

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Tuberkulosis

2.1.1 Definisi

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 menjelaskan bahwa tuberkulosis yang selanjutnya disingkat TB adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yang dapat menyerang paru dan organ lainnya (Kemenkes, 2016). Menurut penjabaran (Price, 2006) tuberkulosis merupakan penyakit yang dikendalikan oleh respons imunitas yang diperantarai oleh sel dengan sel efektor berupa makrofag dan limfosit (sel T) sebagai sel imunoresponsif.

Mycobacterium tuberculosis merupakan bakteri yang termasuk dalam golongan bakteri gram positif aerob, mempunyai bentuk batang dengan ukuran 1-4 mikron dengan tebal 0,3 - 0,6 mikron. Sebagian besar kuman terdiri atas asam lemak (lipid). Lipid inilah yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam dan tahan terhadap gangguan kimia dan fisik. Oleh karena itu, disebut pula sebagai Basil Tahan Asam (BTA). Sebagian besar (80%) kuman TB menyerang paru dan sebagian kecil mengenai organ tubuh lainnya. (Amin & Bahar, 2009).

Menteri Kesehatan RI menentukan bahwa Penanggulangan Tuberkulosis yang selanjutnya disebut Penanggulangan TB adalah segala upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif dan preventif, tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif yang ditujukan untuk melindungi kesehatan masyarakat, menurunkan angka kesakitan, kecacatan atau kematian, memutuskan penularan, mencegah resistensi obat dan mengurangi dampak negatif yang ditimbulkan akibat Tuberkulosis (Kemenkes, 2016).

2.1.2 Gejala

Gejala utama pasien TB paru adalah batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak napas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, *malaise*, berkeringat pada malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan (Kemenkes, 2014). Gejala tambahan yang sering dijumpai:

1. Dahak bercampur darah.
2. Batuk darah
3. Sesak napas dan rasa nyeri dada
4. Badan lemah nafsu makan menurun, berat badan turun rasa kurang enak badan (*malaise*) berkeringat malam walaupun tanpa kegiatan demam meriang lebih dari sebulan.

Gejala-gejala tersebut di atas dijumpai pula pada penyakit paru selain tuberkulosis. Oleh sebab itu setiap orang yang datang ke UPK dengan gejala tersebut di atas harus dianggap sebagai seorang “Suspek tuberkulosis“ atau tersangka penderita TB dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung (Kemenkes, 2014).

2.1.3 Manifestasi

Widoyono (2011) memaparkan berbagai manifestasi klinis penyakit tuberkulosis sebagai berikut:

1. Batuk

Gejala batuk adalah gejala yang paling banyak ditemukan. Gejala

batuk timbul paling dini dan merupakan gangguan yang paling sering dikeluarkan. Biasanya batuk ringan sehingga dianggap batuk biasa atau akibat rokok. Proses yang paling ringan ini menyebabkan sekret akan terkumpul pada waktu pasien tidur dan dikeluarkan saat pasien bangun pagi hari. Bila proses destruksi berlanjut, sekret dikeluarkan terus menerus sehingga batuk menjadi lebih dalam dan sangat mengganggu pasien pada waktu siang maupun malam hari. Bila yang terkena trakea dan atau bronkus, batuk akan terdengar sangat keras, lebih sering atau terdengar berulang-ulang (*paroksismal*). Bila laring yang terserang, batuk terdengar sebagai *hollow sounding cough*, yaitu batuk tanpa tenaga dan disertai suara serak.

2. Dahak

Dahak awalnya bersifat mukoid dan keluar dalam jumlah sedikit, kemudian berubah menjadi mukopurulen/kuning atau kuning hijau sampai purulen dan kemudian berubah menjadi kental bila sudah terjadi pengkejuan. Jarang berbau busuk, kecuali bila terjadi infeksi anaerob.

3. Batuk darah

Darah yang dikeluarkan pasien mungkin berupa garis atau bercak-bercak darah, gumpalan-gumpalan darah atau darah segar dalam jumlah yang sangat banyak (*profus*). Batuk darah jarang merupakan tanda permulaan dari penyakit tuberkulosis atau *initial symptoms* karena batuk darah merupakan tanda telah terjadinya ekskavasi dan ulserasi dari pembuluh darah pada dinding kavitas. Oleh karena itu, proses tuberkulosis harus cukup lanjut untuk dapat menimbulkan batuk dengan ekspektorasi.

4. Nyeri dada

Nyeri dada pada tuberkulosis paru termasuk nyeri pleuritik yang ringan. Bila nyeri bertambah berat telah terjadi pleuritik luas (nyeri di pelukan daerah aksila, di ujung scapula atau di tempat lain).

5. Wheezing

Wheezing terjadi karena penyempitan lumen endobronkus yang disebabkan oleh sekret, bronkostenosis, peradangan, jaringan granulasi, ulserasi dan lain- lain (pada tuberkulosis lanjut).

6. Dispnea

Dispnea merupakan *late symptoms* dari proses lanjut tuberkulosis paru akibat adanya restriksi dan obstruksi saluran pernafasan serta *loss of vascular bed/vascular trombosis* yang dapat mengakibatkan gangguan difusi, hipertensi pulmonal dan korpulmonal.

2.1.4 Faktor risiko

Menurut pemaparan (Costa, Emmanuel, Americano, Ramalho, & Cavalcanti, 2017), status gizi merupakan variabel yang sangat berperan dalam timbulnya kejadian TB. Seperti diketahui, kuman TB paru merupakan kuman yang suka “tidur” hingga bertahun-tahun, apabila memiliki kesempatan untuk bangun dan menimbulkan penyakit, maka timbullah kejadian penyakit TB. Hilangnya nafsu makan dan mual/muntah sangat *prevalents* dan sebagai penyebab utama ketidakpatuhan terhadap konseling diet.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 menentukan faktor resiko tuberkulosis sebagai berikut (Kemenkes, 2016):

1. Kuman *Mycobacterium Tuberculosis*.

- 1) Pasien TB dengan BTA positif lebih besar risiko menimbulkan penularan dibandingkan dengan BTA negatif.
 - 2) Makin tinggi jumlah kuman dalam percikan dahak, makin besar risiko terjadi penularan.
 - 3) Makin lama dan makin sering terpapar dengan kuman, makin besar risiko terjadi penularan.
2. Faktor individu yang bersangkutan.

Beberapa faktor individu yang dapat meningkatkan risiko menjadi sakit TB adalah:

- 1) Faktor usia dan jenis kelamin:

Kelompok paling rentan tertular TB adalah kelompok usia dewasa muda yang juga merupakan kelompok usia produktif. Menurut hasil survei prevalensi TB, laki-laki lebih banyak terkena TB daripada wanita.

- 2) Daya tahan tubuh:

Apabila daya tahan tubuh seseorang menurun oleh karena sebab apapun, misalnya usia lanjut, ibu hamil, koinfeksi dengan HIV, penyandang diabetes mellitus, gizi buruk, keadaan *immuno-supressive*, bilamana terinfeksi dengan *M.tb*, lebih mudah jatuh sakit.

- 3) Perilaku:
 - a. Batuk dan cara membuang dahak pasien TB yang tidak sesuai etika akan meningkatkan paparan kuman dan risiko penularan.
 - b. Merokok meningkatkan risiko terkena TB paru sebanyak 2 kali.
 - c. Sikap dan perilaku pasien TB tentang penularan, bahaya, dan cara pengobatan.

