinyatakan sembuh atau meninggal karena tuberkulosis (Akyuwen, 2021).

Tuberkulosis sampai saat ini merupakan masalah kesehatan masyarakat di dunia walaupun upaya penanggulangan TB telah dilaksanakan di banyak negara sejak tahun 1995. TB merupakan salah satu dari 10 penyebab kematian dan penyebab utama agen infeksius. Di tahun 2017 diperkirakan terdapat 10 juta kasus TB baru setara dengan 133 kasus per 100.000 penduduk. Estimasi terbaik proporsi penderita TB yang meninggal karena penyakit adalah 16% mengalami penurunan dari tahun 2000 sebesar 23%. CFR harus turun sampai 10% pada tahun 2020 untuk mencapai tahap pertama *End TB Strategy*. Beban TB Indonesia yang di perkirakan WHO insiden TB tahun 2017 sebesar 842.000 atau 319 per 100.000 penduduk sedangkan TB-HIV 36.000 kasus per-tahun atau 14 per 100.000 penduduk. Kematian karena TB diperkirakan sebesar 107.000 atau 40 per 100.000 penduduk. Dari insiden tersebut maka masih ada 47% yang belum ternotifikasi baik yang belum terjangkau, belum terdeteksi maupun tidak melaporkan (Sugihantono, 2018).

Pada tahun 2020 penemuan TB di dunia terjadi penurunan global dari 7,1 juta pada tahun 2019 menjadi 5,8 juta pada tahun 2020. Di tahun 2020, 16 negara menyumbang 93% pengurangan yaitu; India, Indonesia dan Filipina dan sampai tahun 2021 masih menunjukkan penurunan (WHO, 2021). Berdasarkan data SITB selama bulan Januari – Juni 2020, jumlah kasus TB di Indonesia

mengalami penurunan cukup besar, di bulan Januari sejumlah 31.216 kasus sedangkan pada bulan Juni 11.839 kasus. Berdasarkan jenis fasyankes yang melaporkan menunjukkan angka presentase yang terus menurun dari 54% pada bulan Januari dan pada bulan juni hanya 27%.

Berdasarkan data profil kesehatan Provinsi Lampung yang di laporkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Lampung (2019) angka penemuan kasus TB (CDR) semua kasus TB di provinsi lampung dapat diketahui terjadi kenaikan pada tahun 2017-2019 sebesar 25%-54% tetapi belum mencapai target nasional. Target CDR penanggulangan tuberkulosis nasional adalah 70% (Dinas Kesehatan Provinsi Lampung 2019).

Dari data tersebut diketahui CDR masing-masing Kabupaten/Kota. *Case Detection Rate* (CDR) menerangkan persentase penemuan kasus TB di masing-masing wilayah Puskesmas di Kabupaten/Kota. *Case Detection Rate* (CDR) merupakan proporsi penemuan kasus TB BTA positif dibandingkan dengan perkiraan kasus dalam persen. Semakin tinggi CDR mengartikan semakin banyak kasus TB yang ditemukan dan diobati, sehingga menurunkan angka penularan di masyarakat. CDR yang rendah mengartikan kasus TB masih banyak yang belum ditemukan dan mengindikasikan penularan TB tinggi di Kabupaten/Kota tersebut (Dinas Kesehatan provinsi Lampung, 2019).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Pesisir Barat CDR Puskesmas Biha pada tahun 2021 sebesar 25% dari target nasional 70%. CDR yang rendah mengartikan kasus TB masih banyak yang belum ditemukan dan mengindikasikan penularan TB tinggi di Kabupaten Pesisir Barat khususnya di wilayah kerja UPTD Puskesmas Biha.

b. Pathogenesis dan Penularan TB

Sumber penularan penyakit tuberkulosis paru adalah penderita yang terinfeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dengan BTA (+). Penularan terjadi karena individu yang terinfeksi batuk atau bersin tanpa menggunakan etika batuk yang benar sehingga bakteri keluar dalam bentuk dahak (*droplet nuclei*/percik renik) di udara. Secara umum sifat kuman *Mycobacterium tuberculosis* antara lain adalah sebagai berikut:

