

BAB I

PENDAHULUAN UMUM

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium tuberculosis*. Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu 10 penyebab kematian tertinggi di seluruh dunia dan penyebab utama kematian dari agen infeksius. Secara global diperkirakan 10.6 juta (range 9,8-11,3 juta) orang sakit TB; 1,4 juta (range 1,3-1,5 juta) kematian akibat TB termasuk HIV-negatif dan 187.000 kematian (range 158.000–218.000) termasuk HIV-positif. Secara geografis kasus TB terbanyak di Asia tenggara (45,6%), Afrika (23,3%) dan Pasifik Barat (17,8%), dan yang terkecil di Mediterania Timur (8,1%), Amerika (2,9%) dan Eropa (2,2%). Terdapat 10 negara menyumbang dua sepertiga dari total kasus TB; India (27,9%), Indonesia (9,2%), China (7,4%), Philippines (7,0%), Pakistan (5,8%), Nigeria (4,4%), Bangladesh (3,6%), Democratic Republic of the Congo (2,9%), South Africa (2,9%) dan Myanmar (1,8%) (Kemenkes RI, 2020).

Di Indonesia, jumlah TB paru yang ditemukan tahun 2018 sebanyak 566,623 kasus. Jika dibandingkan dengan jumlah kasus yang ditemukan pada tahun 2017 jumlahnya cenderung meningkat di mana pada tahun 2017 ditemukan kasus sebesar 446,732 kasus (Kemenkes RI, 2019). Adapun estimasi insiden TB Indonesia tahun 2021 sebesar 969.000 atau 354 per 100.000 penduduk; sedang TB-HIV sebesar 22.000 kasus per tahun atau 8,1 per 100.000 penduduk. Kematian karena TB diperkirakan sebesar 144.000 atau 52 per 100.000 penduduk (Anita, 2021). Dari golongan penyakit infeksi, TB merupakan penyebab kematian nomor 1. Diperkirakan setiap tahun terjadi 528,063 kasus baru TB dengan kematian karena TB sekitar 140.000. Diperkirakan setiap dari 100.000 penduduk Indonesia terdapat 130 penderita baru TB paru BTA positif (Departemen kesehatan RI, 2023).

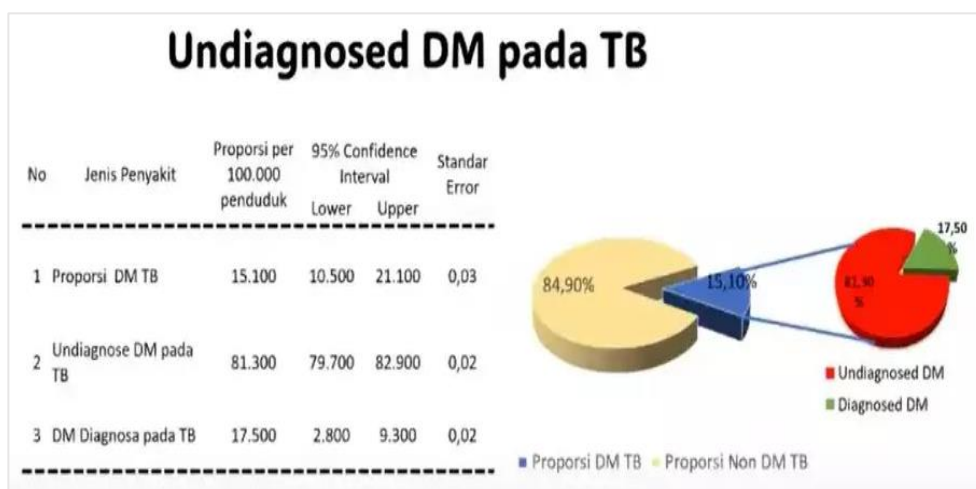
Tabel 1.1. Beban Tuberkolosis Berdasarkan Tahun 2021

No	Beban TBC		Beban TBC RO		Beban TBC HIV	
	Region	Estimasi	Region	Estimasi	Region	Estimasi
1	India	2.950.000	India	119.000	South Africa	163.000
2	Indonesia	969.000	Russian Federation	38.000	India	54.000
3	China	780.000	Pakistan	36.000	Kenya	32.000
4	Philippines	741.000	China	33.000	Mozambique	29.000
5	Pakistan	611.000	Indonesia	28.000	Uganda	29.000
6	Nigeria	467.000	South Africa	21.000	Nigeria	28.000

No	Beban TBC		Beban TBC RO		Beban TBC HIV	
	Region	Estimasi	Region	Estimasi	Region	Estimasi
7	Bangladesh	375.000	Philippines	21.000	Democratic Republic of the Congo	24.000
8	Democratic Republic of the Congo	305.000	Nigeria	15.000	United Republic of Tanzania	24.000
9	South Africa	304.000	Ukraine	11.000	Indonesia	22.000
10	Myanmar	194.000	Myanmar	9.700	Zambia	20.000
	30 High TB Burden Country	9.498.000		409.000		628.300

Sumber: Kementerian Kesehatan RI, 2023

Sementara itu, Sebanyak 40% penderita TB di Indonesia memiliki komorbid DM (Shuman et al., 2013). Prevalensi TB Komorbid seperti TB-DM sekitar 110 per 100.000 orang penduduk. Sedangkan pre komorbid DM pada TB juga cukup tinggi yaitu sekitar 15,1% dari kasus TB. Gambaran statistik tersebut menunjukkan risiko TB pada DM cukup tinggi yaitu 1,57 kali. Kebijakan program TB nasional melalui Petunjuk Teknis Penemuan Pasien TB di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTRL) Tahun 2015 dan Pedoman Panduan Pengelolaan TB-DM di Fasilitas kesehatan menjelaskan bahwa skrining TB dapat dilakukan pada penyandang DM. Akan tetapi dalam implementasi secara nasional belum optimal. Dengan demikian, skrining pada penyandang DM dengan gejala TB dan X-Ray telah diinisiasi sejak tahun 2021 dengan dukungan anggaran Global Fund Komponen TB tahun anggaran 2021 – 2023. Kegiatan tersebut dilaksanakan di 38 kabupaten/kota dengan beban DM dan TB (Yusnitasari et al., 2016).



Gambar 1.1 Kasus DM pada TB yang Belum Terdiagnosa

Prognosis tuberkulosis dipercaya dapat dipengaruhi oleh penyakit komorbid pasien, termasuk diabetes mellitus. Salah satu penyebab terjadinya resistensi obat pada pasien TB dipengaruhi oleh faktor komorbiditas. Bagi pasien, kondisi komorbid dapat mengganggu penyerapan obat. Penderita TB dengan komorbid seperti koinfeksi TB-HIV dan Diabetes Mellitus (DM) sendiri merupakan salah satu faktor yang menyebabkan TB MDR. Tinjauan terhadap otopsi yang dilakukan terhadap pasien yang meninggal karena TB di London menunjukkan bahwa 35 dari 46 kasus mempunyai penyakit penyerta, yang terutama adalah infeksi virus hepatitis C dan HIV, kanker, penyakit kardiovaskular, dan penyakit penyerta lainnya. Faktor komorbiditas TB yang memberikan hasil pengobatan TB yang buruk, diantaranya adalah Diabetes Mellitus (DM), malnutrisi, dan kebiasaan merokok (Bates et al., 2015). Selain itu, komorbid juga memicu munculnya masalah dalam proses pengobatan pasien TB. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyebab terjadinya resistensi obat pada pasien TB diantaranya dipengaruhi oleh kondisi pasien yang mengalami gangguan penyerapan obat akibat menderita komorbid seperti Diabetes Mellitus (DM). (Manggasa & Suharto, 2022a)

Penelitian yang dilakukan di Malaysia, Saudi Arabia, dan Turki, tidak menemukan perbedaan signifikan dalam hal gejala, akan tetapi sebuah studi besar di Mexico melaporkan gambaran klinis yang lebih buruk pada pasien TB yang menderita DM, yaitu dalam hal demam, hemoptisis, dan keadaan umum lainnya. Tuberkulosis yang aktif dapat memperburuk kadar gula darah dan meningkatkan risiko sepsis pada penderita diabetes. Demam, kuman TB paru aktif, dan malnutrisi akan menstimulasi hormon stres seperti epinefrin, glukagon, kortisol, dan hormon pertumbuhan, yang secara sinergis bekerja meningkatkan kadar gula dalam darah hingga lebih dari 200 mg/dL. Kadar IL-1 dan TNF plasma juga meningkat dan menstimulasi hormon anti-insulin, sehingga memperburuk keadaan infeksi (Manggasa & Suharto, 2022b).

WHO dan gerakan internasional melawan TB dalam kerangka kegiatan kolaborasi pengobatan penyakit paru merekomendasikan skrining TB dan Diabetes melitus secara bersamaan. Kegiatan kolaboratif ini juga merekomendasikan pentingnya penelitian yang akan mengarahkan pada lahirnya kebijakan kesehatan yang menggabungkan perawatan TB dan skrining diabetes pada penderita TB aktif atau penderita DM (Hosu et al., 2024). Peningkatan prevalensi diabetes di area endemis tuberkulosis menjadi beban ganda (*double burden*) bagi kesehatan di dunia (Ahmad et al., 2020). Komorbiditas TB dengan penyakit tidak menular dan penyakit menular lainnya sendiri umum terjadi di wilayah endemis TB. Beban ganda yang dirasakan oleh pasien TB Komorbid tentu saja berdampak tidak hanya pada aspek fisik, tetapi juga psikis. Dari aspek fisik, proses pengobatan TB membutuhkan waktu dan

proses yang lebih kompleks dibanding TB non komorbid. Sementara dari aspek psikis, penderita TB dengan komorbid membutuhkan ketahanan psikis dalam menjalani proses pengobatan ganda yang dilakukannya. Pengobatan TB yang membutuhkan waktu lama ditambah lagi pengobatan penyakit penyertanya membuat pasien berada pada kondisi yang tidak ideal (Foo et al., 2022a; Siddiqi et al., 2021).

Penyakit tuberkulosis merupakan penyakit menular yang bersifat kronis dengan tingkat kekambuhan yang tinggi. Dampak yang dialami penderita TB tidak hanya pada fisiknya saja, tetapi juga dampak sosial dan jiwa. Individu yang mengalami penyakit ini akan merasakan berbagai keluhan fisik, diantaranya sesak nafas dan badan terasa lemah. TB juga membuat beban psikologis tersendiri karena adanya stigma bahwa TB adalah penyakit yang tidak dapat disembuhkan (Prakoso et al., 2023). Beban yang dirasakan pasien TB dengan penyakit penyerta dapat diakibatkan oleh berbagai faktor. Bila dilihat dari kondisi fisik, seorang penderita akan merasakan kondisi badan dalam keadaan yang tidak nyaman dengan berbagai keluhan. Sedangkan dari sisi kejiwaan, seorang penderita cenderung merasa malu, sedih, bahkan sampai putus asa (Anita, 2021). Permasalahan TB komorbid sendiri tentu dapat menjadi beban ganda (*double burden*) dalam penyelesaian penyakit menular dan kronik. Hal ini terjadi, karena TB dan penyakit penyerta berinteraksi satu sama lain dan dapat menyebabkan pelaksanaan pengobatan klinis menjadi lebih sulit dibandingkan dengan pengobatan pada penyakit tunggal TB atau penyakit lainnya (Aggarwal, 2019).

Sejumlah literatur memfokuskan penelitian pada kesehatan jiwa pasien TB dan komorbid yang memaparkan mengenai kondisi kesehatan jiwa dan dukungan yang diperoleh penderita. Berdasarkan referensi yang diperoleh menunjukkan bahwa masalah kesehatan jiwa pada pasien TB Komorbid masih sangat kurang. Beberapa penelitian lebih fokus mengkaji mengenai kondisi kesehatan jiwa hanya pada pasien TB.