- 4) Status sosial ekonomi:

TB banyak menyerang kelompok sosial ekonomi lemah.

3. Faktor lingkungan:

- 1) Lingkungan perumahan padat dan kumuh akan memudahkan penularan TB.
- 2) Ruangan dengan sirkulasi udara yang kurang baik dan tanpa cahaya matahari akan meningkatkan risiko penularan.

2.1.5 Diagnosis

Penegakan diagnosis TB paru dapat dilakukan dengan pemeriksaan laboratorium untuk menemukan BTA. Metode pemeriksaan dahak sewaktu, pagi sewaktu (SPS) dengan pemeriksaan makroskopis membutuhkan ± 5 ml dahak dan biasanya menggunakan pewarnaan panas dengan *Ziel Neelsen* (ZN) atau pewarnaan dingin *Kinyoun-Gabbet*. Bila dari dua kali pemeriksaan didapatkan hasil BTA positif, maka pasien tersebut dinyatakan positif mengidap tuberkulosis paru (Widoyono, 2011).

Berikut ini adalah kutipan langsung dari Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 tentang penegakan diagnosis TB

(Kemenkes, 2016). Diagnosis TB ditetapkan berdasarkan keluhan, hasil anamnesis, pemeriksaan klinis, pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya.

1. Keluhan dan hasil anamnesis meliputi:

Keluhan yang disampaikan pasien, serta wawancara rinci berdasar keluhan pasien.

Pemeriksaan klinis berdasarkan gejala dan tanda TB yang meliputi:

- 1) Gejala utama pasien TB paru adalah batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan. Pada pasien dengan HIV positif, batuk sering kali bukan merupakan gejala TB yang khas, sehingga gejala batuk tidak harus selalu selama 2 minggu atau lebih.
- 2) Gejala-gejala tersebut di atas dapat dijumpai pula pada penyakit paru selain TB, seperti bronkiektasis, bronkitis kronis, asma, kanker paru, dan lain-lain. Mengingat prevalensi TB di Indonesia saat ini masih tinggi, maka setiap orang yang datang ke fasyankes dengan gejala tersebut di atas, dianggap sebagai seorang terduga pasien TB, dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung.
- 3) Selain gejala tersebut, 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 yang berisiko menimbulkan paparan infeksi paru.

2. Pemeriksaan laboratorium

1) Pemeriksaan bakteriologi

Pemeriksaan dahak mikroskopis langsung. Pemeriksaan dahak selain berfungsi untuk menegakkan diagnosis, juga untuk 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):

- a) S (Sewaktu): dahak ditampung di fasyankes.
- b) P (Pagi): dahak ditampung pada pagi segera setelah bangun tidur. Dapat dilakukan di rumah pasien atau di bangsal rawat inap bilamana pasien menjalani rawat inap.

2) Pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM) TB

Pemeriksaan tes cepat molekuler dengan metode Xpert MTB/RIF. TCM merupakan sarana untuk penegakan diagnosis, namun tidak dapat dimanfaatkan untuk evaluasi hasil pengobatan.

3) Pemeriksaan Biakan

Pemeriksaan biakan dapat dilakukan dengan media padat (*Lowenstein-Jensen*) dan media cair (*Mycobacteria Growth Indicator Tube*) untuk identifikasi *Mycobacterium tuberculosis (M.tb)*. Pemeriksaan tersebut di atas dilakukan disarana laboratorium yang terpantau mutunya. Dalam menjamin hasil pemeriksaan laboratorium, diperlukan contoh uji dahak yang berkualitas. Pada faskes yang tidak memiliki akses langsung terhadap pemeriksaan TCM, biakan, dan uji kepekaan, diperlukan sistem transportasi contoh uji. Hal ini bertujuan untuk menjangkau pasien yang membutuhkan

akses terhadap pemeriksaan tersebut serta mengurangi risiko penularan jika pasien bepergian langsung ke laboratorium.

3. Pemeriksaan Penunjang Lainnya

- 1) Pemeriksaan foto toraks
- 2) Pemeriksaan histopatologi pada kasus yang dicurigai TB ekstraparu.

4. Pemeriksaan uji kepekaan obat

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.

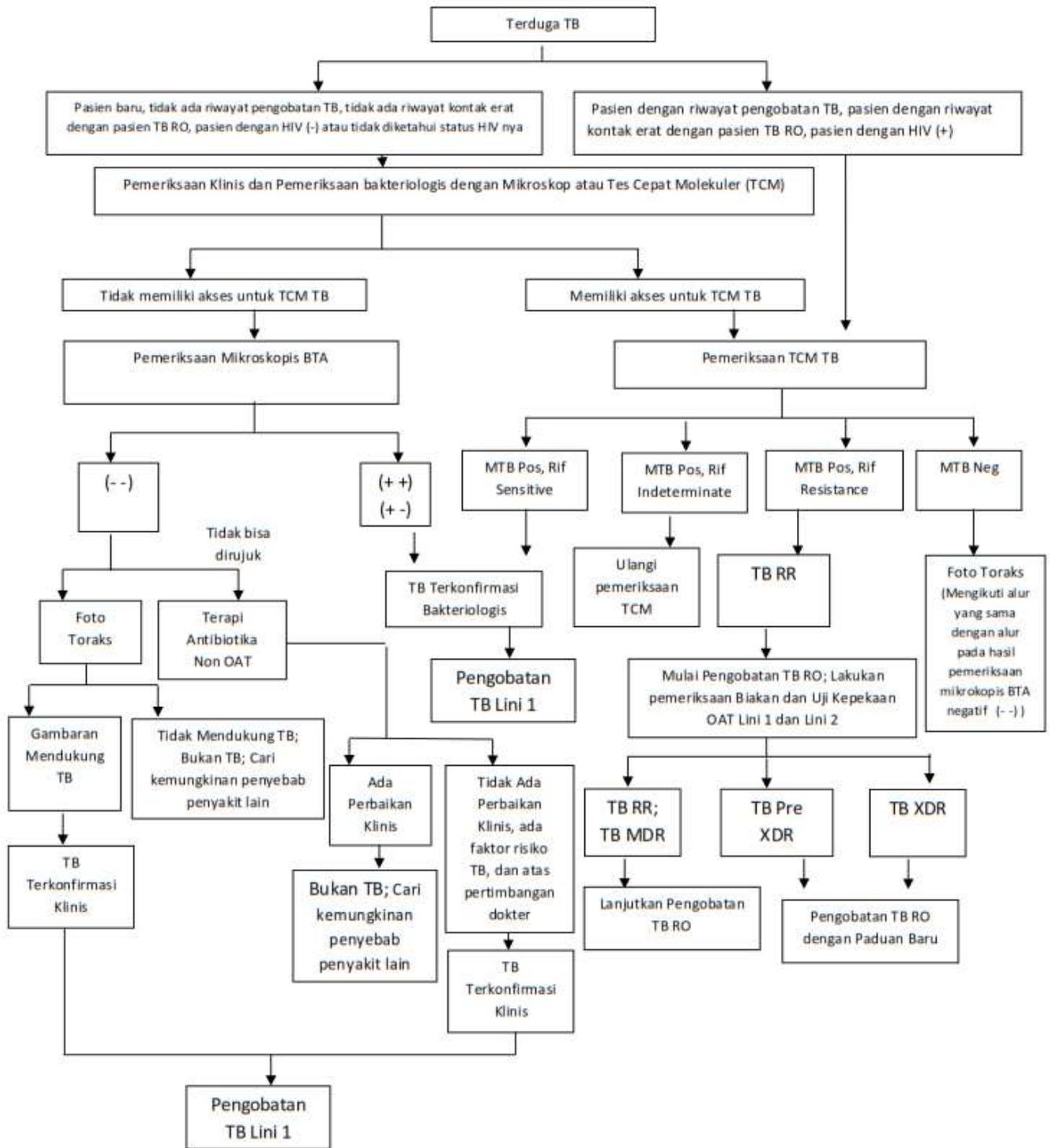
5. Pemeriksaan serologis

Sampai saat ini belum direkomendasikan

6. Alur Diagnosis TB pada Orang Dewasa

Alur diagnosis TB dibagi sesuai dengan fasilitas yang tersedia:

- a. Faskes yang mempunyai akses pemeriksaan dengan alat tes cepat molekuler.
- b. Faskes yang hanya mempunyai pemeriksaan mikroskopis dan tidak memiliki akses ke tes cepat molekuler.