- 1) Berbentuk batang dengan panjang 1-10 mikron, lebar 0,2-0,6 mikron;

- 2) Bersifat tahan asam dalam pewarnaan dengan metode Zeihl Neelsen, berbentuk batang berwarna merah dalam pemeriksaan di bawah mikroskop;
- 3) Memerlukan media khusus untuk biakan dengan menggunakan media Lowenstein Jensen, Ogawa;
- 4) Tahan terhadap suhu rendah dan dapat bertahan hidup dalam jangka waktu yang lama pada suhu 4°C-70°C;
- 5) Kuman sangat peka terhadap panas, sinar matahari dan sinar ultra violet. Paparan langsung sinar ultra violet sebagian kuman akan mati dalam waktu beberapa menit. Dalam dahak akan mati dalam waktu 1 minggu pada suhu antara 30-37°C. Kuman dapat bersifat dorman (Permenkes, 2016);
- 6) Infeksi akan terjadi bila seseorang menghirup udara yang mengandung percikan dahak yang infeksius. Sekali penderita TB batuk akan menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak yang mengandung kuman sebanyak 0-3500 *M.tuberculosis* sedangkan jika bersin dapat mengeluarkan sebanyak 4500-1.000.000 *M.tuberculosis*.

Terdapat 4 tahapan perjalanan alamiah penyakit TB. Tahapan tersebut meliputi:

- 1) Paparan. Peluang peningkatan paparan terkait dengan jumlah kasus menular di masyarakat, peluang kontak dengan kasus menular, tingkat daya tular dahak sumber penularan, intensitas batuk sumber penularan, kedekatan kontak dengan sumber penularan, lama waktu kontak dengan sumber penularan;
- 2) Infeksi. Reaksi daya tahan tubuh akan terjadi setelah 6-14 minggu setelah infeksi. Lesi dapat sembuh tetapi ada kemungkinan kuman tetap hidup dalam lesi tersebut (*dormant*), suatu saat dapat aktif tergantung pada daya tahan tubuh;
- 3) Faktor Risiko untuk menjadi TB tergantung pada konsentrasi / jumlah kuman yang terhirup, lamanya waktu sejak terinfeksi, usia seseorang yang terinfeksi, tingkat daya tahan tubuh seseorang, dan infeksi HIV;
- 4) Meninggal Dunia
Faktor risiko kematian karena TB yaitu:
 - a) Akibat dari keterlambatan diagnosis;
 - b) Pengobatan tidak adekuat;

- c) Kondisi kesehatan awal yang buruk serta penyakit penyerta;
- d) Pasien TB tanpa pengobatan, 50% akan meninggal dan risiko ini meningkat pada pasien dengan HIV positif. Begitu pula ODHA 25% kematian disebabkan oleh TB (Permenkes, 2016).

c. **Diagnosis Penyakit Tuberkulosis**

Penemuan pasien bertujuan mendapatkan pasien TB melalui serangkaian kegiatan mulai dari penjarangan terhadap terduga pasien TB, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang diperlukan. Diagnosis TB ditentukan berdasarkan keluhan, pemeriksaan klinis, hasil anamnesis, pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya. Pemeriksaan klinis berdasarkan gejala dan tanda TB yaitu:

- 1) Gejala utama pasien TB adalah batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih. Dapat diikuti dengan gejala lain seperti, dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat pada malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang selama satu bulan;
- 2) Gejala-gejala tersebut dijumpai juga pada penyakit bronkiektasis, bronkitis kronis, asma, kanker paru;
- 3) Selain gejala perlu dipertimbangkan pemeriksaan pada orang dengan faktor risiko, seperti: kontak erat dengan pasien TB, tinggal di daerah padat penduduk, wilayah kumuh, daerah pengungsian, dan orang yang bekerja dengan bahan kimia beresiko menimbulkan paparan infeksi paru (Permenkes, 2016).