Masalah kesehatan jiwa pada pasien TB sendiri erat kaitannya dengan faktor internal maupun eksternal. Faktor internal berkaitan langsung dengan pasien TB sendiri, sementara faktor eksternal berkaitan dengan proses pengobatan dan *support system* dalam menjalani pengobatan dan pemulihan pasien TB. Penerimaan pasien Tuberkulosis ketika mengetahui bahwa dirinya menderita Tuberkulosis bervariasi. Sebagian besar mereka mengatakan terkejut, sedih, kecewa, marah dan akhirnya pasrah, bahkan ada yang merasakan putus asa dan tidak memiliki makna hidup yang berarti. Jigna Rao, seorang pasien Tuberkulosis yang berasal dari India. Pada kegiatan '*44th Union World Conference On Lung Health*' di Paris pada bulan November 2013 menyatakan "*bahwa setelah didiagnosa Tuberkulosis panggul pada tahun 2006 membuat*

saya terpaksa menghadapi kenyataan untuk tidak bisa menjadi seorang ibu, dimana saya harus menjalani pengobatan infertilitas. Tuberkulosis telah merenggut mimpi untuk menjadi seorang ibu karena kehilangan kesuburan. Ini saja sudah cukup menyedihkan, belum lagi ditambah fakta bahwa sikap keluarga, kerabat dan orang-orang di sekitar perlahan berubah. Beberapa orang secara mendadak mengakhiri percakapan dengan saya, sorot mata mereka membuat saya merasa kurang dihargai. "Saya mulai mengalami cemas, stres bahkan depresi. Penyakit Tuberkulosis mengubah saya dari seorang wanita yang rasional, percaya diri dan independen menjadi sosok yang lebih merasa nyaman di balik pintu" (Foo et al., 2022b).

Penanganan penyakit TB yang membutuhkan waktu pengobatan yang cukup lama membuat banyak pasien TB akhirnya jenuh dan malas meminum obat. Hal tersebut dapat berakibat pada pengobatan yang dilakukan selama 6-9 bulan tidak berhasil dan membutuhkan pengobatan yang lebih lama lagi dan membuat pasien TB mengalami stres. Beberapa pasien TB di awal diagnosa TB timbul ketakutan dalam dirinya, seperti ketakutan akan pengobatan yang lama, efek samping OAT, ketakutan akan menularkan penyakit ke orang lain, perasaan rendah diri, selalu mengisolasi diri karena malu dengan keadaan penyakitnya dan didiskriminasikan sehingga kualitas hidup pasien menurun, terutama pada domain psikologi. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita TB-DM cenderung memiliki domain psikologi yang lebih rendah dibandingkan pada penderita TB non DM, salah satunya stres (Momanyi et al., 2024).

Stres adalah reaksi tubuh terhadap tuntutan kehidupan karena pengaruh tempat lingkungan berada. Faktor-faktor yang mempengaruhi stres yaitu penyakit fisik atau cedera, masalah orang tua, hubungan interpersonal, pekerjaan, lingkungan hidup, keuangan, hukum, perkembangan, dan faktor keluarga (Febi et al., 2021b). Stres yang berkepanjangan jika tidak diatasi akan mengarah pada gangguan jiwa. Selain itu dampak stres juga dapat mempengaruhi kelangsungan hidup seseorang diantaranya dapat memperburuk kesehatan fisik (jasmani) seseorang yaitu akan mempengaruhi proses penyembuhan (Febi et al., 2021b). Kondisi stres juga akan menimbulkan dampak secara psikis. Stres dapat membuat penderita TB merasa tidak berguna, kehilangan motivasi, dan tujuan hidup (Juliasih et al., 2023).

Penelitian di beberapa negara menemukan ada komorbiditi penyakit tuberkulosis lainnya meliputi depresi, gangguan penyesuaian, ansietas dan fobia (Liu et al., 2022). Ciri-ciri ansietas adalah keprihatinan, kesulitan, ketidakpastian atau ketakutan yang terjadi akibat ancaman yang nyata atau dirasakan. Ansietas adalah respon subyektif terhadap stress. Penyakit TB merupakan salah satu dari sumber stress tersebut (Rajeev & Tarikere Satyanarayana, 2022). Ansietas yang tumbuh semakin kuat dapat mempengaruhi kemampuan fungsional individu

bahkan keluarga penderita (Sibarani, 2019). Bila keluarga penderita mengalami ansietas, maka akan sulitlah keluarga membantu menyelesaikan persoalan penderita TB (Tetrapoik et al., 2020). Ditambah lagi, adanya stigma yang muncul menambah beban psikis bagi penderita, karena akibat stigma tersebut banyak masyarakat yang enggan untuk berinteraksi dengan penderita.

Selain dampak psikis yang dialami pasien, secara ekonomi TB juga dapat menimbulkan dampak pada keuangan keluarga. Hal ini karena sebagian besar TB menyerang usia produktif, dimana pada usia tersebut penderita merupakan tulang punggung keluarga (Balitbang Kementerian Kesehatan, 2018). Berbagai macam persoalan inilah yang semakin membebani psikis penderita. Kondisi ini bila tidak segera ditangani maka dapat berkelanjutan menjadi depresi seperti yang telah didapatkan data dari hasil penelitian terhadap pasien tuberkulosis di berbagai seting area (Ayuningtyas et al., 2018). Persepsi terhadap sakit TB ini ditunjukkan dengan perubahan perilaku pasien, seperti marah-marah, lebih banyak di rumah, menghindari, membatasi dan menarik diri, selain itu pasien merasa ketakutan akan isolasi dan perlakuan negatif dari masyarakat bila mengetahui dirinya menderita Tuberkulosis. Persepsi negatif terhadap Tuberkulosis juga menyebabkan pasien takut atau menolak menjalani pengobatan secara tuntas sehingga timbul keinginan untuk mencari pengobatan lain (Fatarona, 2018).

Fenomena di masyarakat saat ini adalah masih ada anggota keluarga yang takut apalagi berdekatan dengan seseorang yang disangka menderita Tuberkulosis, sehingga muncul sikap berhati-hati secara berlebihan, misalnya mengasingkan pasien, enggan mengajak berbicara, kalau dekat dengan pasien Tuberkulosis akan segera menutup hidung dan sebagainya. Hal tersebut akan sangat menyinggung perasaan pasien (Husna & Choliq, 2020). Bahkan, keluarga dengan penderita TB ditemukan ada yang mengalami ansietas (Fatarona, 2018). Kondisi ini tentu berpotensi membuat pasien TB tertekan dan merasa dikucilkan, sehingga dapat berdampak pada kondisi psikologisnya dan akhirnya akan mempengaruhi keberhasilan pengobatannya (World Health Organization, 2021). Menurut Kleinman dan Kelly meskipun para ahli kesehatan dapat melihat Tuberkulosis sebagai masalah kesehatan masyarakat yang dapat disembuhkan secara efisien dengan pengobatan yang tepat, tetapi penderita tetap mengalami tekanan batin. Penderita merasa ketakutan akan isolasi dan perlakuan negatif dari masyarakat bila mengetahui dirinya menderita Tuberkulosis (Maryatun, 2020).

Karena TB ditularkan melalui droplet dan sangat menular, pasien TB sering kali mendapat stigma yang besar, baik di rumah, di tempat kerja, atau di masyarakat. Penelitian terhadap pasien dari berbagai latar belakang menunjukkan bahwa antara 42 dan 82% pasien TB melaporkan stigma.

Penelitian menunjukkan bahwa stigma sosial dapat mempengaruhi kepuasan hidup pasien TB selama dan bahkan setelah pengobatan, dan stigma terkait TB adalah salah satu aspek terpenting yang mempengaruhi kualitas hidup (Chen, Du, et al., 2021a). Stigma mengganggu interaksi sosial pasien dengan orang lain dan mengurangi fungsi sosial dan kemampuan untuk memenuhi peran sehari-hari, yang pada akhirnya membahayakan kualitas hidup pasien (Anisa, 2019). Penelitian yang dilakukan di pedesaan Tiongkok dan Etiopia menunjukkan bahwa stigma yang dialami berhubungan secara signifikan dengan tekanan psikologis.



Gambar 1.2 Gambaran Kualitas Hidup Pasien TB, (Aggarwal, 2019)

Pasien TB yang merasa terstigmatisasi mungkin lebih jarang menggunakan layanan kesehatan dan menyembunyikan penyakitnya karena rendahnya harga diri dan isolasi sosial. Selain itu, penelitian telah melaporkan bahwa stigma terkait TB berhubungan dengan gangguan stres psikologis. Faktor-faktor tersebut dapat meningkatkan risiko terjadinya masalah kesehatan jiwa, seperti tekanan psikologis (Mainga et al., 2022). Banyak faktor yang mengakibatkan gangguan jiwa pada pasien yang menderita TB yaitu pemahaman yang bervariasi terhadap penyakit, kurangnya pemahaman dan persepsi pasien akan sakitnya, ketakutan akan tanggapan masyarakat dan stigma, reaksi psikologis saat didiagnosa menderita TB, dampak dari lingkungan dan keluarga (Marwansyah & Sholikhah, 2016). Bahkan (Ginting et al., 2008) menemukan gangguan jiwa yang sering dialami pasien Tuberkulosis meliputi depresi, gangguan penyesuaian, anxiety, hilangnya arti dan tujuan hidup, melemahnya produktivitas, fobia dan bahkan upaya bunuh diri (Septiani, 2019).

Berdasarkan hasil penelitian tersebut penting untuk diperhatikan bahwa individu dengan TB terlebih dengan komorbid yang diderita merupakan beban ganda. Sayangnya, meski aspek psikis menjadi masalah baru bagi penderita TB, akan tetapi layanan kesehatan jiwa bagi pasien TB hingga saat ini belum optimal. Ini sekaligus menunjukkan bahwa kondisi penderita TB Komorbid pun kondisinya kurang lebih sama. Kondisi ini membuat pasien sangat memerlukan *support system* yang adekuat untuk dapat menghadapi penyakit tersebut. Menurut Friedman salah satu *support sytem* yang dapat diberdayakan adalah keluarga, karena keluarga adalah bagian yang tidak terpisahkan dari individu (Falah et al., 2025). Keluarga merupakan bagian dari manusia yang setiap hari selalu berhubungan dengan individu. Keluarga merupakan bagian penting manakala seseorang mengalami berbagai macam persoalan, salah satunya adalah gangguan kesehatan yang dapat berupa penyakit. Menurut WHO penderita TB dengan penyakit penyerta merupakan kondisi yang tidak mudah ditanggulangi. Untuk itu perlu adanya kerjasama dari penderita sendiri maupun orang-orang di sekitar penderita (Soleman et al., 2021).

Manusia sebagai makhluk sosial tentu tidak dapat hidup sendirian tanpa bantuan orang lain. Kebutuhan fisik (sandang, pangan, papan), kebutuhan sosial (pergaulan, pengakuan dan kebutuhan psikis termasuk rasa ingin tahu, rasa aman, perasaan religiusitas), tidak mungkin terpenuhi tanpa bantuan orang lain. Apalagi jika orang tersebut sedang menghadapi masalah baik ringan maupun berat. Pada saat itu seseorang akan mencari dukungan sosial dari orang-orang di sekitarnya, sehingga dirinya merasa dihargai, diperhatikan dan dicintai. Menurut Rook, dukungan sosial sebagai salah satu fungsi pertalian sosial yang menggambarkan tingkat dan kualitas umum dari hubungan interpersonal yang akan melindungi individu dari konsekuensi stress (Yusnitasari et al., 2016), (Lafuse et al., 2022). Dukungan sosial yang diterima dapat membuat individu merasa tenang, diperhatikan, timbul rasa percaya diri dan kompeten. Tersedianya dukungan sosial akan membuat individu merasa dicintai, dihargai dan menjadi bagian dari kelompok (Barik et al., 2020).