Gambar 2.1 Alur Diagnosis Tuberkulosis Paru pada Orang Dewasa (Kemenkes, 2016)

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi dibagi atas komplikasi dini dan komplikasi lanjut. Komplikasi dini meliputi pleuritis, efusi pleura, empiema, laryngitis, menjalar ke organ lain: usus dan *Poncet's arthropath*. Komplikasi lanjutan: obstruksi jalan nafas: SOPT (sindrom obstruksi pasca tuberkulosis) kerusakan parenkim berat: SOPT/fibrosis paru, kor pulmonal, amiloidosis, karsinoma paru dan sindrom gagal napas dewasa: *acute respiratory distress syndrome* (ARDS) (Amin & Bahar, 2009).

2.1.7 Pengobatan

Pengobatan TB menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016:

1. Tujuan Pengobatan TB adalah:

- 1) Menyembuhkan pasien dan memperbaiki produktivitas serta kualitas hidup.
- 2) Mencegah terjadinya kematian oleh karena TB atau dampak buruk selanjutnya.
- 3) Mencegah terjadinya kekambuhan TB.
- 4) Menurunkan risiko penularan TB.
- 5) Mencegah terjadinya dan penularan TB resistan obat.

2. Prinsip Pengobatan TB:

Obat Anti Tuberkulosis (OAT) adalah komponen terpenting dalam pengobatan TB. Pengobatan TB merupakan salah satu upaya paling efisien untuk mencegah penyebaran lebih lanjut kuman TB. Pengobatan yang adekuat harus memenuhi prinsip:

- 1) Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan OAT yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi.

- 2) Diberikan dalam dosis yang tepat.
 - 3) Ditelan secara teratur dan diawasi secara langsung oleh PMO (Pengawas Menelan Obat) sampai selesai pengobatan.
 - 4) Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup, terbagi dalam dua (2) tahap yaitu tahap awal serta tahap lanjutan, sebagai pengobatan yang adekuat untuk mencegah kekambuhan.
3. Tahapan Pengobatan TB:
- Pengobatan TB harus selalu meliputi pengobatan tahap awal dan tahap lanjutan dengan maksud:
- 1) Tahap Awal: Pengobatan diberikan setiap hari. Paduan pengobatan pada tahap ini adalah dimaksudkan untuk secara efektif menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resistan sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan. Pengobatan tahap awal pada semua pasien baru, harus diberikan selama 2 bulan. Pada umumnya dengan pengobatan secara teratur dan tanpa adanya penyulit, daya penularan sudah sangat menurun setelah pengobatan selama 2 minggu pertama.
 - 2) Tahap Lanjutan: Pengobatan tahap lanjutan bertujuan membunuh sisa-sisa kuman yang masih ada dalam tubuh, khususnya kuman *persisten* sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan.
4. Jenis OAT dan dosis

- 1) Isoniazid (H) : Dikenal dengan INH, bersifat bakterisid, dapat membunuh 90 % populasi kuman dalam beberapa hari pertama pengobatan. Obat ini sangat efektif terhadap kuman dalam keadaan metabolik aktif yaitu kuman yang sedang berkembang. Dosis harian yang dianjurkan 5 mg/kgBB, sedangkan untuk pengobatan intermiten 3 kali seminggu diberikan dengan dosis 10 mg/kgBB.
- 2) Rifampisin (R) : Bersifat bakterisid dapat membunuh kuman semi –dormant (persister) yang tidak dapat dibunuh oleh isoniasid dosis 10 mg/kgBB diberikan sama untuk pengobatan harian maupun intermiten 3 kali seminggu
- 3) Pirazinamid (Z) : Bersifat bakterisid dapat membunuh kuman yang berada dalam sel dengan suasana asam. Dosis harian yang dianjurkan 25 mg/kgBB, sedangkan untuk pengobatan intermiten 3 kali seminggu diberikan dengan dosis 35 mg/kgBB
- 4) Streptomisin (S): Bersifat bakterisidal. Dosis harian yang dianjurkan 15 mg/kgBB, sedangkan untuk pengobatan intermiten 3 kali seminggu digunakan dosis yang sama penderita berumur sampai 60 tahun dosisnya 0,75 gr/hari, sedangkan unuk berumur 60 tahun atau lebih diberikan 0,50 gr/hari
- 5) Etambulol (E): Bersifat sebagai bakteriostatik. Dosis harian yang dianjurkan 15 mg/kgBB sedangkan untuk pengobatan intermiten 3 kali seminggu digunakan dosis 30 mg/kgBB

Tabel 2.1 Dosis Rekomendasi OAT Lini Pertama Untuk Dewasa

Obat	Dosis Rekomendasi			
	Harian		3 Kali Per Minggu	
	Dosis (mg/kgBB)	Maksimum (mg)	Dosis (mg/kgBB)	Maksimum (mg)
Isoniazid (H)	5 (4-6)	300	10 (8-12)	900
Rifampicin (R)	10 (8-12)	600	10 (8-12)	600
Pirazinamid (Z)	25 (20-30)		35 (30-40)	
Etambutol (E)	15 (15-20)		30 (25-35)	
Streptomisin (S)	15 (12-18)		15 (12-18)	

Sumber: Permenkes RI No. 67 Th. 2016.

Tabel 2.2 Dosis Panduan OAT Kategori I

Tahap Pengobatan	Lamanya Pengobatan	Dosis Per hari / Kali				Jumlah hari / kali menelan obat'
		Tablet Isoniazid @300 mg	Kaplet Rifampisin @450 mg	Tablet Pirazinamid @500 mg	Tablet Etambutol @250 mg	
Tahap Intensif	2 Bulan	1	1	3	3	56
Tahap Lanjutan	4 Bulan	2	1	-	-	48

Sumber: Permenkes RI No. 67 Th. 2016.