Menurut Masriadi (2017) diagnosa TB antara lain:

- a) Semua suspek tuberkulosis paru di periksa dua kali spesimen dahak dalam waktu dua hari antara lain sewaktu dan pagi. TB paru pada orang dewasa ditegakkan dengan ditemukannya tuberkulosis paru (BTA);
- b) Pemeriksaan lainnya seperti foto toraks, biakan dan uji kepekaan dapat digunakan sebagai penunjang diagnosis sepanjang sesuai indikasinya;
- c) Foto toraks tidak bisa memberikan kebenaran pada diagnosa serta gambaran yang khas pada penyakit tuberkulosis paru sehingga sering terjadi *overdiagnosis*.

- d) Gambaran kelainan hasil radiologi paru tidak selalu menunjukkan penyakit.

Definisi kasus TB terdiri dari dua, yaitu;

- a) Pasien TB yang terkonfirmasi bakteriologis adalah pasien TB yang terbukti positif pada hasil pemeriksaan contoh uji biologinya yaitu sputum dan jaringan melalui pemeriksaan mikroskopis langsung, TCM TB, atau biakan.
- b) Pasien TB yang terdiagnosis secara klinis adalah pasien yang tidak memenuhi kriteria terdiagnosis secara bakteriologis tetapi terdiagnosis sebagai pasien TB oleh dokter dan dianjurkan untuk melakukan pengobatan.

Jenis Pemeriksaan Laboratorium

1) Pemeriksaan Bakteriologis

a) Pemeriksaan Dahak Mikroskopis Langsung

Pemeriksaan dahak selain berfungsi untuk menegakkan diagnosa, juga dapat menentukan potensi penularan dan menilai keberhasilan pengobatan. Pemeriksaan dahak untuk penegakan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 2 contoh uji dahak yang dikumpulkan berupa dahak sewaktu-pagi (SP) dan sewaktu-sewaktu (SS).

b) Pemeriksaan Biakan

Pemeriksaan biakan dapat dilakukan dengan media padat (Lowenstein-Jensen) dan media cair (*Mycobacteria Growth Indikator Tube*) untuk identifikasi *Mycobacterium tuberculosis*

c) Pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM) TB

Menggunakan metode Xpert MTB/RIF. TCM merupakan sarana untuk penegakan diagnosis, namun tidak dapat dimanfaatkan untuk evaluasi hasil pengobatan.

2) Pemeriksaan penunjang lainnya

- a) Pemeriksaan Foto toraks
- b) Pemeriksaan histopatologi pada kasus yang dicurigai TB Ekstra paru

3) Pemeriksaan uji kepekaan obat

Bertujuan untuk menentukan ada tidaknya resistensi M.TB terhadap OAT. Uji kepekaan obat tersebut harus dilakukan di laboratorium yang telah lulus

uji pemantapan mutu/*Quality Assurance* (QA), dan mendapatkan sertifikat nasional maupun internasional.

- 4) Pemeriksaan serologi Sampai saat ini belum direkomendasikan (Kemenkes RI, 2017).

2. Faktor yang Mempengaruhi CDR (Case Detection Rate) Tuberkulosis

a. Usia

Kelompok usia dibagi menjadi 3 yaitu usia muda yaitu berusia kurang dari 15 tahun, usia produktif yaitu berusia dalam rentan 15-64 tahun dan usia non produktif yaitu kelompok usia lebih dari 65 tahun. Prevalensi TB dengan BTA positif sebesar 257 per 100.000 penduduk berusia lebih dari 15 tahun, semakin bertambah usia, prevalensi semakin tinggi dikarenakan terjadi re-aktivasi TB dan durasi paparan TB lebih lama dibandingkan kelompok usia di bawahnya (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan penelitian Rohimah (2021) hasil distribusi frekuensi penemuan kasus baru TB positif dengan kriteria usia, didapatkan 20 kasus baru TB positif yaitu 19 (95%). Pada kasus usia produktif terdapat 1 (5%) pada usia non produktif.