Keluarga adalah orang-orang terdekat yang mempunyai potensi untuk menjadi sumber dukungan dan senantiasa bersedia untuk memberikan bantuan dan dukungannya ketika individu membutuhkannya. Friedman, (2010) mengemukakan bahwa dukungan sosial keluarga berfungsi secara penuh dan dapat meningkatkan adaptasi dalam kesehatan keluarga (Wahyuni. T et al, 2021). Adanya dukungan dari keluarga dapat membuat penderita TB merasa dirinya diterima dalam lingkungannya walaupun sedang menderita penyakit menular (Suistyawati, 2019). Dukungan sosial penting untuk penderita penyakit kronik seperti Tuberkulosis sebab dukungan sosial dapat mempengaruhi tingkah laku individu, seperti penurunan rasa cemas, tidak berdaya dan putus asa, yang

pada akhirnya dapat meningkatkan status kesehatan. Adanya perasaan khawatir berlebihan terhadap penyakitnya, yang sebenarnya justru akan menghambat proses pengobatan pasien itu sendiri (Fatarona, 2018). Selain keluarga, studi yang dilakukan oleh Furnham (dalam Veiel & Baumann, 1992) menemukan teman atau sahabat sebagai pemberi dukungan sosial melalui 3 proses yaitu membantu material atau instruksi, dukungan emosional, dan integrasi sosial (Lutfian et al., 2025). Para peneliti menemukan bahwa dukungan sosial ada kaitannya dengan pengaruh-pengaruh positif bagi seseorang yang mempunyai sumber-sumber personal yang kuat, dimana kesehatan fisik individu yang memiliki hubungan dekat dengan orang lain akan lebih cepat sembuh dibandingkan yang terisolasi.

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa dukungan sosial mempengaruhi kualitas hidup pasien TB. Pasien dengan dukungan sosial yang memadai dari keluarga, teman dan komunitas cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Selain itu, dukungan sosial juga merupakan prediktor penting dari stigma (Husna & Choliq, 2020). Pasien dengan dukungan sosial yang buruk lebih cenderung diasingkan dan terasingkan, dengan manifestasi seperti tidak diberi peralatan dan makanan bersama oleh anggota keluarga dan kehilangan pekerjaan, yang dapat menyebabkan stigma. Selain itu, dukungan sosial yang baik akan meningkatkan kepuasan hidup dan kepercayaan diri sosial, memungkinkan pasien beradaptasi terhadap krisis dan mengurangi tekanan perubahan peran pasien, sehingga juga mengurangi risiko tekanan psikologis. Penelitian sebelumnya juga menunjukkan bahwa persepsi dukungan sosial berhubungan dengan tekanan psikologis pada pasien TB selama pengobatan (Wahyuni, 2022).

Dukungan sosial mengacu pada jumlah perawatan yang dirasakan dan praktis yang diterima dari keluarga, teman dan/atau komunitas (Husna & Choliq, 2020). Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa dukungan sosial mempengaruhi kualitas hidup pasien TB. Pasien dengan dukungan sosial yang memadai dari keluarga, teman dan komunitas cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik (Septiani, 2019). Pasien TB dengan penyakit penyerta/komorbid perlu mendapat dukungan sosial lebih, karena dengan dukungan dari orang-orang tersebut secara tidak langsung dapat menurunkan beban psikologis sehubungan dengan penyakit yang dideritanya yang pada akhirnya akan meningkatkan ketahanan tubuh sehingga kondisi fisik tidak semakin menurun (Tetrapoik et al., 2020). Dukungan sosial penting untuk penderita penyakit kronik sebab dukungan sosial dapat mempengaruhi tingkah laku individu, seperti penurunan rasa cemas, tidak berdaya dan putus asa, yang pada akhirnya dapat meningkatkan status kesehatan (Tetrapoik et al., 2020); (Oliviera et al., 2017). Meningkatnya status kesehatan berarti akan meningkatkan kualitas hidup

penderita. Dukungan keluarga dan masyarakat mempunyai andil besar dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan, dengan pengawasan dan pemberian semangat terhadap penderita. Selain itu, dukungan sosial yang baik akan meningkatkan kepuasan hidup dan kepercayaan diri sosial, memungkinkan pasien beradaptasi terhadap krisis dan mengurangi tekanan perubahan peran pasien, sehingga juga mengurangi risiko tekanan psikologis. Penelitian sebelumnya juga menunjukkan bahwa persepsi dukungan sosial berhubungan dengan tekanan psikologis pada pasien TB selama pengobatan (Chen, Xu, et al., 2021a).

Salah satu bentuk dukungan yang juga dapat diberikan oleh keluarga kepada pasien TB komorbid adalah spiritual support. Sebagaimana diketahui, salah satu pendekatan untuk mengintegrasikan spiritual support ke dalam pengobatan depresi adalah melalui intervensi berbasis agama. Intervensi ini dapat berfokus pada pemulihan hubungan dengan Tuhan, pengampunan, harapan, dan rasa syukur, serta telah menunjukkan hasil yang menjanjikan dalam mengurangi gejala depresi. Selain itu, mengatasi dan mengeksplorasi peran spiritual penting dalam perawatan kesehatan jiwa untuk membantu mencegah dan meringankan depresi (Leung & Li, 2023). Para profesional layanan kesehatan harus memiliki pengetahuan tentang manfaat potensial dari mengintegrasikan spiritualitas ke dalam perawatan. Profesional kesehatan baiknya terbuka untuk berdiskusi dan mendukung kebutuhan spiritual pasien. Dengan memasukkan komponen spiritual ke dalam rencana pengobatan, penyedia layanan kesehatan dapat menawarkan pendekatan yang lebih holistik untuk mengatasi depresi dan meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan. Keluarga sebagai orang terdekat pasien, memiliki banyak waktu dan kesempatan untuk memberikan *support spiritual*. Melalui pemahaman spiritual, keluarga dapat memotivasi pasien untuk sembuh, menumbuhkan semangat hidup dengan senantiasa mengingatkan akan adanya harapan untuk sehat seperti sediakala (Gyimah & Dako-Gyeke, 2019).

Masalah sosial yang juga berperan dalam menciptakan persepsi pada pasien TB Komorbid di tengah-tengah masyarakat adalah aspek budaya. Aspek budaya merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan kehidupan masyarakat. Budaya merupakan akumulasi dari kepercayaan individu, norma keluarga dan masyarakat yang tercermin dalam stigma, mitos pada masyarakat (A. K. Putri et al., 2021);(Hartini et al., 2018). Dalam kehidupan seorang pasien TB, ia kerap berhadapan dengan stigma yang bersumber dari kepercayaan dan norma subjektif di masyarakat. Di samping itu, nilai maupun kepercayaan masyarakat juga berpotensi menghalangi intervensi petugas kesehatan dalam upaya penyembuhan pasien TB (Anita, 2021). Adanya stigma masyarakat bahwa penyakit TB Paru adalah penyakit yang memalukan, dan kepercayaan

masyarakat bahwa penyakit TB Paru tidak dapat disembuhkan oleh kedokteran, juga dianggap menjadi penyebab masyarakat malu untuk berobat ke puskesmas serta takut mendapat vonis pasca diagnosa (Chaves et al., 2022).

Literasi kesehatan baik dari sisi akses informasi maupun pemahaman pada keluarga pasien TB komorbid berkontribusi besar dalam upaya penjagaan kondisi kesehatan jiwa pasien. Literasi kesehatan akan meningkatkan keterampilan pribadi, kognitif dan sosial yang menentukan kemampuan individu maupun keluarga untuk mendapatkan akses, memahami, dan menggunakan informasi untuk mempromosikan perilaku kesehatan yang baik (Rakpaitoon et al., 2022). Ini termasuk hasil-hasil seperti peningkatan pengetahuan dan pemahaman tentang faktor-faktor penentu kesehatan, dan perubahan sikap dan motivasi dalam kaitannya dengan perilaku kesehatan. Konsep literasi kesehatan memungkinkan individu untuk memiliki kemampuan dalam hal menulis, membaca, berbicara, serta pengetahuan mengenai budaya dan konseptual yang berkaitan dengan perilaku sehat. Kemampuan individu ini jika berinteraksi dengan sistem pelayanan kesehatan, sistem pendidikan serta berbagai faktor sosial budaya di tempat tinggal, tempat kerja dan masyarakat akan menciptakan atmosfer lingkungan yang sehat bagi pasien TB Komorbid (Chauhan et al., 2024). Bagi keluarga pasien, literasi kesehatan merupakan salah satu penopang penting dalam upaya pengobatan dan pemulihan pasien TB komorbid. Dengan mengakses sumber-sumber informasi baik secara langsung melalui nakes, maupun media yang menyajikan berbagai literasi mengenai upaya preventif maupun kuratif bagi pasien TB komorbid. Pemahaman yang utuh dalam menangani kasus TB komorbid akan turut berdampak positif terhadap kondisi kesehatan jiwa pasien (Agbeko et al., 2022).

Berdasarkan peninjauan pada sejumlah jurnal yang terbit antara 2015-2025, menunjukkan bahwa pembahasan mengenai kesehatan jiwa pada pasien TB lebih dominan dibandingkan subjek pada pasien dengan TB Komorbid (Juliasih et al., 2023); (Thungana et al., 2022);(Sibarani, 2019). Di sisi lain, referensi yang membahas mengenai *support system* yang dibutuhkan pasien TB Komorbid dalam upaya menjaga kesehatan jiwa mereka pun masih terbatas. Sebagian referensi jurnal menunjukkan fokus penelitian mengenai TB Komorbid hanya mengkaji aspek hubungan TB dan penyakit penyerta seperti DM dan HIV (Jarde et al., 2022), efek DM terhadap TB (Kansal et al., 2015), TB terhadap HIV atau sebaliknya (Thungana et al., 2022), atau pendekatan berbasis keluarga dalam upaya perawatan klien TB (Husna & Choliq, 2020);(Efendi et al., 2022) juga hubungan dukungan sosial dengan stigma, stres psikologi, dan depresi terhadap kualitas hidup pasien TB (Chen, Xu, et al., 2021a), Hal ini menjadi pijakan ilmiah kami untuk menganalisis lebih jauh mengenai dukungan integratif keluarga terhadap kondisi kesehatan jiwa pasien TB Komorbid dari aspek

dukungan sosial, spiritual support, budaya dan literasi kesehatan. Hasil penelusuran sejumlah jurnal juga menunjukkan bahwa penelitian mengenai dukungan keluarga lebih fokus ke upaya untuk meningkatkan kualitas hidup pasien TB, belum spesifik membahas kondisi kesehatan jiwa pasien TB Komorbid. Sebagai isu yang sedang mendominasi masalah kesehatan masyarakat, problem kesehatan jiwa menjadi isu krusial bagi kesehatan masyarakat dan penting menjadi perhatian mengingat prevalensi kasusnya yang terus meningkat.

Berdasarkan penelitian di atas, penelitian ini menyoroti kesenjangan isu pada kasus TB yaitu (1) **Kesehatan jiwa** khususnya pada **pasien TB Komorbid** di mana ini merupakan dua masalah kesehatan masyarakat yang membutuhkan perhatian bersama. Kasus TB Komorbid masih menjadi problem kesehatan yang serius, sementara problem kesehatan jiwa pun merupakan isu kesehatan masyarakat yang prevalensinya meningkat secara global dari tahun ke tahun. Pelayanan kesehatan jiwa pada pasien TB belum optimal, terlebih lagi bagi penderita TB Komorbid dengan beban ganda yang ada. Penelitian yang mengkaji dan menghubungkan kedua hal ini pun masih terbatas (2) Adanya **model** berbasis pendekatan keluarga dapat menjadi rujukan ilmiah dalam upaya menjaga kondisi kesehatan jiwa pada pasien TB Komorbid di mana penelitian yang telah dilakukan sebelumnya hanya fokus pada populasi TB saja.