Tabel 2.3 Dosis Panduan OAT Kategori II

Tahap Pengobatan	Lamanya Pengobatan	Tablet Isoniazid @300 mg	Kaplet Rifampisin @450 mg	Tablet Pirazinamid @500 mg	Etambutol		Streptomisin Injeksi	Jumlah Hari/Kali Menelan Obat
					Tablet @250 mg	Tablet @400 mg		
Tahap Intensif (dosis harian)	2 bulan	1	1	3	3	-	0,75 gr	60
	1 bulan	1	1	3	3	-		28
Tahap Lanjutan (dosis 3 x seminggu)	5 bulan	2	1	-	1	2	-	60

Sumber: Permenkes RI No. 67 Th. 2016

2.2 Tinjauan Umum Tentang Wilayah Pesisir

2.2.1 Pengertian wilayah pesisir

Perairan pesisir adalah daerah pertemuan darat dan laut, dengan batas darat dapat meliputi bagian daratan, baik kering maupun terendam air yang masih

mendapat pengaruh sifat-sifat laut seperti angin laut, pasang surut, dan intrusi air laut. Potensi besar wilayah pesisir juga merupakan ekosistem yang mudah terkena dampak kegiatan manusia. Umumnya kegiatan pembangunan secara langsung maupun tidak langsung berdampak merugikan terhadap ekosistem perairan pesisir(Dirhamsyah, 2006)

Kesepakatan umum di dunia bahwa wilayah pesisir adalah suatu wilayah peralihan antara daratan dan lautan. Apabila ditinjau dari garis pantai (coast line), maka wilayah pesisir mempunyai dua macam batas yaitu batas yang sejajar dengan garis pantai dan batas yang tegak lurus dengan garis pantai. Menurut Dahuri dkk (2001), pengertian wilayah pesisir menurut kesepakatan internasional adalah merupakan wilayah peralihan antara laut dan daratan, ke arah darat mencakup daerah yang masih terkena pengaruh percikan air laut atau pasang surut, dan ke arah laut meliputi daerah paparan benua. Menurut UU No. 27 Tahun 2007 tentang batasan wilayah pesisir, ke arah daratan mencakup wilayah administrasi daratan dan ke arah perairan laut sejauh 12 mil laut diukur dari garis pantai ke arah garis laut lepas dan atau ke arah perairan kepulauan (Dirhamsyah, 2006)

Berdasarkan pengertian diatas,masyarakat pesisir adalah suatu komunitas yang hidup di wilayah pesisir dan menggantungkan hidupnya dalam sumberdaya pesisir.Masyarakat pesisir termasuk masyarakat yang masih terbelakang dan berada dalam posisi marginal.Selain itu,banyak dimensi kehidupan yang tidak diketahuioleh orang luar tentang karakteristik masyarakat pesisir. Masyarakat pesisir mempunyai cara berbeda dalam aspek pengetahuan,kepercayaan,pekerjaan,derajat sosial dan struktur sosialnya dan sangat beragam identitas,spesialisasi pekerjaan,derajat sosial,pendidikan serta latar belakang budayanya.

2.2.2 Karakteristik masyarakat pesisir

Masyarakat pesisir adalah sekumpulan masyarakat yang hidup bersama-sama mendiami wilayah pesisir membentuk dan memiliki kebudayaan yang khas yang terkait dengan ketergantungannya terhadap sumber daya pesisir (Satria, 2015) Masyarakat pesisir pada umumnya bermata pencaharian di sektor pemanfaatan sumber daya kelautan, seperti nelayan, pembudidayaan ikan, dan transportasi laut, bahkan pedagang ikan (Satria, 2015).

Kondisi lingkungan pemukiman masyarakat pesisir, khususnya nelayan masih belum tertata dengan baik, dan terkesan kumuh. Kondisi sosial ekonomi yang berada dalam tingkat kesejahteraan rendah, maka dalam jangka panjang tekanan terhadap sumber daya pesisir akan semakin besar guna pemenuhan kebutuhan masyarakat. Kebudayaan yang dianut warga pesisir adalah warisan nenek moyang dari dulu, seperti makan sirih pinang dan kebiasaan makan bersama. Kebudayaan terbentuk karena adanya warisan yang diteruskan secara turun-temurun, kebiasaan ini di jadikan ciri khas dalam suku tertentu (Satria, 2015).

Demikian pula jenis mata pencarian yang memanfaatkan sumber daya alam atau jasa-jasa lingkungan yang ada di wilayah pesisir seperti nelayan, petani ikan, dan pemilik industri maritim. Masyarakat pesisir yang didominasi oleh usaha perikanan pada umumnya masih berada pada garis kemiskinan, mereka tidak mempunyai pilihan mata pencaharian, memiliki tingkat pendidikan yang rendah, tidak mengetahui dan menyadari kelestarian sumber daya alam dan lingkungan (Satria, 2015).

Berdasarkan pengertian di atas, masyarakat pesisir adalah suatu komunitas yang hidup di wilayah pesisir dan menggantungkan hidupnya dalam sumber daya

peisir. Masyarakat peisir termasuk masyarakat yang masih terbelakang dan berada dalam posisi marginal. Selain itu, banyak dimensi kehidupan yang tidak diketahui oleh orang luar tentang karakteristik masyarakat peisir. Masyarakat peisir mempunyai cara berbeda dalam aspek pengetahuan, kepercayaan, pekerjaan, derajat sosial dan struktur sosialnya dan sangat beragam identitas, spesialisasi pekerjaan, derajat sosial, pendidikan serta latar belakang budayanya.

Menurut Firth dalam Satria (2015) Masyarakat nelayan memiliki kemiripan dengan masyarakat tani yakni bahwa sifat usahanya berskala kecil dengan peralatan dan organisasi pasar yang sederhana, eksploitasi yang sering berkaitan dengan masalah kerjasama, sebagian besar menandalkan diri pada produksi yang bersifat subsistem dan memiliki keragaman dalam tingkat dan perilaku ekonominya.

Adapun sebagai aspek-aspek masyarakat peisir adalah sebagai berikut:

1. Sistem Pengetahuan

Pengetahuan umumnya didapatkan dari Warisan orang tua atau pendahulu mereka berdasarkan pengalaman empiris. Kuatnya pengetahuan local tersebutlah yang menjadi salah satu factor penyebab terjadinya kelangsungan hidup mereka sebagai nelayan. Pengetahuan local (Indigeneus knowledge) seperti teknik penangkapan ikan, teknik pemeliharaan sampan dan teknik selam-menyalam tersebut merupakan kekayaan intelektual mereka yang hingga kini terus dipertahankan

2. Sistem Kepercayaan

Secara teologis, nelayan masih memiliki kepercayaan yang cukup kuat bahwa laut memiliki kekuatan magis, sehingga diperlukan perlakuan-perlakuan khusus dalam melakukan aktivitas penangkapan ikan agar keselamatan dan hasil tangkapan

semakin terjamin. Tradisi tersebut antara lain tradisi menggunakan dukun-dukun dalam rangka mendapatkan keselamatan saat melaut atau memperoleh hasil tangkapan yang baik. Sistem kepercayaan hingga saat ini masih mencirikan kebudayaan nelayan.

3. Peran Perempuan

Aktivitas ekonomi perempuan merupakan gejala yang sudah umum bagi kalangan masyarakat strata bawah, tak terkecuali perempuan yang berstatus sebagai istri nelayan. Menurut Pollnac dalam Satria (2015:20) Pembagian kerja keluarga nelayan adalah pria menangkap ikan dan perempuan menjual ikan hasil tangkapan tersebut. Istri nelayan pada umumnya hanya menjalankan fungsi domestik dan ekonomi, tidak sampai pada wilayah sosial politik. Namun sebenarnya istri nelayan juga kreatif dalam menciptakan pranata-pranata sosial yang penting bagi stabilitas sosial pada komunitas nelayan. Hal ini tampak misalnya pada pengajian, arisan serta simpan pinjam, yang memiliki makna penting dalam membantu mengatasi ketidakpastian penghasilan ekonomi.