Usia produktif adalah kelompok usia dengan mobilitas yang sangat tinggi sehingga kemungkinan terpapar *Mycobacterium tuberculosis* lebih besar. Usia produktif adalah usia ketika seseorang mampu bekerja (Rohimah,2021).

b. Jenis Kelamin

Kasus TB di Indonesia pada tahun 2017 sebanyak 420.994 kasus, berdasarkan jenis kelamin. Jumlah kasus baru TB tahun 2017 pada laki-laki 1,4 kali lebih besar dibandingkan dengan perempuan. Survei prevalensi TB diperoleh hasil prevalensi TB pada laki-laki 3 kali lebih tinggi dibandingkan perempuan, hal ini terjadi kemungkinan karena laki-laki lebih terpapar pada faktor risiko TB misalnya kebiasaan merokok dan kurangnya ketidakpatuhan minum obat (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan hasil distribusi frekuensi penemuan kasus TB positif dengan kriteria jenis kelamin diperoleh jenis kelamin laki-laki dari 172 orang terduga ditemukan 11kasus baru TB positif (6,4%) dan 162 negatif

dengan kriteria jenis kelamin perempuan di temukan 9 kasus baru TB positif (5,6%) dan 153 (94.4%) negatif.

Banyaknya jumlah kejadian TB paru pada laki- laki disebabkan karena laki-laki memiliki mobilitas yang tinggi dari pada perempuan sehingga kemungkinan untuk terpapar lebih besar, selain itu kebiasaan seperti merokok dan mengonsumsi alkohol dapat memudahkan laki0-laki terinfeksi TB paru (Rohimah, 2021).

c. Pengetahuan

Menurut Wawan dan Dewi (2018), Pengetahuan (*Knowledge*) adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behavior*). Suatu perbuatan yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perbuatan yang tidak didasari oleh pengetahuan, dan orang mengadopsi perbuatan dalam diri seseorang tersebut akan terjadi proses sebagai berikut:

- 1) Kesadaran (*awareness*) di mana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap objek (Stimulus).
- 2) Merasa tertarik (*interest*) terhadap stimulus atau objek tertentu, di sini sikap subjek sudah mulai timbul.
- 3) Menimbang-nimbang (*evaluation*) terhadap baik dan tidaknya terhadap stimulus tersebut bagi dirinya, hal ini berarti sikap responden sudah tidak baik lagi.
- 4) *Trial*, di mana subjek mulai melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
- 5) Adopsi (*adoption*) , di mana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terjadi stimulus..

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin di ukur dari subjek penelitian atau responden (Wawan dan Dewi, 2018).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Sandha dan Sari (2017) didapatkan hasil proporsi responden dengan tingkat pengetahuan baik secara umum sebanyak 44 orang responden (44,9%), dan 54 orang responden (55,1%) berpengetahuan kurang. hal ini dapat menjadi alasan mengapa kasus TB masih sering di jumpai di wilayah tersebut, terbukti bahwa pengetahuan masyarakat yang rendah berdampak pada terhambatnya pengendalian penyakit TB di suatu daerah.

Salah satu penyebab kurangnya tingkat pengetahuan terkait TB adalah perbedaan latar belakang masyarakat pada suatu daerah, latar belakang tersebut meliputi usia, ras, jenis kelamin, jenjang pendidikan dan sosial ekonomi serta sumber informasi. Rendahnya tingkat pengetahuan secara umum dapat dijelaskan berdasarkan enam sub-pengetahuan yang berkontribusi pada skor akhir tingkat pengetahuan. Keenam sub-pengetahuan tersebut meliputi faktor risiko dan penyebab TB, cara penularan TB, gejala TB, dan pemeriksaan diri, pencegahan TB, pengobatan TB serta komplikasi TB (Sandha dan Sari, 2017).

d. Stigma Penderita Tuberkulosis

Stigma merupakan suatu label negatif yang diberikan oleh seseorang/kelompok kepada orang lain, stigma tersebut dapat berkaitan dengan adanya suatu penyakit kronis maupun menular (Sari, 2018).