Jumlah kasus yang terduga TB pada tahun 2021 di Provinsi Sulawesi Tenggara sebanyak 14.862 kasus, sedangkan kasus Tuberkulosis yang tertangani berjumlah 3.730 kasus dimana 2.251 kasus (60,35%) diantaranya adalah laki-laki, dan 1.479 kasus (39,65%) adalah perempuan. Jika dilihat menurut Kabupaten/Kota, Kota Kendari merupakan kota dengan jumlah kasus terduga TB terbanyak yaitu sebesar 4.098 kasus (tambahan kasus baru tahun 2022 sebesar 1.181 kasus) dengan cakupan komorbid sebesar 15 % yang tersebar di 15 Puskesmas (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara, 2022b). Jumlah kasus ini meningkat hampir tiga kali lipat dibandingkan tahun 2020. Dari 15 puskesmas kota Kendari, 5 Puskesmas dengan kasus TB penderita tertinggi tersebar di Puskesmas Kemaraya sebanyak 104 kasus, Puskesmas Poasia dengan kasus berjumlah 90 kasus, Puskesmas Puuwatu sebanyak 92 kasus, Benu-Benu 58 Kasus, Lepo-Lepo 53. Sedangkan Puskesmas lainnya seperti PKM Perumnas sebanyak 49 kasus, PKM Kandai 43 kasus dan PKM Mekar 39 kasus dan terendah di PKM Wua-wua. Hasil survei awal menunjukkan bahwa penyakit TB sendiri memiliki stigma negatif di masyarakat. Terlebih lagi, banyak di antara pasien TB yang menanggung beban ganda penyakit penyerta.

Kota Kendari yang dihuni oleh beragam suku (Tolaki, Muna, Bugis, Buton dan beberapa suku lainnya), juga memiliki persepsi khas mengenai konsep

sehat dan sakit. Meski edukasi marak digalakkan petugas kesehatan, dalam keseharian, persepsi budaya mengenai sakit dan penyakit masih menjadi kepercayaan dalam upaya penyembuhan penyakit mereka. TB disertai penyakit pengikut diidentikkan dengan penyakit kutukan, atau penyakit kiriman. Persepsi ini berdampak pada pola pengobatan yang bersifat tradisional, atau menggabungkan pelayanan nakes dan non-nakes (dukun). Kondisi ini menuntut upaya peningkatan literasi kesehatan di tengah meningkatnya prevalensi kasus TB Komorbid.

Meski saat ini skrining terintegrasi TB dengan penyakit penyerta lainnya belum terlaksana di Puskesmas khususnya di Kota Kendari, namun melalui wawancara awal dengan programer TB dan merujuk pada data rekam medik pada 5 Puskesmas di Kota Kendari ditemukan adanya kasus TB dengan penyakit penyerta berupa DM, komorbid psikiatri ringan, juga sifilis. Beban ganda penyakit ini membuat pasien TB merasa terasingkan. Terlebih lagi, pemahaman masyarakat menganggap bahwa penyakit TB seperti penyakit kutukan yang membuat masyarakat lainnya menjauh dari pasien TB. Realitas ini membuat kondisi pasien terisolasi. Padahal, dukungan masyarakat sangat dibutuhkan di tengah kondisi penderita yang mengalami banyak tekanan psikologis. Oleh karena itu, upaya pencegahan dan penanganan gangguan kesehatan jiwa pada pasien TB komorbid membutuhkan kerja sama antara petugas kesehatan, keluarga maupun orang terdekat pasien. Untuk itu, penting untuk memahami aspek kesehatan jiwa pasien TB komorbid, mengungkap kontribusi lingkungan sosial pasien melalui dukungan sosial, support spiritual, dukungan budaya dan literasi kesehatan keluarga yang akan berdampak pada proses penyembuhan yang mereka jalani. Dengan menganalisis hal ini juga, akan diperoleh pijakan ilmiah dalam merancang model dukungan integratif keluarga dalam upaya menjaga kesehatan jiwa pasien TB komorbid, khususnya di Kota Kendari.

1.1.1 Tinjauan Teori

1.1.1.1 Tinjauan Mengenai Dukungan Keluarga

Keluarga adalah perkumpulan antara dua atau lebih individu yang terikat oleh hubungan perkawinan, hubungan darah, ataupun adopsi, dan setiap anggota keluarga saling berinteraksi satu dengan lainnya (Abbas, 2018). Sedangkan menurut UU Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, mendefinisikan keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya (Sofiana et al., 2018). Keluarga merupakan lingkungan yang pertama dan utama bagi perkembangan individu, karena sejak kecil anak tumbuh dan berkembang dalam lingkungan keluarga. Karena itulah peranan orang tua menjadi amat sentral dan sangat besar bagi pertumbuhan dan perkembangan anak (Nitha Nurjana, 2019). Fungsi keluarga adalah ukuran

dari bagaimana sebuah keluarga beroperasi sebagai unit dan bagaimana anggota keluarga berinteraksi satu sama lain. Hal ini mencerminkan gaya pengasuhan, konflik keluarga, dan kualitas hubungan keluarga. Fungsi keluarga mempengaruhi kapasitas kesehatan dan kesejahteraan seluruh anggota keluarga (A. D. Putri, 2023).

Dukungan keluarga adalah satu bentuk hubungan interpersonal yang melindungi seseorang dari efek stres yang buruk. Dukungan keluarga menurut Fridman (2010) adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikannya. Jadi dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan-dukungan sosial yang dipandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga yang selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Erdiana, 2015).

Secara garis besar, fungsi keluarga terdiri dari:

1. Fungsi biologis, meliputi fungsi untuk meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak, memelihara dan merawat anggota keluarga, serta memenuhi kebutuhan gizi keluarga.
2. Fungsi psikologis, meliputi fungsi dalam memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga, serta memberikan identitas keluarga.
3. Fungsi sosialisasi, meliputi fungsi dalam membina sosialisasi pada anak, meneruskan nilai-nilai keluarga, dan membina norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak.
4. Fungsi ekonomi, meliputi fungsi dalam mencari sumber-sumber penghasilan, mengatur dalam penggunaan penghasilan keluarga dalam rangka memenuhi kebutuhan keluarga, serta menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga di masa mendatang.
5. Fungsi pendidikan, meliputi fungsi dalam mendidik anak sesuai dengan tingkatan perkembangannya, menyekolahkan anak agar memperoleh pengetahuan, keterampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya, serta mempersiapkan anak dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa untuk kehidupan dewasa di masa yang akan datang.

Keluarga memiliki empat fungsi dukungan, diantaranya (Tetrapoik et al., 2020):

1. Dukungan Emosional

Merupakan bentuk atau jenis dukungan yang diberikan keluarga berupa memberikan perhatian, kasih sayang, serta empati. Dukungan emosional merupakan fungsi afektif keluarga yang harus diterapkan kepada seluruh anggota keluarga. Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga dalam memberikan perlindungan dan dukungan psikososial bagi anggota keluarga, keluarga bertindak sebagai sumber utama dari cinta, kasih sayang, dan pengasuhan. Salah satu nilai keluarga yang penting ialah menganggap keluarga sebagai tempat memperoleh kehangatan, dukungan, dan penerimaan.

2. Dukungan Infomasi

Pemberian dukungan informasi peran keluarga dinilai sebagai pusat informasi, artinya keluarga diharapkan mengetahui segala informasi terkait dengan anggota keluarga dan penyakitnya. Seperti, pemberian saran dan sugesti, informasi yang dapat digunakan untuk mengungkap suatu permasalahan. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat meminimalisir munculnya tekanan yang ada pada diri individu akibat tuntutan di lingkungan masyarakat, seperti memberikan nasehat, usulan, petunjuk, serta pemberian informasi yang mungkin akan dibutuhkan oleh anggota keluarga yang lain, juga diberikan kepada anggota keluarga dengan skizofrenia sebagai upaya meningkatkan status kesembuhannya.

3. Dukungan Instrumental

Friedman menjelaskan dukungan instrumental keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan penuh dari keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana, maupun meluangkan waktu untuk membantu melayani dan mendengarkan anggota keluarga dalam menyampaikan pesannya. Dukungan instrumental keluarga merupakan fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

4. Dukungan Penilaian

Keluarga bertindak sebagai pemberi umpan balik untuk membimbing dan menengahi pemecahan masalah, seperti memberikan support, penghargaan, dan perhatian. Dukungan penilaian merupakan suatu dukungan dari keluarga dalam bentuk memberikan umpan balik dan penghargaan kepada anggota keluarga, menunjukkan respon positif yaitu dorongan atau persetujuan terhadap gagasan, ide, juga perasaan seseorang. Menurut Friedman dukungan penilaian keluarga merupakan

bentuk fungsi afektif keluarga terhadap anggota keluarga yang dapat meningkatkan status kesehatannya. Dengan adanya dukungan ini maka anggota keluarga akan mendapatkan pengakuan atas kemampuan dan usaha yang telah dilakukannya.

1.1.1.2 Tinjauan Mengenai TB Komorbid

Berbagai studi telah meneliti hubungan antara tuberkulosis dan penyakit lainnya seperti, HIV, ataupun diabetes mellitus. Prognosis tuberkulosis dipercaya dapat dipengaruhi oleh komorbid pasien, termasuk diabetes mellitus (Khattak et al., 2024). Salah satu penyebab terjadinya resistensi obat pada pasien TB dipengaruhi oleh faktor petugas kesehatan, pasien dan program pengendalian TB. Pada sisi pasien salah satunya adalah gangguan penyerapan obat akibat menderita komorbid seperti Diabetes Mellitus (DM). Penderita TB dengan komorbid seperti koinfeksi TB-HIV dan Diabetes Mellitus (DM) merupakan salah satu faktor yang menyebabkan TB MDR. Penelitian menunjukkan ada beberapa faktor lain yang dapat menyebabkan MDR-TB termasuk diantaranya pasien TB yang menderita komorbid seperti DM (Manvelova, 2024).

Tuberkulosis adalah penyakit infeksi dengan mortalitas dan morbiditas tinggi di seluruh dunia. Prevalensi tuberkulosis paru (TB) masih tinggi di negara-negara berkembang, termasuk Indonesia. Sementara itu, diabetes mellitus (DM) diakui WHO sebagai penyakit epidemi global. Peningkatan prevalensi diabetes di area endemis tuberkulosis menjadikan beban ganda (*double burden*) aspek kesehatan di dunia (Fatimah & Harahap, 2021). Komorbiditas TB dengan penyakit tidak menular dan penyakit menular lainnya sangat umum terjadi di wilayah endemis TB. Untuk itu, upaya pengendalian TB memberikan peluang adanya eksplorasi kesamaan dalam rangka mengoptimalkan sinergi untuk menekan laju prevalensi TB Komorbid. Sinergi antara upaya pengendalian TB dengan PM dan PTM yang dapat dieksplorasi melalui berbagai upaya kesehatan masyarakat, seperti strategi promosi kesehatan, program skrining timbal balik, dan pengobatan terkoordinasi (Basu et al., 2020).

Tinjauan terhadap otopsi yang dilakukan terhadap pasien yang meninggal karena TB di London menunjukkan bahwa 35 dari 46 kasus mempunyai penyakit penyerta, yang terutama adalah infeksi virus hepatitis C dan HIV, kanker, penyakit kardiovaskular, dan penyakit penyerta lainnya. Diabetes melitus sendiri meningkatkan risiko TB aktif. Penderita TB dengan disertai DM ditemukan menjalani pengobatan dalam kondisi yang buruk. WHO dan gerakan internasional melawan TB dalam kerangka kegiatan kolaborasi pengobatan penyakit paru merekomendasikan skrining TB dan Diabetes melitus secara bersamaan. Kegiatan kolaboratif ini juga merekomendasikan pentingnya

penelitian yang akan mengarahkan lahirnya kebijakan kesehatan yang menggabungkan perawatan TB dan skrining diabetes pada penderita TB aktif atau penderita DM (Rupani & Vyas, 2023).