4. Posisi Sosial nelayan

Posisi sosial nelayan dalam masyarakat juga menarik dicermati secara kultural maupun struktural. Hal ini disebabkan banyak masyarakat nelayan yang memiliki status yang relative rendah. Rendahnya posisi sosial nelayan juga di akibatkan keterasingan nelayan.

2.3 Konsep Teori *Transcultural Nursing*

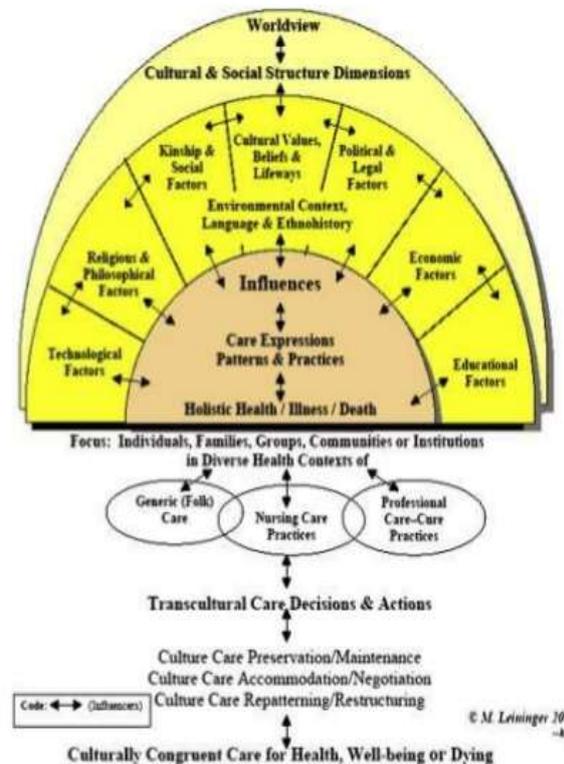
2.3.1 Definisi *transcultural nursing*

Keperawatan transkultural merupakan suatu area utama dalam keperawatan yang berfokus pada study komparatif dan analisis tentang budaya dan sub budaya

yang berbeda didunia. Keperawatan transkultural menghargai perilaku caring, layanan keperawatan, nilai-nilai keyakinan tentang sehat sakit, serta pola-pola tingkah laku, yang bertujuan untuk mengembangkan *body of knowledge* yang ilmiah dan humanistik, untuk memberi tempat pada praktik keperawatan pada budaya tertentu dan budaya universal. (Garcimartin, Comin-Colet, Delgado-Hito, Badosa-Marcé, & Linas-Alonso, 2017). Pemahaman yang benar dalam diri perawat mengenai budaya klien, baik individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat, dapat mencegah terjadinya *culture shock* maupun *culture imposition*. *Culture shock* dapat terjadi saat pihak luar klien (Perawat) mencoba mempelajari atau beradaptasi secara aktif dengan kelompok budaya tertentu (klien). Klien akan merasakan perasan tidak nyaman, gelisah dan disorientasi karena perbedaan nilai budaya, keyakinan, dan kebiasaan. Sedangkan *Culture Imposition* adalah kecenderungan tenaga kesehatan (perawat) baik secara diam-diam maupun secara terang-terangan, memaksakan nilai-nilai budaya, keyakinan, kebiasaan atau perilaku yang dimilikinya kepada individu, keluarga atau kelompok budaya lain karena meyakini bahwa budayanya lebih tinggi dari budaya kelompok lain (Giger, 2013).

Leininger seperti dikutip (Giger, 2013) dalam *Transcultural Nursing: Assesment and Intervention* menggambarkan teori keperawatan transkultural matahari terbit atau *sunrise model*. Model matahari terbit ini melembagakan esensi keperawatan dalam transkultural yang menjelaskan bahwa sebelum memberikan asuhan keperawatan kepada klien (Individu, keluarga, kelompok, komunitas, lembaga. perawat harus mempunyai pengetahuan terlebih dahulu mengenai pandangan dunia (*world view*) tentang dimensi dan budaya serta struktur sosial

yang berkembang secara global maupun masyarakat dalam lingkungan yang sempit.



Gambar 2.2 Model *Leininger's Sunrise Enabler: Culture Care Theory* (Andrews *et al*, 2010)

Dimensi budaya dan struktur sosial tersebut dipengaruhi oleh tujuh faktor utama yaitu teknologi, agama dan falsafah hidup, faktor sosial dan kekerabatan, nilai budaya dan gaya hidup, politik dan hukum serta pendidikan. Faktor-faktor tersebut merupakan totalitas dari suatu keadaan dan situasi serta pengalaman yang memberi arti bagi perilaku manusia interpretasi dan interaksi sosial dalam tatanan fisik, ekologi, sosial-politik dan struktur kebudayaan termasuk didalamnya adalah *ethohistory* atau riwayat kebudayaan yang mengacu pada keseluruhan fakta dimasa lampau, kejadian, pengalaman, kelompok, kebudayaan, serta suatu institusi yang terfokus pada manusia/masyarakat yang menggambarkan, menjelaskan, dan

menginterpretasikan cara hidup manusia dalam suatu bentuk kebudayaan tertentu dalam jangka waktu panjang maupun pendek (Leininger, 1997).

Semua faktor tersebut berbeda pada setiap negara atau area, sesuai dengan kondisi masing-masing daerah, dan akan mempengaruhi pola atau cara dan praktik keperawatan. Semua langkah-langkah keperawatan tersebut ditunjukkan untuk pemeliharaan kesehatan holistik, penyembuhan penyakit dan persiapan menghadapi kematian. Oleh karena itu ketujuh faktor tersebut harus dikaji oleh perawat sebelum memberikan asuhan keperawatan kepada klien sebab masing-masing faktor memberi pengaruh terhadap ekspresi, pola dan praktik keperawatan (*care expression, patterns and practice*). Ketujuh faktor tersebut besar kontribusinya terhadap pencapaian kesehatan baik pada level individu, keluarga, kelompok, komunitas maupun institusi diberbagai sistem kesehatan.

Model ini merupakan suatu alat yang produktif untuk memberikan panduan dalam pengkajian dan perawatan yang sejalan dengan kebudayaan dan penelitian ilmiah. Pengkajian adalah proses pengumpulan data untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien sesuai dengan latar belakang budaya klien (Giger and Davidhizar, 2013).

Pengkajian yang dirancang berdasarkan 7 komponen yang ada pada *Sunrise Model*, yaitu

1. Faktor Teknologi (*technology factors*)

Teknologi kesehatan adalah sarana prasarana yang memungkinkan individu untuk memilih atau mendapatkan penawaran yang menyelesaikan masalah dalam pelayanan kesehatan. Masalah kesehatan adalah masalah manusia dalam mencapai berbagai aspek kehidupan manusia, lingkungan hidup dan budaya. Pemanfaatan

teknologi kesehatan dipengaruhi oleh sikap tenaga kesehatan, kebutuhan serta peminat masyarakat. Ketersediaan sarana prasarana meliputi: fasilitas informasi, fasilitas kesehatan, alat, uang, waktu dan tenaga. Faktor teknologi dalam kepercayaan transcultural meliputi akses terhadap teknologi informasi, akses pada media dan pers, akses pada alat elektronik di lingkungan, dan akses pada pelayanan kesehatan dan lain-lain (Melo, 2013).

Faktor teknologi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku individu berdasarkan budaya. Faktor teknologi sebagai sumber informasi yang menjadi perantara dalam menyampaikan informasi, mempengaruhi kemampuan. Perkembangan media elektronik dan cetak pada saat ini telah berkembang sangat pesat. Informasi tentang pola pemberian makanan pada anak yang tepat ditemukan di media elektronik atau cetak (Leininger, 2002).