Stigma adalah segala bentuk atribut fisik dan sosial yang mengurangi identitas seseorang. Menurut KBBI stigma adalah ciri negatif yang menempel pada pribadi seseorang di karena pengaruh dari lingkungan (Muhardiani dkk., 2015).

1) Tipe Stigma

Stigma dibagi menjadi tiga tipe yaitu:

- a) Stigma yang berkaitan dengan cacat tubuh atau fisik yang dimiliki seseorang;
- b) Stigma yang berkaitan dengan karakter individu seperti narapidana, ODGJ, salah satu karakter tercela, biasanya terjadi pada seorang dengan HIV/AIDS, alkoholisme, penyakit TB dan penyakit menular seksual;
- c) Stigma yang berkaitan dengan ras, bangsa dan agama atau kewarganegaraan kelompok lain yang kekurangannya dibandingkan dengan norma sosial yang berlaku di masyarakat. Stigma ini akan diteruskan dari generasi ke generasi.

2) Penyebab Stigma

Penderita tuberkulosis merupakan salah satu contoh seseorang mendapat stigma oleh masyarakat karena memiliki penyakit kronik dan menular. Penderita tuberkulosis yang dilabeli dengan stigma tersebut menjadi takut, malu, putus asa dengan penyakit yang dimilikinya, tidak bisa memecahkan masalah dan sulit mengambil keputusan, di jauhi lingkungan sekitar dan orang terdekat, saat bersosialisasi dengan masyarakat cenderung membatasi diri karena memiliki penyakit tersebut dampak dari stigma ini adalah keterlambatan dalam melakukan diagnosa dan pengobatan sehingga risiko penularan semakin tinggi (Sari, 2018).

Ada beberapa yang menyebabkan terjadinya stigma yaitu:

- a) Takut adalah penyebab umum bila seseorang distigma. Penderita cenderung takut terhadap pengungkapan kondisi yang sesungguhnya sehingga bisa terjadi stigma di antara masyarakat.
- b) Tidak menarik. Stigma dapat menyebabkan kondisi dianggap tidak menarik.
- c) Kegelisahan. Penderita tidak nyaman berhadapan dengan orang lain dalam kondisi yang dialaminya.
- d) Asosiasi. Kondisi kesehatan dikaitkan dengan adanya kondisi yang menyenangkan seperti pengguna narkoba, kemiskinan dan kehilangan pekerjaan serta orientasi seksual tertentu.
- e) Kebijakan atau undang-undang. Contohnya adalah klinik TB dan penyakit menular yang ditempatkan di tempat khusus terpisah.
- f) Kurangnya kerahasiaan (Santoso, 2016).

3) Proses Stigma

Penderita TB sering didiskriminasi oleh orang lain karena takut penyakitnya menular, sehingga orang yang distigma akan berpikir orang lain menghindarinya. Stigma adalah interaksi sosial antara yang menstigma dengan orang yang terstigma. Dukungan terhadap orang terstigma sangat perlu dan penting untuk mereduksi stigma dan dampak (Hidayati, 2015).

Mekanisme stigma menurut Major dan O'brien terjadi melalui empat tahapan yaitu:

- 1) Adanya perilaku diskriminasi dan perilaku negatif secara langsung
Pada aspek kehidupan dan terjadi diskriminasi terdapat pembatasan yang dapat menimbulkan dampak yaitu dampak kesehatan fisik, status sosial, dan *psychological well-being*.
- 2) Proses konfirmasi terhadap harapan atau *self fulfilling prophecy*. Presepsi negatif, stereotip dan adanya harapan dapat membuat seseorang individu menjadi perilaku sesuai dengan stigma yang telah diberikan kepadanya dan berpengaruh terhadap pikiran, perasaan dan perilaku individu tersebut.
- 3) Munculnya *stereotype* secara otomatis
- 4) Terjadinya ancaman terhadap identitas dari individu yang terstigma oleh beberapa individu atau kelompok yang menstigma mengalami ancaman seperti dikucilkan (Rizqiya, 2020).