Komorbidity tuberculosis (TB) dan masalah kesehatan jiwa merupakan dua hal yang signifikan, karena hal ini secara negatif memengaruhi hasil pengobatan, kualitas hidup khususnya terkait kesehatan pasien TB, dan meningkatkan risiko kecacatan (World Health Organization (WHO), 2022b). Gangguan jiwa umum terjadi pada pasien dengan tuberculosis (TB), dan faktor-faktor seperti pendidikan rendah, jenis kelamin, dan pengangguran terkait dengan gangguan depresi dan kecemasan (Thungana et al., 2022)

Beberapa studi telah menyoroti tingginya prevalensi gangguan jiwa, seperti kecemasan dan depresi, pada individu dengan TB. Sebagai contoh, sebuah tinjauan sistematis dan meta-analisis melaporkan prevalensi 65,2% untuk komorbidity TB dan gangguan jiwa, dengan kecemasan dan depresi menjadi yang paling umum. Komorbidity TB dan gangguan jiwa terkait dengan hasil pengobatan yang buruk, kecacatan, dan tantangan dalam perilaku pencarian kesehatan serta penggunaan alkohol. Faktor-faktor seperti kemiskinan, tunawisma, dan gangguan penggunaan zat adalah faktor risiko bersama untuk TB dan gangguan jiwa. Mengintegrasikan layanan kesehatan jiwa dalam pengelolaan pasien TB sangat penting untuk meningkatkan hasil pengobatan dan mengatasi tantangan yang dihadapi oleh individu ini. Oleh karena itu, menangani komorbidity dan faktor risiko untuk TB, termasuk kondisi kesehatan jiwa, adalah komponen penting dari perawatan TB (World Health Organization, 2021).

Salah satu negara dengan beban TB tertinggi di dunia adalah Indonesia. Data profil kesehatan Indonesia melaporkan insidensi TB mencapai 316/100.000 penduduk di tahun 2018. Namun, ada penurunan jumlah kasus TB dari 568.987 di tahun 2019 menjadi 351.936 di tahun 2020. Tren penurunan ini disebabkan pandemi COVID-19 (O. B. Putri, 2022). ---WHO reports Kasus TB terbanyak ditemukan pada kelompok usia produktif, yaitu 45–54 tahun (17,3%), usia 25–34 tahun (16,8%), dan usia 15–24 tahun (16,7%) (Kemenkes RI, 2020).

Di lain sisi, International Diabetes Federation (IDF) pada tahun 2019 melaporkan Indonesia sebagai negara ke-7 dengan penderita DM terbanyak (Fatimah & Harahap, 2021). Sedangkan laporan riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan prevalensi DM secara keseluruhan pada penduduk dewasa di Indonesia mencapai 8,5% pada tahun 2018 (Saeedi et al., 2019);(O. B. Putri, 2022).

Tuberculosis (TB) dan diabetes mellitus (DM) adalah dua kondisi yang berbeda namun memiliki hubungan yang sudah diketahui. Keberadaan diabetes

meningkatkan risiko infeksi TB, dan sebaliknya (Bisht et al., 2023). Publikasi ilmiah telah menunjukkan adanya hubungan antara diabetes mellitus dan perkembangan penyakit tuberkulosis. Diabetes mellitus diduga dapat meningkatkan risiko terjadinya tuberkulosis dan reaktivasi tuberkulosis laten. Sementara itu, tuberkulosis sendiri pun memperburuk kontrol glikemik pada pasien diabetes (Adepoju et al., 2022).

Systematic review dan meta analisis pada tahun 2019 menganalisis semua studi kohort dan kasus-kontrol yang menyelidiki perbedaan hasil pengobatan TB di antara pasien TB-DM daripada pasien TB tanpa DM, yang melibatkan sejumlah sampel. Kesimpulan meta analisis ini menyebutkan bahwa DM dikaitkan dengan peningkatan risiko hasil pengobatan TB yang buruk, terutama kematian. DM pada penderita TB juga dapat meningkatkan risiko timbulnya MDR-TB primer (A. A. Starshinova et al., 2022).

Pada tahun 2011, WHO dan The International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD), telah mengeluarkan “Collaborative Framework for the Care and Control of Diabetes and Tuberculosis”, dengan salah satu kegiatan utama, yaitu bidirectional screening (skrining dua arah) untuk penyakit TB dan DM (Gröschel, 2019). Hasil penelitian yang dilakukan di Indonesia menemukan bahwa terdapat 14,8% kasus DM pada pasien TB yang diskринing. Penderita DM mempunyai risiko tiga kali lipat terkena penyakit TB dan kini terdapat lebih banyak orang dengan komorbiditas TB-DM dibandingkan TB-HIV koinfeksi (Departemen kesehatan RI, 2023; Souza et al., 2019)

Komorbiditas TB dan diabetes dapat mengakibatkan hasil pengobatan yang buruk, peningkatan mortalitas, dan risiko yang lebih tinggi untuk mengembangkan TB laten. Berikut beberapa poin kunci tentang hubungan antara TB dan diabetes:

1. Individu dengan diabetes memiliki tiga kali lipat lebih rentan terhadap infeksi TB, dan mereka memiliki risiko kematian yang lebih tinggi selama pengobatan TB serta hasil pengobatan yang buruk.
2. Prevalensi diabetes memengaruhi insiden TB dan mortalitas TB. Orang dengan diabetes memiliki risiko dua hingga tiga kali lipat terkena penyakit TB dan risiko dua kali lipat kematian selama pengobatan TB.
3. Pada tahun 2019, diperkirakan sedikit lebih dari 15% orang dengan TB di seluruh dunia memiliki diabetes, dibandingkan dengan 9,3% pada populasi dewasa umumnya (usia 20-79 tahun).
4. Pengelolaan hiperglikemia pada pasien TB bergantung pada faktor-faktor seperti usia, durasi diabetes, keberadaan komplikasi, dan disfungsi ginjal serta hati.

5. Perawatan terpadu dan berpusat pada pasien untuk orang dengan TB dan diabetes termasuk dalam Pilar 1 dari Strategi penyelesaian TB

Pada tahun 2020, diperkirakan 370.000 kasus TB baru dapat dikaitkan dengan diabetes. Infeksi TB laten yang tidak diobati dapat berkembang menjadi penyakit TB, dan penyakit TB, tanpa pengobatan, dapat berkembang dari sakit menjadi kematian (Kansal et al., 2015).

Fakta bahwa DM dapat memperburuk luaran terapi pasien TB dapat disebabkan oleh beberapa hal berikut (Purba & Manihuruk, 2023), (Marwansyah & Sholikhah, 2016):

1. Efek immunosupresif diabetes mellitus itu sendiri. Diabetes dapat menurunkan respons imun tubuh, baik untuk melawan infeksi tuberkulosis maupun mencegah rekurensi dan reaktivasi.
2. Komplikasi akibat diabetes, seperti stroke, penyakit jantung, dan gagal ginjal. Komplikasi ini tentunya dapat menyebabkan kematian saat pasien masih dalam pengobatan tuberkulosis.
3. Diabetes dapat mempengaruhi farmakokinetik obat anti tuberkulosis (OAT), sehingga menghambat/mengurangi aktivitas bakterisidalnya.
4. Pasien diabetes dengan gagal ginjal akan mengalami efektivitas OAT yang menurun. Hal ini karena dosis OAT harus disesuaikan untuk mencegah akumulasi obat, ataupun karena dilusi obat akibat hemodialisis.
5. Interaksi obat antara OAT (terutama rifampicin) dengan obat-obatan diabetes akan mengganggu kontrol glikemik, sehingga memperburuk luaran penanganan tuberkulosis pada pasien diabetes (Kementrian Kesehatan RI, 2015).

Tuberkulosis merupakan ancaman kesehatan yang serius, terutama bagi pengidap HIV. Tuberkulosis (TB) dan HIV/AIDS memiliki hubungan yang sudah diketahui. Individu yang terinfeksi HIV memungkinkan mengidap TB. Komorbiditas TB dan HIV/AIDS dapat mengakibatkan hasil pengobatan yang buruk, peningkatan mortalitas, dan risiko yang lebih tinggi untuk mengembangkan TB laten (Center for Disease Control and Prevention, 2016). HIV melemahkan sistem kekebalan tubuh, sehingga menjadi lebih sulit bagi tubuh untuk melawan kuman TB, dan orang dengan infeksi TB laten yang tidak diobati dan infeksi HIV jauh lebih mungkin untuk mengembangkan TB. Orang yang hidup dengan HIV lebih mungkin terkena penyakit TB dibandingkan orang lain. Di seluruh dunia, TB merupakan salah satu penyebab utama kematian pada orang yang hidup dengan HIV.

Tanpa pengobatan, seperti halnya infeksi oportunistik lainnya, HIV dan TB dapat bekerja sama untuk memperpendek umur.

1. Seseorang dengan infeksi TB laten dan infeksi HIV yang tidak diobati lebih besar kemungkinannya untuk terkena penyakit TB selama hidupnya dibandingkan seseorang tanpa infeksi HIV.
2. Di antara orang dengan infeksi TB laten, infeksi HIV merupakan faktor risiko terkuat yang diketahui untuk berkembang menjadi penyakit TB.
3. Seseorang yang mengidap infeksi HIV dan penyakit TB memiliki kondisi terdefinisi AIDS.

Orang yang terinfeksi HIV yang juga menderita infeksi TB laten atau penyakit TB dapat diobati secara efektif. Langkah pertama adalah memastikan bahwa orang yang hidup dengan HIV dites untuk infeksi TB. Jika ditemukan menderita infeksi TB, diperlukan pemeriksaan lebih lanjut untuk menyingkirkan penyakit TB. Langkah selanjutnya adalah memulai pengobatan infeksi TB laten atau penyakit TB berdasarkan hasil tes. Infeksi TB laten yang tidak diobati dapat dengan cepat berkembang menjadi penyakit TB pada ODHA karena sistem kekebalan tubuh sudah melemah dan tanpa pengobatan, penyakit TB dapat berkembang dari sakit hingga kematian. Untungnya, ada sejumlah pilihan pengobatan bagi orang dengan HIV yang juga menderita infeksi TB laten atau penyakit TB.

HIV melemahkan respons sistem kekebalan tubuh terhadap TB melalui beberapa mekanisme:

1. Respon kekebalan yang terganggu: HIV menghambat respon kekebalan terhadap TB, memudahkan bakteri tersebut bertahan hidup dan berkembang biak di dalam tubuh inang. HIV melemahkan sistem kekebalan dengan menargetkan sel CD4⁺ T, yang memainkan peran krusial dalam respons kekebalan terhadap TB (Komrower & Thillai, 2015).
2. Peningkatan kerentanan terhadap TB: Kerentanan yang meningkat pada individu yang terinfeksi HIV terhadap TB menunjukkan bahwa sel T CD4 adalah faktor pelindung dalam respons kekebalan terhadap TB. Efek imunologis khas dari HIV terjadi pada jumlah sel CD4, dan risiko TB meningkat pada individu yang terinfeksi HIV bahkan dalam beberapa tahun pertama setelah infeksi HIV.
3. Fungsi makrofag terganggu: HIV memiliki efek signifikan pada sel sistem kekebalan bawaan, khususnya makrofag, yang sangat penting dalam melawan infeksi TB. Model eksperimen *in vitro* dari koinfeksi HIV-TB telah

menunjukkan bahwa HIV dapat mengganggu fungsi makrofag, memudahkan bertahan hidup dan berkembang biaknya bakteri TB.

4. Disfungsi limfosit sitotoksik: Infeksi HIV-1 terkait dengan fungsi yang terganggu dari limfosit sitotoksik, terutama memengaruhi sel-sel yang menghubungkan sistem kekebalan bawaan dan sistem kekebalan yang didapat (misalnya, sel NK dan iNKT). Disfungsi ini dapat berkontribusi pada kerentanan yang meningkat pada individu yang terinfeksi HIV terhadap TB.
5. Hilangnya cepat sel T CD4+: TB telah dilaporkan memperburuk infeksi HIV, menyebabkan kehilangan cepat sel T CD4+ dan peningkatan risiko progresi HIV (Pawlowski et al., 2012). Dalam koinfeksi HIV-TB, infeksi TB dapat memfasilitasi replikasi HIV dan mempercepat progresi dari infeksi HIV ke AIDS (Komrower & Thillai, 2015).

Secara keseluruhan, HIV melemahkan respons sistem kekebalan tubuh terhadap TB dengan mengganggu respon kekebalan, meningkatkan kerentanan terhadap TB, merusak fungsi makrofag, dan menyebabkan disfungsi pada limfosit sitotoksik. Respon kekebalan yang melemah ini berkontribusi pada peningkatan risiko TB pada individu yang terinfeksi HIV dan percepatan progresi kedua infeksi tersebut.