2. Faktor Dukungan Keluarga dan Sosial (*Kinship and social factors*)

Dukungan keluarga merupakan bagian dari dukungan social yang berfungsi sebagai system pendukung anggota-anggotanya dan ditunjukan untuk meningkatkan kesehatan dan proses adaptasi. Setiap anggota keluarga memiliki beberapa peran dalam keluarga antara lain motivator, edukator, dan fasilitator. Kepala keluarga atau suami berperan penting didalam suatu keluarga termasuk memberikan motivasi, edukasi, dan memfasilitasi istri ketika memberikan makanan kepada anak (Efendi & Makhfudli, 2010).

Menurut teori *transcultural nursing* oleh Leininger (2002) sosial dan keluarga berfungsi sebagai sistem anggota-anggotanya dan dutujukan untuk

meningkatkan kesehatan dan proses adaptasi. Dukungan sosial dan keluarga adalah kemampuan keluarga untuk menyediakan waktu, perhatian, dan dukungan dalam memenuhi kebutuhan fisik, mental dan sosial. Faktor sosial dan keluarga meliputi perhatian/dukungan keluarga terhadap ibu dalam pemberian makanan rangsangan psikososial dan praktek kesehatan anak.

Terdapat beberapa dimensi dukungan keluarga, yaitu (Arika, 2013 dalam Isnantri 2016):

- a. Dukungan emosional yang mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan
 - b. Dukungan penghargaan yang mencakup ungkapan hormat/penghargaan positif untuk orang lain, dorongan maju/persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu dan perbandingan positif orang tersebut dengan orang lainnya misalnya orang tersebut kurang mampu atau lebih buruk keadaannya (menambah harga diri)
 - c. Dukungan material/instrumental yang mencakup bantuan langsung seperti dana atau barang
 - d. Dukungan kognitif/informative yang mencakup memberi nasihat, petunjuk dan saran
3. Faktor Religiusitas dan Filosofi (*religious and philosophical factors*)

Agama adalah suatu simbol yang mengakibatkan pandangan yang sangat realistis bagi pemeluknya. Agama memberikan motivasi yang sangat kuat untuk menempatkan kebenaran diatas segalanya, bahkan diatas kehidupannya sendiri. Agama menyebabkan seseorang memiliki sifat rendah hati dan membuka diri.

Menurut teori transcultural nursing Leininger (2002) religiusitas memberikan motivasi yang sangat kuat untuk menempatkan kebenaran diatas segalanya, bahkan diatas kehidupannya sendiri dan menyebabkan seseorang memiliki sifat rendah hati dan membuka diri. Religiusitas dan filosofi meliputi adanya agama yang dianut, cara pandang terhadap penyakit dan cara pengobatan/kebiasaan agama yang mempunyai efek positif terhadap kesehatan. Selain itu faktor religiusitas dan filosofi yang dapat dikaji antara lain praktek keagamaan, konsultasi ke dukun, arti hidup, kekuatan individu, kepercayaan, spiritualitas dan kesehatan, nilai personal, norma dan kepercayaan agama, kebebasan berpikir dan berekspresi, nilai institusional, hasil dan prioritas, peran sosial, komunikasi antar institusi, komunikasi untrasektor dan lain-lain (Melo, 2013).

4. Faktor Nilai Budaya dan Gaya Hidup (*Cultural values and life ways*)

Teori *transcultural nursing* menjelaskan bahwa budaya merupakan norma atau tindakan dari anggota kelompok yang dipelajari, dan dibagi serta memberikan petunjuk berfikir, bertindak dan mengambil keputusan (Leininger, 2002). Nilai adalah konsepsi-konsepsi abstrak didalam diri manusia, mengenai apa yang baik dan apa yang buruk. Nilai-nilai budaya adalah suatu yang dirumuskan dan ditetapkan oleh penganut budaya yang baik dan buruk. Norma adalah aturan sosial atau patokan perilaku yang dianggap pantas. Budaya mempengaruhi pola pemberian makan pada anak dalam hal keyakinan, nilai dan perilaku yang berkaitan dengan makanan yang berbeda (Brus, et al dalam Erika, 2014).

Hal yang perlu dikaji antara lain kepercayaan tertentu, tanggung jawab terhadap kesehatan, mitos tentang pengobatan dan perawatan, persepsi tentang tenaga kesehatan, referensi budaya, ras dan etnik tertentu. Akses ke informasi dan

budaya, pengetahuan, sikap, kebiasaan tertentu, aktifitas fisik, kebiasaan makanan, kebersihan, pandangan budaya, hiburan dan rekreasi, alternatif gaya hidup dan lain-lain (Melo, 2013).

Budaya merupakan norma atau tindakan dari anggota kelompok yang dipelajari dan dibagi serta memberikan petunjuk berfikir, bertindak dan mengambil keputusan (Leininger, 2002). *Office of Minority Health* (OMH) menggambarkan budaya sebagai ide-ide, komunikasi, tindakan kebiasaan, kepercayaan, nilai-nilai, dan adat istiadat dari kelompok ras, etnik, agama atau sosial (Perry & Potter, 2009).

5. Faktor Peraturan dan Kebijakan (*Political and legal Factors*)

Peraturan dan kebijakan rumah sakit atau instansi kesehatan yang berlaku dan segala sesuatu yang mempengaruhi kegiatan individu dalam asuhan keperawatan lintas budaya.

6. Faktor Ekonomi (*Economic Factors*)

Ekonomi adalah usaha manusia untuk memenuhi kebutuhan material dari sumber yang terbatas. Pendapatan keluarga merupakan faktor yang mempengaruhi kejadian TB Paru. Teori transcultural nursing menjekaskan bahwa faktor yang mempengaruhi nilai ekonomi seseorang adalah pemasukan dalam keluarga, sumber penghasilan lain, asuransi kesehatan, dampak penghasilan terhadap kesehatan (Andrews & Boyle, 2012). Pendapatan dan harga produk makanan juga mempengaruhi tingkat konsumsi makanan. Pendapatan tinggi akan menentukan daya beli yang baik. Sebaliknya, pendapatan rendah akan menurunkan daya beli (Subarkah, Nursalam, & Rachmawati, 2016).

Penghasilan merupakan faktor penting dalam pemberian makanan yang berkualitas dan berkuantitas. Seseorang yang berpenghasilan kurang akan

membelanjakan sebagian besar penghasilannya untuk membeli padi, jagung dan ubi-ubian, sedangkan seseorang yang berpenghasilan tinggi membelanjakan sebagian besar penghasilannya untuk hasil olahan susu dan daging (Kumala,2013).

7. Faktor Pendidikan (*Educational Factors*)

Latar belakang pendidikan klien adalah pengalaman klien dalam menempuh jalur pengalaman formal tertinggi saat ini. Semakin tinggi pendidikan klien maka keyakinan klien biasanya didukung oleh bukti-bukti ilmiah yang rasional dan individu tersebut dapat belajar beradaptasi terhadap budaya yang sesuai dengan kondisi kesehatannya (Leininger, 2002).

Latar belakang yang cukup tentunya akan berpengaruh pada kemampuan seseorang untuk mengadopsi informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan (dokter,perawat dan bidan) maupun dari media cetak elektronik (Kumala, 2013).