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 dan jarang bergaul di masyarakat. Hasil penelitian yang dilakukan Hidayati (2015) menunjukkan hampir seluruh responden memiliki stigma yang rendah. Berdasarkan hasil studi pendahuluan didapatkan masyarakat pada awalnya tidak mau bergaul dengan pasien TB karena takut tertular penyakitnya. Perbedaan tersebut disebabkan oleh berbagai faktor. Pasien pada awalnya malu untuk periksa penyakit yang dideritanya untuk berobat karena memiliki stigma rendah, setelah berobat mendapatkan informasi yang benar mengenai penyakit tuberkulosis maupun adanya dukungan dari petugas kesehatan. Stigma yang rendah mengindikasikan bahwa penyingkapan akan status penyakit bukanlah perkara yang besar bagi responden dan menunjukkan harapan yang tinggi agar stigma diubah menjadi suport (Hidayati, 2015).

Gambaran persepsi responden terhadap stigma menunjukkan 50% responden berada di atas skor 66,00 (min-maks:57-74), artinya apabila nilai median mendekati nilai maksimal maka persepsi responden terhadap stigma

tinggi, diperoleh skor responden 66,00 (48,84%) yang mana skor tersebut tidak mendekati nilai maksimal maka persepsi responden terhadap stigma masyarakat rendah (Rizqiya, 2020).

Stigma yang dimaksud adalah stigma yang dipresepsikan oleh penderita TB sebagai akibat dari perilaku orang-orang di sekelilingnya. Setelah terdiagnosa menderita TB kemudian pasien terstigma oleh masyarakat maka pasien akan merasa sebagai sumber penularan bagi orang lain sehingga penderita TB akan malu mengisolasi diri dan merahasiakan penyakit mereka. Munculnya anggapan negatif masyarakat terhadap orang dengan penyakit menular seperti TB disebabkan oleh kurangnya pemahaman/pengetahuan masyarakat tentang penyakit menular khususnya tentang TB. Apabila stigma masyarakat sudah melekat pada penderita akan mempengaruhi interaksi dengan masyarakat. Stigma masyarakat tentang TB dapat menimbulkan beberapa permasalahan seperti harga diri rendah, isolasi sosial dan gangguan citra tubuh, oleh karena itu stigma harus dihilangkan dari lingkungan sekitar untuk mengontrol penyakit TB yang di alami pasien tersebut (Husnaniyah, 2017).

e. Jarak Rumah Penderita ke Pelayanan Kesehatan

Perencanaan pelayanan kesehatan yang baik memiliki berbagai unsur yang mendukung implementasi/aplikasi pelayanan guna mencapai target pelayanan. Unsur tersebut seperti tenaga kerja, pembiayaan, akses dan infrastruktur. Keseluruhan unsur tersebut masukan bagi pelayanan kesehatan untuk mencapai kepuasan masyarakat sebagai target pelayanan. Persyaratan pokok yang harus dipenuhi guna mampu memberikan pelayanan kesehatan yang baik adalah sebagai berikut:

1) Tersedia dan berkesinambungan (*Available and Continuous*)

Pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan serta keberadaannya dalam masyarakat selalu ada ketika dibutuhkan;

2) Dapat diterima dan wajar (*Acceptable and Appropriate*)

Pelayanan kesehatan tidak bertentangan dengan adat istiadat, keyakinan, dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan bersifat baik dan wajar;

3) Mudah dicapai (*Accesible*)

Pelayanan kesehatan berada pada lokasi yang mudah dijangkau oleh masyarakat. Dengan kata lain, distribusi sarana kesehatan perlu diatur agar tidak terkonsentrasi di wilayah perkotaan saja, cenderung sulit ditemukan di wilayah pedesaan;

4) Mudah dijangkau (*Affordable*)

Segi biaya pelayanan kesehatan yang baik apabila sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat sehingga kesehatan tidak hanya dinikmati oleh sebagian masyarakat saja;