1.1.1.3 Tinjauan Mengenai Dukungan Sosial

Dukungan sosial adalah suatu interaksi antara individu dengan orang lain yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar individu yang meliputi kebutuhan untuk dicintai, dihargai, serta adanya kebutuhan akan rasa aman sehingga memperoleh kebahagiaan. Perasaan sosial dasar yang dibutuhkan individu secara terus menerus yang dipuaskan melalui interaksi dengan orang lain. Dukungan sosial sebagai sumber emosional, informasional atau pendampingan yang diberikan oleh orang-orang disekitar individu untuk menghadapi setiap permasalahan dan krisis yang terjadi sehari-hari dalam kehidupan. Sarafino, mendefinisikan dukungan sosial sebagai kenyamanan, perhatian, ataupun bantuan yang diterima individu dari orang lain, dimana orang lain disini bisa berarti individu secara perorangan ataupun kelompok. Ia membedakan lima jenis dukungan sosial yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instruksi, dukungan informasi, dan dukungan jaringan sosial (Imelda Derang et al., 2024).

Sarason menyatakan bahwa dukungan sosial adalah adanya transaksi interpersonal yang ditunjukkan dengan memberikan bantuan pada individu lain, dimana bantuan itu umumnya diperoleh dari orang yang berarti bagi individu yang bersangkutan. Dukungan sosial dapat berupa pemberian informasi, bantuan tingkah laku, ataupun materi yang didapat dari hubungan sosial akrab

yang dapat membuat individu merasa diperhatikan, bernilai, dan dicintai. Dukungan sosial sebagai salah satu fungsi pertalian sosial yang menggambarkan tingkat dan kualitas umum dari hubungan interpersonal yang akan melindungi individu dari konsekuensi stres. Dukungan sosial yang diterima dapat membuat individu merasa tenang, diperhatikan, timbul rasa percaya diri dan kompeten. Tersedianya dukungan sosial akan membuat individu merasa dicintai, dihargai dan menjadi bagian dari kelompok. Berdasarkan uraian dari beberapa pendapat para ahli tersebut dapat disimpulkan bahwa dukungan sosial adalah dukungan atau bantuan yang berasal dari orang yang memiliki hubungan sosial akrab dengan individu yang menerima bantuan. Adapun bentuk dukungannya dapat berupa informasi, tingkah laku tertentu, ataupun materi yang dapat menjadikan individu yang menerima bantuan merasa disayangi, diperhatikan dan bernilai. (Hutten et al., 2021);(Chen, Xu, et al., 2021a).

Pendapat senada juga diungkapkan oleh Sarason yang menyatakan bahwa dukungan sosial adalah adanya transaksi interpersonal yang ditunjukkan dengan memberikan bantuan pada individu lain, dimana bantuan itu umunya diperoleh dari orang yang berarti bagi individu yang bersangkutan (Cao & Burton, 2022). Dukungan sosial dapat berupa pemberian informasi, bantuan tingkah laku, ataupun materi yang didapat dari hubungan sosial yang dapat membuat individu merasa diperhatikan, bernilai, dan dicintai (Husna & Choliq, 2020).

Secara spesifik menurut pendekatan Wangmuba, dukungan sosial merupakan komponen penting bagi pasien TB, khususnya yang memiliki komorbiditas. Dukungan sosial dapat membantu meningkatkan hasil terapi, mengurangi stres pikiran, dan meningkatkan kualitas hidup pasien secara keseluruhan. Sumber dukungan sosial menurut Wangmuba meliputi keluarga, teman, dan komunitas lokal. Wangmuba membagi sumber dukungan sosial menjadi dukungan sosial alami dan dukungan sosial buatan. Dukungan sosial alami meliputi dukungan emosional, dukungan instruksi, dukungan informasional, dan dukungan penghargaan. Sedangkan dukungan sosial buatan meliputi dukungan profesional dan dukungan organisasional (Simunati et al., 2022). Cohen & Syme (1985) mengklasifikasikan dukungan sosial dalam 4 kategori yaitu :

1. Dukungan informasi, yaitu memberikan penjelasan tentang situasi dan segala sesuatu yang berhubungan dengan masalah yang sedang dihadapi individu. Dukungan ini, meliputi memberikan nasihat, petunjuk, masukan atau penjelasan bagaimana seseorang bersikap.
2. Dukungan emosional, yang meliputi ekspresi empati misalnya mendengarkan, bersikap terbuka, menunjukkan sikap percaya terhadap apa yang dikeluhkan, mau memahami, ekspresi kasih sayang dan

perhatian. Dukungan emosional akan membuat si penerima merasa berharga, nyaman, aman, terjamin, dan disayangi.

3. Dukungan instruksi adalah bantuan yang diberikan secara langsung, bersifat fasilitas atau materi misalnya menyediakan fasilitas yang diperlukan, meminjamkan uang, memberikan makanan, permainan atau bantuan yang lain.
4. Dukungan appraisal atau penilaian, dukungan ini bisa terbentuk penilaian yang positif, penguatan (pembenaran) untuk melakukan sesuatu, umpan balik atau menunjukkan perbandingan sosial yang membuka wawasan seseorang yang sedang dalam keadaan stres. Menurut Sheridan & Radmacher menyatakan bahwa dukungan sosial merupakan transaksi interpersonal yang melibatkan aspek- aspek informasi, perhatian emosi, penilaian dan bantuan instruksi (Yuliana et al., 2018).

Menurut Wangmuba (2009) dukungan sosial mencakup dukungan informasi berupa saran nasihat, dukungan perhatian atau emosi berupa kehangatan, kepedulian dan empati, dukungan instruksi berupa bantuan materi atau finansial dan penilaian berupa penghargaan positif terhadap gagasan atau perasaan orang lain. Menurut House, dukungan sosial diklasifikasikan menjadi 4 jenis yaitu (Silvana Wara Mustika, 2019);

1. Dukungan emosional

Dukungan ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap orang bersangkutan.

2. Dukungan Penghargaan

Terjadi lewat ungkapan hormat atau penghargaan positif untuk orang lain itu, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan perasaan individu dan perbandingan positif orang dengan orang lain misalnya orang itu kurang mampu atau lebih buruk keadaannya atau menambah harga diri.

3. Dukungan Nyata

Mencakup bantuan langsung misalnya dengan memberi pinjaman uang kepada orang yang membutuhkan atau menolong dengan memberi pekerjaan pada orang yang tidak punya pekerjaan.

4. Dukungan Informatif

Mencakup pemberian nasihat, saran, pengetahuan, informasi serta petunjuk.

Menurut WHO (1969) keluarga adalah kumpulan anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan.

Sedangkan menurut Raisner (1980), Keluarga adalah sebuah kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih yang masing-masing mempunyai hubungan kekerabatan yang terdiri dari bapak, ibu, adik, kakak dan nenek. Sebagaimana menurut Logan's (1980), keluarga adalah sebuah sistem sosial dan kumpulan dari beberapa komponen yang saling berinteraksi satu dengan yang lainnya.

Keluarga adalah orang-orang terdekat yang mempunyai potensi sebagai sumber dukungan dan senantiasa bersedia untuk memberikan bantuan dan dukungannya ketika individu membutuhkan. Keluarga sebagai suatu sistem sosial, mempunyai fungsi-fungsi yang dapat menjadi sumber dukungan utama bagi individu, seperti membangkitkan perasaan memiliki antara sesama anggota keluarga, memastikan persahabatan yang berkelanjutan dan memberikan rasa aman bagi anggota-anggotanya. Dalam sosiologi keluarga, berbagai bentuk keluarga digolongkan menjadi dua bagian besar yaitu bentuk tradisional atau keluarga inti dan non tradisional atau sebagai bentuk normatif dan non normatif serta bentuk keluarga varian. Keluarga inti (keluarga batih) merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang mempunyai fungsi-fungsi tertentu, keluarga inti lazimnya terdiri dari suami/ayah, istri/ibu, dan anak-anak yang belum menikah (Fatarona, 2018).

Bentuk keluarga Tradisional Nuclear/Keluarga Inti merupakan bentuk keluarga tradisional yang dianggap paling ideal. Keluarga inti adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak, tinggal dalam satu rumah, dimana ayah adalah pencari nafkah dan ibu sebagai ibu rumah tangga. Sedangkan keluarga non tradisional meliputi bentuk-bentuk keluarga yang sangat berbeda satu sama lain, baik dalam struktur maupun dinamikanya, meskipun lebih memiliki persamaan satu sama lain dalam hal tujuan dan nilai daripada keluarga inti tradisional (Ayuningtyas et al., 2018), (Anita, 2021). Harga diri dapat meningkat, depresi dan kecemasan dapat dihilangkan dengan penerimaan yang tulus dari sahabat karib. Proses yang ketiga adalah integrasi sosial. Menjadi bagian dalam suatu aktivitas waktu luang yang kooperatif dan diterimanya seseorang dalam suatu kelompok sosial dapat menghilangkan perasaan kesepian dan menghasilkan perasaan sejahtera serta memperkuat ikatan sosial (Tetrapoik et al., 2020).

Menurut WHO (1980) sumber dukungan sosial ada 3 level yaitu :

- a. Level Primer: anggota keluarga dan sahabat
- b. Level Sekunder: teman, kenalan, tetangga, dan rekan kerja.
- c. Level Tersier : Instansi dan petugas kesehatan, termasuk perawat.

1.1.1.4 Tinjauan Mengenai Spiritual support

Spiritual adalah sesuatu yang berhubungan dengan spirit, semangat untuk mendapatkan keyakinan, harapan dan makna hidup (Sapriyanti, 2020). Spiritualitas adalah pencarian pribadi untuk memahami jawaban sebagai tujuan akhir dalam hidup, tentang makna, dan tentang hubungan suci atau transenden, yang mana (atau mungkin juga tidak) memimpin atau bangun dari perkembangan ritual keagamaan dan bentukan komunitas. Spiritual merupakan hal yang diakui pengaruhnya dalam dimensi kesehatan dan kesejahteraan. Banyaknya definisi tentang spiritualitas kadang menimbulkan makna ambigu dalam penerjemahan makna dari spiritualitas. Spiritualitas tidak selalu berkaitan dengan agama tetapi agama adalah dianggap sebagai bentuk spesifik dari spiritualitas, Sedangkan dalam keperawatan tradisional diartikan bahwa spiritualitas adalah berakar pada pengalaman beragama dan hubungan *transeden* dengan Tuhan. Manusia sebagai makhluk spiritual mempunyai hubungan dengan kekuatan di luar dirinya, hubungan dengan Tuhannya dan mempunyai keyakinan dalam hidupnya. Spiritual support bermakna bantuan yang diberikan individu atau keluarga untuk memelihara atau menjaga kepercayaan (*faith*) serta menerapkan keyakinan mereka dalam kehidupan sehari-hari.

Kecemasan dan depresi harus dicegah, dan ada aspek setiap pasien yang dapat digunakan sebagai sumber mengatasi stres karena penyakit yaitu aspek spiritual. Spiritualitas diakui sebagai dimensi jiwa kehidupan yang dapat memberikan kontribusi positif terhadap kesehatan dan kesejahteraan pasien serta dalam menghadapi penyakit dan penyakit. Pemahaman spiritualitas dalam keperawatan dapat dimulai dengan pengakuan dimensi ini sebagai bagian dari kehidupan manusia global. konteks asuhan keperawatan holistik. Spiritualitas mewakili konsep yang luas, sering kali digambarkan sebagai komponen subjektif dan multidimensi dalam diri manusia (Tavares et al., 2022)

Beberapa penelitian membuktikan bahwa spiritual dapat mengurangi gejala depresi pasien dengan penyakit kronis. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Etnyre, et al., menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat kerohanian, maka semakin rendah tingkat kecemasan (Melastuti & Sri Wahyuningsih, 2023). Bentuk aktivitas spiritual antara lain: melakukan hal-hal yang berhubungan dengan beribadah (berdoa, pergi ke tempat beribadah, berpuasa, berdoa bersama atau pengajian, membaca kitab suci atau Al-Qur'an dan lain-lain). Dukungan keluarga dalam hal ini adalah mendorong penderita untuk patuh minum obatnya, menunjukkan simpati dan kepedulian, serta tidak menghindari penderita dari penyakitnya. Spiritual support juga dapat meringankan kondisi psikologis pasien seperti takut, syok, putus asa, marah, cemas, dan depresi. Kekuatan spiritual seseorang yang rendah dapat

menimbulkan permasalahan psiko-sosial di bidang kesehatan. Selain itu, melalui spiritual support yang baik akan mampu meningkatkan kepatuhan minum obat pasien TB (Putri Handini et al., 2020).