2.3.2 Konsep dalam *transcultural nursing*

Konsep dalam *Transcultural Nursing* menurut (Leininger, 1997) seperti dikutip oleh (Giger, 2013a) dalam *Transcultural Nursing Assessment & Intervention* adalah:

1. Budaya adalah norma atau aturan tindakan dari anggota kelompok yang dipelajari dan dibagi serta memberi petunjuk dalam berfikir, bertindak dan mengambil keputusan.
2. Nilai budaya adalah keinginan individu atau tindakan yang lebih diinginkan atau sesuatu tindakan yang dipertahankan pada suatu waktu tertentu dan melandasi tindakan dan keputusan
3. Perbedaan budaya dalam asuhan keperawatan merupakan bentuk yang optimal dari pemberian asuhan keperawatan, mengacu pada kemungkinan

variasi pendekatan keperawatan yang dibutuhkan untuk memberikan asuhan budaya yang menghargai nilai budaya individu, kepercayaan dan tindakan termasuk kepekaan terhadap lingkungan dari individu yang datang dan individu yang mungkin kembali.

4. Etnosentris adalah persepsi yang dimiliki oleh individu yang menganggap budayanya adalah yang terbaik diantara budaya-budaya yang dimiliki oleh orang lain.
5. Etnis berkaitan dengan manusia dari ras tertentu atau kelompok budaya yang digolongkan menurut ciri-ciri dan kebiasaan yang lazim.
6. Ras adalah perbedaan macam-macam manusia didasarkan pada mendiskreditkan asal muasal manusia.
7. Etnografi adalah ilmu yang mempelajari budaya. Pendekatan metodologi pada penelitian etnografi memungkinkan perawat untuk mengembangkan kesadaran yang tinggi pada perbedaan budaya setiap individu, menjelaskan dasar observasi untuk mempelajari lingkungan dan orang-orang dan saling memberikan timbal balik diantara keduanya.
8. *Care* adalah fenomena yang berhubungan dengan bimbingan, bantuan, dukungan perilaku pada individu, keluarga, kelompok dengan adanya kejadian untuk memenuhi kebutuhan baik aktual maupun potensial untuk meningkatkan kondisi dan kualitas hidup manusia.
9. *Caring* adalah tindakan langsung yang diarahkan untuk membimbing, mendukung dan mengarahkan individu, keluarga dan kelompok pada keadaan yang nyata atau antisipasi kebutuhan untuk meningkatkan kondisi dan kualitas kehidupan manusia.

10. *Cultural Care* berkenaan dengan kemampuan kognitif untuk mengetahui nilai, kepercayaan dan pola ekspresi yang digunakan untuk membimbing, mendukung atau memberikan kesempatan individu, keluarga atau kelompok untuk mempertahankan kesehatan, sehat, berkembang dan bertahan hidup dalam keterbatasan dan mencapai kematian dengan damai.
11. *Cultural imposition* berkenaan dengan kecenderungan tenaga kesehatan untuk memaksakan kepercayaan, praktik dan nilai diatas budaya orang lain karena percaya bahwa ide yang dimiliki perawat lebih tinggi dari pada kelompok lain.

2.3.3 Paradigma *transcultural nursing*

Leininger (1997) mengartikan paradigma keperawatan *transcultural* sebagai cara pandang, keyakinan, nilai-nilai, konsep dan terlaksananya asuhan keperawatan yang sesuai dengan latar belakang budaya terhadap empat konsep sentral keperawatan yaitu:

1. Manusia

Manusia adalah individu, keluarga atau kelompok yang memiliki nilai-nilai dan norma-norma yang diyakini dan berguna untuk menetapkan pilihan. Menurut (Leininger, 1997) manusia memiliki kecenderungan untuk mempertahankan budayanya pada setiap saat dimanapun berada (Giger, 2013)

2. Sehat

Kesehatan adalah keseluruhan aktifitas yang dimiliki klien dalam mengisi kehidupannya dan terletak pada rentang sehat sakit. Kesehatan merupakan suatu keyakinan, nilai, pola kegiatan dalam konteks budaya

yang digunakan untuk menjaga dan memelihara keadaan seimbang atau kesehatan yang dapat diobservasi dalam aktivitas sehari-hari. Klien dan perawat mempunyai tujuan yang sama yaitu ingin mempertahankan keadaan sehat dalam rentang sehat sakit yang adaptif (Andrews & Boyle, 2002).

3. Lingkungan

Keseluruhan fenomena yang mempengaruhi perkembangan, kepercayaan dan perilaku klien. Lingkungan dipandang sebagai suatu totalitas kehidupan dimana klien dan budayanya saling berinteraksi. Terdapat tiga bentuk lingkungan yaitu fisik: , sosial dan simbolik. Lingkungan fisik lingkungan alam seperti daerah katulistiwa, pegunungan, pemukiman padat dan iklim.

4. Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan kepada klien sesuai dengan latar belakang budayanya. Strategi yang digunakan dalam asuhan keperawatan adalah perlindungan atau mempertahankan budaya, mengakomodasi atau menegosiasikan budaya serta mengubah atau mengganti budaya klien (Leininger, 1997).

2.3.4 Prinsip asuhan keperawatan

Prinsip Keperawatan *Transcultural Nursing* memperhatikan beberapa hal sebagai berikut:

1. *Culture care preservation/maintenance* yaitu prinsip membantu, memfasilitasi atau memperhatikan fenomena budaya untuk membantu individu menentukan tingkat kesehatan dan gaya hidup yang diinginkan.
2. *Culture care accomodation* yaitu prinsip membantu, memfasilitasi atau memperhatikan fenomena budaya yang merefleksikan cara-cara untuk beradaptasi, bernegosiasi atau mempertimbangkan kondisi kesehatan dan gaya hidup individu atau klien.
3. *Culture care repatterning*, yaitu prinsip merekontruksi atau mengubah desain untuk membantu memperbaiki kondisi kesehatan dan pola hidup klien kearah yang lebih baik.

Hasil yang deiperoleh dari pendekatan *Transcultural Nursing* dalam asuhan keperawatan adalah tercapainya *Culture congruent nursing care health and well being*, yaitu asuhan keperawatan yang kompeten berdasarkan budaya dan pengetahuan kesehatan yang sensitif, kreatif, serta cara-cara bermakna guna mencapai tingkat kesehatan dan kesejahteraan bagi masyarakat.

2.4 Keaslian Penelitian

Tabel 2.4 Keaslian Penelitian

No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Metode (Desain, Sampel, Instrumen, Analisis)	Variabel, Hasil
1.	<i>Cultural attitude of society towards tuberculosis patient</i> (Beser A, Bahar, Z , Aydogdu, , Gurkan, 2018)	D: <i>Qualitative study</i> S: <i>26 participants</i> V: <i>I: Cultural attitude of society towards tuberculosis patiens</i> I: <i>interview</i> A: <i>Menggunakan Analisis ISI</i>	Kesimpulanya temuan menunjukkan bahwa penderita tidak memiliki informasi yang cukup tentang TBC,memiliki ketakutan tentang penyakit dan pasien merasa di isolasikan
No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Metode (Desain, Sampel, Instrumen, Analisis)	Variabel, Hasil