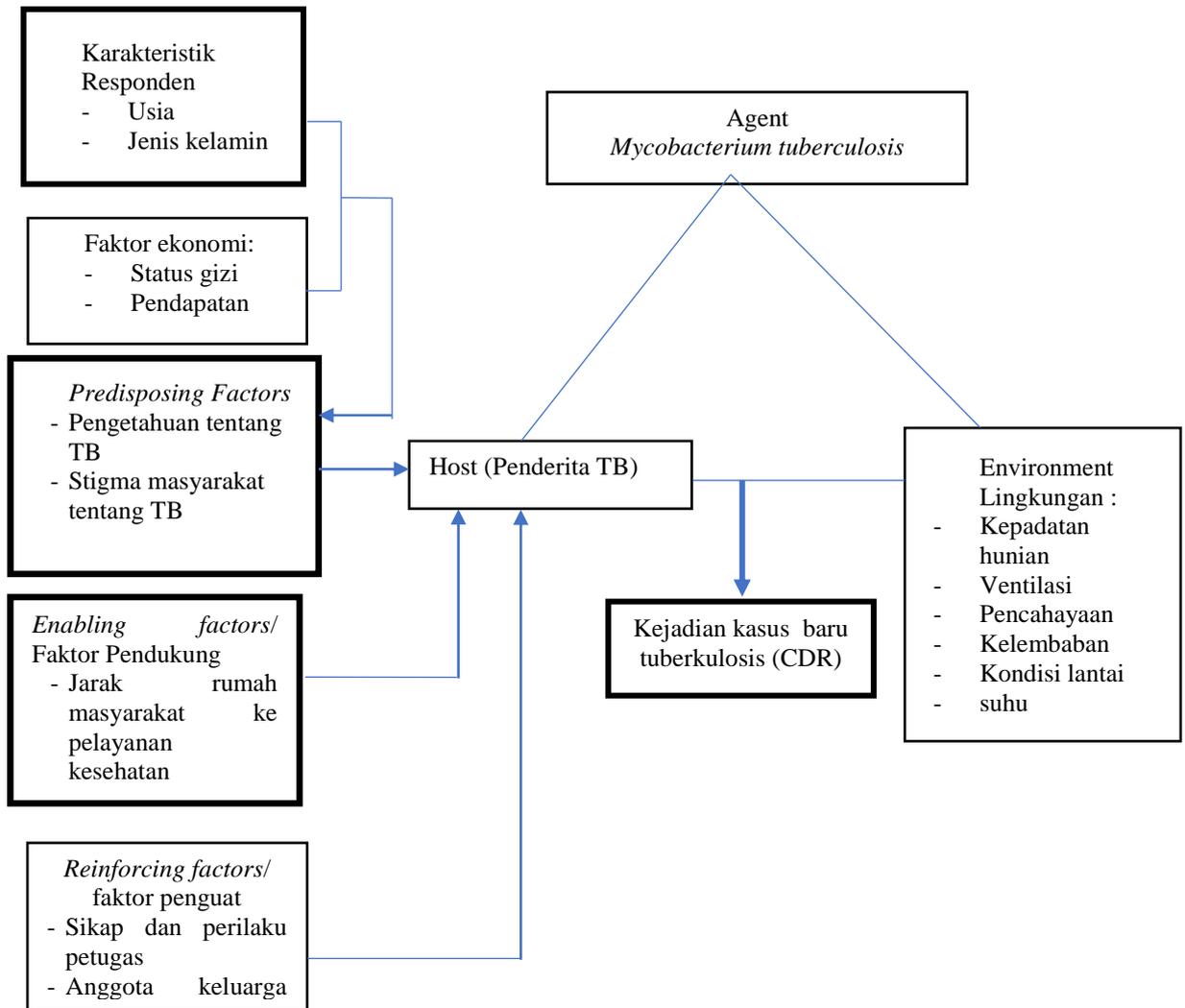
5) Bermutu (*Quality*)

Pelayanan kesehatan yang diberikan dapat memuaskan pengguna jasa layanan, dan tata cara penyelenggara kesehatan sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan (Manihuruk, 2018).