Kesejahteraan spiritual yang baik ditandai dengan seseorang memiliki hubungan yang harmonis dengan diri sendiri, harmonis dengan komunitas/orang lain, harmonis dengan lingkungan, dan hubungan yang harmonis dengan Tuhan. Kozier mengemukakan bahwa setiap orang memiliki dimensi spiritual dan semua memiliki kebutuhan yang mencerminkan spiritualitas mereka, beberapa contoh kebutuhan spiritual yaitu kebutuhan akan cinta, harapan, kepercayaan, memaafkan dan maafkan, dihormati dan dihargai, kebutuhan akan martabat, makna hidup secara utuh, kebutuhan akan nilai, kreativitas, berhubungan dengan Tuhan, dan menjadi anggota komunitas (Husaeni & Haris, 2020). Aspek spiritual yang dapat digunakan sebagai sumber mengatasi stres karena penyakit kronis meliputi :

1. Berdoa: Berdoa dapat membantu pasien mengendalikan emosi dan merasa menderita akibat penyakit tersebut (Prayitno, 2017).
2. Berzikir: Berzikir dapat membantu pasien mengendalikan emosi dan merasa menderita akibat penyakit tersebut.
3. Amalan ibadah: Amalan ibadah dapat membantu pasien mengendalikan emosi dan merasa menderita akibat penyakit tersebut.

Penelitian juga menunjukkan bahwa terapi spiritual dapat membantu pasien mengendalikan emosi dan merasa menderita akibat penyakit tersebut. Terapi spiritual dapat membantu pasien mengendalikan emosi dan merasa menderita akibat penyakit tersebut dengan cara yang fleksibel, preferatif, kreatif, dan rehabilitasi.

Krause (Krause et al., 2001) menjelaskan 3 komponen yang terdapat pada *spiritual support* (Nahar, 2018). Komponen-komponenn tersebut yaitu:

1. *Rituals support and faith*

Rituals support and faith merupakan dukungan untuk mempertahankan dan memperdalam kepercayaan, serta untuk menerapkan keyakinan agama dalam kehidupan sehari-hari. *Rituals support and faith* dapat diwujudkan dengan cara mengingatkan untuk selalu berdoa, beribadah, dan membaca kitab suci serta memberikan dukungan berupa penyediaan fasilitas-fasilitas keagamaan baik berupa barang maupun informasi. Komponen ini dapat memberikan mekanisme koping positif bagi keluarga maupun individu yang mengalami krisis.

2. *Emotional support*

Emotional support merupakan pemberian dukungan dalam pemenuhan rasa nyaman dan rasa diterima di komunitas, seperti sikap empati dan simpati yang diberikan kepada keluarga yang terkena musibah dan berbagi cerita mengenai masalah yang ada. Seseorang yang mempunyai rasa keterikatan tinggi dengan suatu kelompok akan saling mendapat maupun memberi dukungan dan bantuan.

3. *Meaning of life*

Meaning of life memiliki fungsi sebagai pemahaman arti dari kehidupan serta untuk selalu berprasangka baik terhadap takdir atau selalu optimis dalam menjalani hidup. Komponen ini berhubungan dengan dimensi Yang Maha Kuasa (Tuhan). Ibu hamil diharapkan mampu memahami hikmah dari setiap peristiwa hidup yang dialami, sehingga tercipta sudut pandang yang lebih luas tentang kehidupan. *Spiritual support* bisa pasien peroleh dari berbagai sumber seperti dari keluarga yakni suami/istri, anggota keluarga lain, perawat, rohaniawan, komunitas keagamaan, dan Tuhan (Minarni et al., 2024).

Agama merupakan sumber kenyamanan emosional bagi partisipan, membantu mereka mengelola stres dan kecemasan (Febi et al., 2021a). Ritual, doa, dan keyakinan pada kekuatan yang lebih tinggi dipandang sebagai sesuatu yang menghibur dan menenangkan selama masa ketidakpastian atau ketakutan (Simunati et al., 2022); (Saleem & Majeed, 2023). Banyak partisipan melaporkan bahwa praktik keagamaan mereka memberi mereka rasa damai, mengurangi tekanan emosional mereka secara keseluruhan, dan meningkatkan ketahanan emosional mereka. Peran komunitas keagamaan juga disorot sebagai hal yang krusial dalam memberikan dukungan sosial (Barik et al., 2020). Banyak partisipan menyebutkan bahwa komunitas keagamaan mereka menyediakan jaringan orang-orang yang tidak hanya menawarkan dukungan emosional tetapi juga bantuan praktis, seperti bantuan untuk tugas sehari-hari atau menemani mereka ke janji temu medis. Dukungan berbasis komunitas ini dipandang sebagai komponen penting dari pemulihan dan kesejahteraan emosional mereka (Alinaitwe et al., 2025; Gyimah & Dako-Gyeke, 2019). Namun, penelitian yang dilakukan oleh Bos dkk. menemukan bahwa hasil penelitian tidak menunjukkan perbedaan antar kelompok terkait tingkat keparahan kecemasan dari waktu ke waktu (Bos et al., 2024). Hal yang sama juga ditemukan oleh Mancini dkk. Koping religius positif tidak terlibat dalam mediasi tersebut (Mancini et al., 2023). Meski demikian, penelitian di atas baru dilakukan pada populasi penderita TB tanpa komorbiditas.

1.1.1.5 Tinjauan Mengenai Budaya

Kebudayaan adalah suatu pola gagasan, adat istiadat, dan perilaku yang dimiliki bersama oleh suatu orang atau masyarakat tertentu. Hal ini terus berkembang. Kecepatan evolusi budaya bervariasi. Hal ini meningkat ketika suatu kelompok bermigrasi dan memasukkan komponen budaya baru ke dalam budaya asal mereka. Anak-anak sering kali kesulitan berada di 'antara budaya' – menyeimbangkan budaya lama dan budaya baru. Mereka pada dasarnya berasal dari keduanya, sedangkan orang tua mereka sering kali sebagian besar berasal dari budaya 'lama'. Salah satu cara berpikir mengenai budaya adalah apakah budaya tersebut bersifat 'kolektifis' atau 'individualis' (Husaeni & Haris, 2020). Mengetahui perbedaannya dapat membantu profesional kesehatan dalam mendiagnosis dan merancang rencana pengobatan yang mencakup kelompok yang lebih besar atau lebih kecil. Pengaruh budaya terhadap kesehatan sangat besar. Hal ini mempengaruhi persepsi terhadap kesehatan, penyakit dan kematian, keyakinan tentang penyebab penyakit, pendekatan terhadap promosi kesehatan, bagaimana penyakit dan rasa sakit dialami dan diungkapkan, di mana, kapan dan bagaimana pasien mencari pertolongan, dan jenis pengobatan yang disukai pasien. Budaya dapat mempengaruhi status sosio-ekonomi dan dengan demikian menentukan mekanisme atau respons psikososial. Baik profesional kesehatan maupun pasien dipengaruhi oleh budaya masing-masing (Matthews, 2017).

Keyakinan dan praktik budaya dapat secara signifikan memengaruhi kesehatan mental pasien TB. Salah satu faktor yang menentukan kondisi kesehatan masyarakat adalah perilaku kesehatan masyarakat itu sendiri. Dimana proses terbentuknya perilaku ini dipengaruhi oleh beberapa faktor. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi status kesehatan menurut Bloom yaitu; lingkungan yang terdiri dari lingkungan fisik, sosial budaya, ekonomi, perilaku, keturunan, dan pelayanan kesehatan. Selanjutnya Bloom menjelaskan, bahwa lingkungan sosial budaya tersebut tidak saja mempengaruhi status kesehatan, tetapi juga mempengaruhi perilaku kesehatan. Derajat Kesehatan Menurut Hendrik L Blum merupakan salah satu teori yang menjelaskan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan. Secara umum, derajat kesehatan individu atau masyarakat merupakan penggabungan dari beberapa faktor dari dalam (internal) dan faktor luar (eksternal). Faktor internal terdiri dari faktor psikis dan fisik. Sedangkan faktor eksternal meliputi faktor budaya ekonomi, politik, lingkungan fisik dan lain sebagainya (Corso et al., 2022).

Hingga saat ini, TB tetap menjadi penyakit yang sangat distigmatisasi dalam banyak budaya. Hal ini menyebabkan adanya isolasi sosial, penolakan, dan pengecualian dari komunitas. Stigma ini dapat memperburuk gangguan kesehatan mental di antara pasien TB. Keyakinan budaya terkait dengan

miskonsepsi dan mitos tentang TB, seperti tidak dapat disembuhkan atau bersifat keturunan, dapat menyumbang pada stigma dan memengaruhi kesejahteraan mental pasien TB. Dengan beban ini, sorang pasien TB terlebih dengan penyakit penyerta yang ia alami, akan semakin menjauhkannya dari pergaulan komunitas. Sejumlah norma dan keyakinan yang ada di tengah-tengah masyarakat dapat menyebabkan mereka menghindar dan melakukan isolasi sosial pada penderita TB Komorbid. Tentu saja, ini dapat meningkatkan risiko gangguan kesehatan mental di antara pasien TB (Yetti R. et al., 2023).

1.1.1.6 Tinjauan Mengenai Literasi Kesehatan

Health literacy adalah “sejauh mana individu (dapat) memperoleh, memproses, dan memahami informasi dan layanan kesehatan dasar yang diperlukan untuk membuat keputusan kesehatan yang tepat. Definisi *health literacy* ini mengandung dua elemen penting: kemampuan individu untuk (1) memahami informasi kesehatan, dan (2) membuat keputusan yang tepat informasi kesehatan. *Health literacy* berkembang dari dua perspektif berbeda dari perawatan klinis dan kesehatan masyarakat. Perspektif klinis memposisikan *health literacy* sebagai faktor penyebab yang mempengaruhi hasil kesehatan (Penaloza et al., 2019).

Dari perspektif ini, *health literacy* yang buruk mempengaruhi kepatuhan penderita terhadap rekomendasi, yang mempengaruhi hasil klinis. Sebaliknya, perspektif kesehatan masyarakat menempatkan *health literacy* sebagai bagian penting dan krusial. Menurut Nutbeam (2000) *health literacy* merupakan hasil dari konsep pendidikan kesehatan dan komunikasi kesehatan melalui pendekatan perilaku yang bertujuan untuk memodifikasi gaya hidup dan mencapai kesadaran baik individu maupun masyarakat dalam bertindak untuk mengatasi masalah kesehatan. *Health literacy* meningkatkan keterampilan pribadi, kognitif dan sosial yang menentukan kemampuan individu untuk mendapatkan akses, memahami, dan menggunakan informasi untuk mempromosikan dan menjaga kesehatan yang baik. Ini termasuk hasil-hasil seperti peningkatan pengetahuan dan pemahaman tentang faktor-faktor penentu kesehatan, dan perubahan sikap dan motivasi dalam kaitannya dengan perilaku kesehatan, serta peningkatan *self efficacy* dalam kaitannya dengan tugas-tugas yang ditentukan. Konsep *health literacy* melibatkan kemampuan individu dalam hal menulis, membaca, berbicara, berhitung serta pengetahuan budaya dan konseptual. Kemampuan individu ini berinteraksi dengan sistem pelayanan kesehatan, sistem pendidikan serta berbagai faktor sosial budaya di tempat tinggal, tempat kerja dan masyarakat. Area–area inilah yang dapat menjadi titik intervensi dalam *health literacy* yang pada akhirnya akan mempengaruhi status kesehatan serta biaya kesehatan (Chauhan et al., 2024; Tech et al., 2021).