2.	<i>Prediction model of tuberculosis transmission based on its risk factor and socioeconomic position in Indonesian</i> (Wardani, D.W.S.R. & Wahono, 2018)	D: Cross-sectional S: 166 patients V: I: <i>Prediction model of tuberculosis transmission based on its risk factor and socioeconomic</i> D: <i>on its risk factor and socioeconomic</i> I: Wawancara A: metode <i>partial least square</i>	Di temukan bahwa penentu sosial ekonomi, perumahan, secara signifikan mempengaruhi transmisi TB dengan R ² sebesar 42,3 %
3.	<i>Knowledge and perceptions of tuberculosis among patients in a pastoralist community in Kenya</i> (Mbutia, 2018)	D: <i>qualitative descriptive study</i> S: 61 pasien TB V: I: <i>Knowledge and perceptions of tuberculosis among patients in a pastoralist community</i> D: <i>Tuberculosis among patients in a pastoralist community</i> I: <i>Depth interviews</i> A: <i>Chi-square</i>	Ditemukan bahwa terjadi salah persepsi pada pasien TB tentang transmisi tuberculosis dimana mereka mengkaitkan penularan TB akibat minum alkohol, faktor genetic, peralatan makan dengan demikian perlu adanya peningkatan pengetahuan tentang cara penularan TB
4.	<i>Distribution and transmission of Mycobacterium tuberculosis complex lineages among children in peri-urban Kampala, Uganda</i> (Wampande et al., 2015)	D: <i>household-contact study</i> S: 761 Children V: I: <i>Distribution and transmission of Mycobacterium tuberculosis complex lineages among children in peri-urban Kampala, Uganda</i> D: <i>complex lineages among children in peri-urban Kampala, Uganda</i> S: 761 Children A: <i>LightCycler RT-PCR SNP genotyping assay (LRPS)</i>	Di temukan bahwa sebanyak 71 % kasus TB paru akibat penularan dari keluarga
5.	<i>Hot and Cold Spot Areas of Household Tuberculosis Transmission in Southern China: Effects of Socio-Economic Status and Mycobacterium tuberculosis Genotypes</i> (Cui et al., 2019)	D: <i>Two parallel case -contact</i> S: 124 orang V: I: <i>Hot and Cold Spot Areas of Household Tuberculosis Transmission in Southern China</i> D: <i>Tuberculosis Transmission in Southern China</i> A: <i>Analisis univariat</i>	Peningkatan Kasus Tb di daerah panas di Southern China adanya hubungan dengan sosisl ekonomi dan kurangnya fasilitas kesehatan dibandingkan dengan daerah dingin
No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Metode (Desain, Sampel, Instrumen, Analisis)	Hasil
6.	<i>Environmental and social factors impacting on epidemic and endemic tuberculosis: a modelling analysis</i>	D: <i>drafted the manuscript</i> S: I: <i>Environmental and social factors</i> D: <i>impacting on epidemic and endemic tuberculosis: a modelling analysis</i> A: <i>modelling analysis</i>	Ditemukan bahwa akibat lingkungan dan social ekonomi yang buruk dapat meningkatkan kejadian TB
7.	<i>Daily cough frequency in tuberculosis and association with household infection</i> (Turner et al., 2018)	D: <i>cross- sectional</i> S; 44 Patients V: I: <i>Daily cough frequency in tuberculosis</i> D: <i>association with</i>	Pengukuran frekuensi batuk dalam 24 jam pada TB paru membantu memprediksi infeksi dan pola transmisi.

<i>household infection</i>			
<i>A: geometric mean and interquartile range</i>			
No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Metode (Desain, Sampel, Instrumen, Analisis)	Hasil
8.	<i>Investigation of Knowledge and Perception of Tuberculosis Among Hispanics in Utah County, Utah</i> (Boulter, Moran, Moxley, & Cole, 2015)	D: S: 166 orang dewasa V: I: <i>Investigation of Knowledge and Perception of Tuberculosis</i> D: <i>Tuberculosis Among Hispanics in Utah County, Utah</i> I: <i>survey</i> A: <i>SAS 9.4 statistical software (SAS Institute Inc., Cary, NC)</i>	masih ada kesenjangan pemahaman yang menimbulkan risiko pada Komunitas. Ada elemen ketakutan dalam populasi relatif terhadap didiagnosis dengan TB, karenanya ketidaktahuan tanda dan gejala TB utama, serta pengabaian yang semestinya pengujian, diagnosis, dan perawatan. Namun, ada yang luar biasa kesepakatan bahwa perlu ada yang lebih fokus penekanan pada mendidik populasi ini tentang TB. Belajar peserta membuat rekomendasi spesifik tentang cara terbaik untuk mengimplementasikan intervensi yang sesuai dengan budaya.
9.	<i>Predicting transmission of pulmonary tuberculosis in Daerah Istimewa Yogyakarta Province, Indonesia</i> (Province et al., 2019)	D: S:132 participant V: I : <i>Predicting transmission</i> D: <i>pulmonary tuberculosis in Daerah Istimewa Yogyakarta Province, Indonesia</i> I: Dengan melacak dan merekam dengan global positioning global(GPS).dengan menggunakan garmin 76 A: SDE and KDE analysis	Hasil menunjukkan bahwa komunitas pinggiran yang berhubungan erat dengan daerah pemukiman padat penduduk lebih mungkin untuk mendapatkan TB,jadi kedepannya ditekankan untuk perlunya menyelidiki pola penularan TB,dengan dilakukan statistic spasial karena membantu mengungkapkan agregasi kasus dan membantu memprediksi penyebaran kepadatan
10.	Penentu sosial penularan tuberculosis di malaysia(Mokhtar&Rahman, 2017)	D: Kualitatif S: 36 informan V: I: penentu social D: penularan tuberculosis I: Wawancara A: Analisis Tematik	Ditemukan bahwa: penentu social penularan TB terkait dengan factor factor berikut: gaya hidup yang sehat, lingkungan kerja yang tidak nyaman, persepsi dan stigma public yang negatif, dan masalah-masalah keuangan.kesimpulan identifikasi sebanyak mungkin factor yang berkontribusi terhadap kejadian TB

11.	<i>Challenges in tuberculosis care in Western Uganda: Health care worker and patient perspectives</i> Ashley Wynne, Solina Richter, Lilian Banura, Walter Kipp (2014)	D: <i>Qualitative study</i> S: <i>32 respondents</i> V: <i>Tuberculosis care in Western Uganda</i> I: <i>in-depth interview</i> A: <i>transcribed verbatim</i>	Faktor dari pasien yang mempengaruhi adalah diidentifikasi yang terlambat dalam diagnosis dan beban keuangan yang terkait dengan pengobatan TB. Faktor dari petugas kesehatan yang mempengaruhi adalah praktik rujukan yang buruk antara unit
No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Metode (Desain, Sampel, Instrumen, Analisis)	Variabel, Hasil
			kesehatan dan kurangnya dana program yang mengakibatkan ditinggalkannya program DOTS. Pelatihan untuk petugas layanan kesehatan diperlukan untuk mengelola pasien koinfeksi TB / HIV dengan lebih baik. Kesehatan secara keseluruhan diperlukan penguatan sistem, termasuk sistem rujukan yang melacak pasien di antara pusat-pusat kesehatan
12.	Analisis Faktor Resiko Kejadian TB paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Kertapati Palembang(Oktavia et al., 2016)	D: kasus control S: 66 orang V:I: Analisis Faktor Resiko D: Kejadian TB Paru I: Kuesioner A: Univariat dan Bivariat	Faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian TB Paru adalah: umur, tingkat pendidikan, dan status Gizi.Faktor lingkungan perumahan meliputi kepadatan hunian, luas ventilasi,jenis lantai,serta kontak dengan penderita TB Paru.