Jangkauan pelayanan sering dikaitkan dengan kemampuan pengguna layanan terhadap jarak dan waktu menuju fasilitas pelayanan. Pengguna layanan cenderung memilih layanan yang dekat dengan waktu tempuh perjalanan singkat. Dengan begitu efektivitas waktu, biaya serta ketercapaian menggunakan pelayanan akan lebih cepat di dapatkan. Jangkauan juga terpengaruh dari ketersediaan transportasi pengguna menuju area pelayanan. Akses fasilitas kesehatan non UKBM (Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat) meliputi rumah sakit, puskesmas, pustu, praktek dokter, praktek bidan, beberapa indikator dalam menyatakan aksesibilitas pelayanan fasilitas kesehatan di antaranya waktu tempuh dan alat transportasi yang digunakan (Nainggolan, 2016).

Hasil penelitian yang dilakukan Yulisetyaningrum, dkk, (2019) menunjukkan bahwa sebagian masyarakat cenderung memilih tempat pelayanan kesehatan yang dekat dengan tempat tinggalnya. Syarat pokok pelayanan kesehatan yang baik adalah mudah dicapai oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksudkan terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Akses terhadap pelayanan kesehatan harus baik artinya pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, budaya, organisasi atau hambatan bahasa (Yulisetyaningrum, dkk, 2019)

B. Kerangka Teori



Sumber : (Sari, I et al.,2017; Desmalia,2020).

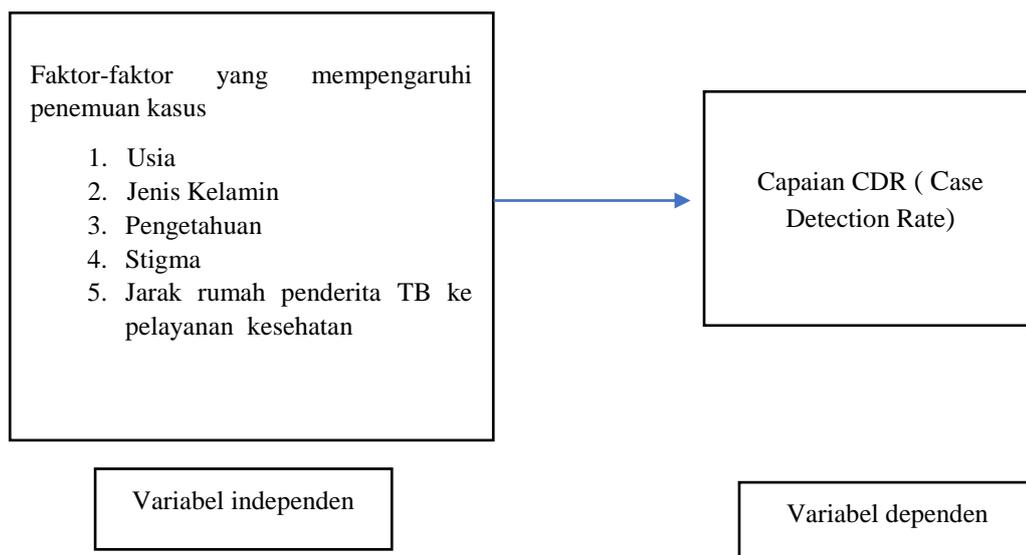
Gambar 2.1 Kerangka Teori

Keterangan:

- Variabel yang diteliti
- Variabel yang tidak diteliti
- Menyebabkan

C. Kerangka Konsep

Variabel yang akan diteliti dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep di atas, maka hipotesis penelitian yaitu:

Hipotesis alternatif (Ha): Ada pengaruh antara usia, jenis kelamin, pengetahuan, stigma masyarakat terhadap penyakit TB, dan jarak rumah ke pelayanan kesehatan terhadap capaian case detection rate (CDR) tuberkulosis di Kabupaten Pesisir Barat.