Beberapa pendekatan konsep *health literacy* dikembangkan pada akhir dekade. Sørensen *et al.*, meninjau definisi dan model literasi kesehatan dan mengembangkan model konseptual terintegrasi literasi kesehatan yang berupaya menjembatani kesenjangan antara model literasi “medis” dan “kesehatan masyarakat”. Model berguna dalam memberikan pandangan tingkat makro tentang domain dan konteks di mana literasi kesehatan beroperasi dan keduanya mendukung dan melengkapi kerangka kerja konseptual *health literacys* (Tech *et al.*, 2021).

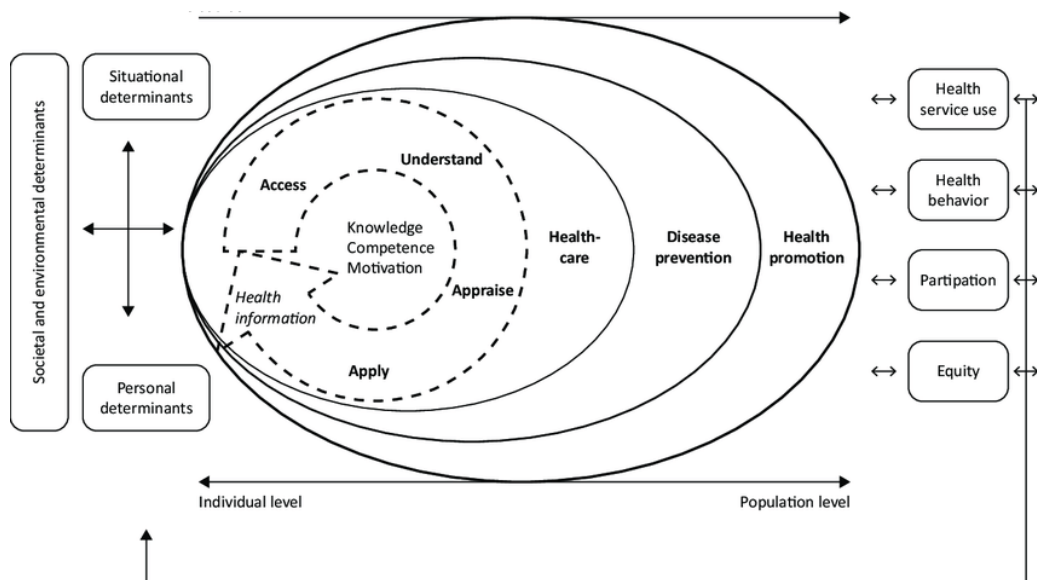
Kerangka kerja *health literacy* menggambarkan secara lebih rinci bagaimana seseorang dapat merespons rangsangan yang mempengaruhi kesehatan dan mengidentifikasi jalur yang dapat diuji secara empiris. Model menggabungkan konseptual model yang menguraikan dimensi utama *health literacy* (dipresentasikan dalam bentuk oval yang kosentris), model logis menunjukkan bahwa faktor proksimal dan distal yang mempengaruhi *health literacy*, serta jalur yang menghubungkan *health literacy*, dan hasil kesehatan (health outcomes). Menurut (Sørensen *et al.*, 2012a) konsep *Health literacy* sangat luas dan dipengaruhi oleh beberapa determinan :

1. Determinan personal yang meliputi usia, jenis kelamin, ras, status sosial ekonomi, pendidikan, pekerjaan dan pendapatan
2. Determinan masyarakat dan lingkungan meliputi, kondisi demografi, kebudayaan, bahasa dan sistem masyarakat
3. Determinan *Situational* meliputi dukungan keluarga maupun relasi. Selain beberapa determinan tersebut, akses informasi kesehatan juga mempengaruhi kemampuan seseorang untuk mendapatkan informasi dan edukasi kesehatan dari penyedia layanan kesehatan.

Menurut Sørensen *et al.*, (2012b) literasi kesehatan memerlukan pengetahuan, motivasi dan kompetensi untuk:

1. Mengakses, yang mengacu pada kemampuan untuk mencari, menemukan dan memperoleh informasi kesehatan yang diakses b. Memahami, yang mengacu pada kemampuan untuk memahami informasi kesehatan yang diakses
2. Menilai, yakni menggambarkan kemampuan untuk menafsirkan, menyaring, menggunakan dan mengevaluasi informasi kesehatan yang diakses
3. Menerapkan, yang mengacu pada kemampuan untuk berkomunikasi dan menggunakan informasi kesehatan yang telah diakses.

Health literacy akan berpengaruh pada perilaku kesehatan dan penggunaan pelayanan kesehatan yang kemudian akan berdampak pada *outcome* kesehatan dan biaya kesehatan. Pada level daerah, tingkat kemampuan literasi seseorang akan meningkatkan partisipasi di dalam masyarakat itu sendiri, meningkatkan kemandirian dan pemberdayaan, sehingga tercipta perubahan kesehatan masyarakat yang lebih baik (Sørensen *et al.*, 2012a)



Gambar 1.3 Health Literacy Menurut Sørensen et al., 2012a, (Faiola et al., 2023)

Beberapa intervensi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan literasi kesehatan pada keluarga dan pasien TB komorbid antara lain:

1. Intervensi yang ditargetkan: Ada kebutuhan mendesak untuk melaksanakan intervensi yang ditargetkan untuk memberikan edukasi kepada populasi rentan, seperti suku Saharia di India Tengah, guna meningkatkan pencegahan, diagnosis, dan pengobatan TB yang lebih baik (Barik et al., 2020).
2. Melibatkan Anggota Masyarakat Berpengaruh: Untuk membubarkan mitos dan mengatasi keyakinan tentang TB, perlu melibatkan anggota masyarakat berpengaruh, karena mereka dapat memainkan peran kritis dalam meningkatkan kesadaran dan penerimaan terhadap inisiatif pengobatan TB (Ramos et al., 2023).

3. Meningkatkan Kesadaran Umum: Meningkatkan kesadaran umum tentang kebersihan dan perilaku sehat sangat penting untuk mencegah dan mengobati TB. Individu dengan literasi kesehatan rendah mungkin kesulitan memahami dan bertindak terhadap kesehatan, bahkan jika mereka memiliki akses ke sumber dayanya.
4. Pendekatan Perawatan Berpusat pada Pasien: Pendekatan perawatan berpusat pada pasien, yang memprioritaskan kebutuhan, preferensi, dan nilai-nilai pasien, harus ditekankan untuk memberdayakan pasien TB agar secara aktif terlibat dalam keputusan pengobatan mereka. Hal ini dapat membantu mencapai kepatuhan yang baik dan hasil pengobatan yang lebih baik (Sveinbjornsdottir et al., 2024).
5. Media Audio-Visual: Ketidakmampuan membaca dapat menyebabkan penurunan literasi kesehatan, yang berakibat pada kepatuhan yang buruk. Oleh karena itu, perlu adanya lebih banyak media audio-visual, dengan fokus untuk mencapai orang-orang yang tidak bisa membaca.
6. Platform Skrining Bidireksional: Membangun platform skrining bidireksional dalam program perawatan tuberkulosis dan meningkatkan dukungan pengelolaan diri sangat penting untuk meningkatkan kapasitas pasien (Rakpaitoon et al., 2022).

Intervensi-intervensi ini dapat membantu meningkatkan literasi kesehatan di kalangan pasien TB Komorbid, terutama bagi mereka yang rentan atau memiliki literasi kesehatan rendah. Adapun tantangan dalam meningkatkan literasi kesehatan di kalangan pasien TB Komorbid termasuk:

1. Pendidikan Rendah: Literasi kesehatan rendah umum terjadi di kalangan mereka yang memiliki tingkat pendidikan rendah, imigran, lanjut usia, dan kelompok minoritas etnis dan ras, yang dapat menghambat pemahaman mereka tentang TB dan pengelolaannya.
2. Faktor Sosioekonomi: Status sosioekonomi terbukti menjadi penentu signifikan dari literasi kesehatan, dengan peserta yang tinggal dalam kemiskinan memiliki skor literasi kesehatan rendah, meningkatkan risiko hasil kesehatan buruk dan penggunaan obat yang tidak tepat (Penaloza et al., 2019).
3. Alat Terbatas yang Disesuaikan: Alat literasi kesehatan yang ada mungkin tidak dirancang khusus untuk pasien TB, yang memerlukan pemahaman tentang konsep, pengobatan, dan pengelolaan TB. Kekurangan alat yang disesuaikan ini dapat menghambat penilaian dan peningkatan literasi kesehatan di kalangan pasien TB.

4. Pendidikan dan Komunikasi Pasien yang Kurang Memadai: Terdapat kesenjangan dalam literasi kesehatan terkait informasi tentang kepatuhan pengobatan TB, menunjukkan bahwa pasien mungkin tidak sepenuhnya memahami proses pengobatan TB dan pentingnya peran mereka dalam kepatuhan pengobatan. Hal ini menyoroti perlunya strategi komunikasi yang lebih efektif dan berpusat pada pasien.
5. Hambatan Budaya dan Sosial: Tingkat literasi kesehatan yang rendah, yang menyebabkan informasi penyakit yang tidak memadai, stigma, diskriminasi, dan kerentanan sosioekonomi, dapat menghambat akses ke barang-barang penting dan meningkatkan kompleksitas pengelolaan TB (Ramos et al., 2023).

Mengatasi tantangan-tantangan ini memerlukan intervensi yang bertarget pada peningkatan pendidikan pasien, dan pengembangan alat literasi kesehatan yang sensitif secara budaya dan disesuaikan untuk efektif meningkatkan literasi kesehatan di kalangan pasien TB.

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar setiap manusia dan juga merupakan hal yang sangat penting bagi manusia. Karena jika kesehatan tidak baik, maka manusia tersebut akan sulit dalam melaksanakan aktivitas sehari-harinya. Kesehatan terdiri dari tiga aspek yaitu fisik, jiwa, dan social. World Health Organization (WHO) menyebutkan bahwa sehat merupakan suatu kondisi di mana kondisi fisik, jiwa, sosial dan kesejahteraan sosial dalam keadaan sehat dan terbebas dari penyakit apapun itu (Kementerian Kesehatan RI, 2019);(Chua et al., 2022).

Menurut WHO, kesehatan jiwa adalah kondisi sejahtera yang disadari individu yang di dalamnya terdapat kemampuan untuk mengelola stress dalam hidup secara wajar, bekerja secara produktif, serta mampu berperan serta di dalam komunitas pergaulannya (Ramaswamy et al., n.d.). Pembangunan kesehatan merupakan salah satu upaya untuk memenuhi hak dasar manusia dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Sehingga hal tersebut menjadi fokus perhatian mengingat bahwa remaja merupakan generasi penerus dan perjuangan bangsa (Yusuf et al., 2022). Oleh sebab itu upaya kesehatan pada remaja harus ditingkatkan dalam rangka meningkatkan kualitas sumber daya manusia (Zhang et al., 2020).

Kesehatan jiwa atau kesehatan mental merupakan aspek penting dalam mewujudkan kesehatan secara menyeluruh. Kesehatan jiwa juga penting diperhatikan selayaknya kesehatan fisik. *There is no health without mental health*, sebagaimana definisi sehat yang dikemukakan oleh World Health Organization (WHO)² bahwa *“health as a state of complete physical, jiwa and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.* (Luberenga

et al., 2023) Kesehatan jiwa merupakan komponen mendasar dari definisi kesehatan. Kesehatan jiwa yang baik memungkinkan orang untuk menyadari potensi mereka, mengatasi tekanan kehidupan yang normal, bekerja secara produktif, dan berkontribusi pada komunitas mereka (Ayuningtyas et al., 2018).

Oleh karena itu adanya gangguan kesehatan jiwa tidak bisa kita remehkan, karena jumlah kasusnya saat ini masih cukup mengkhawatirkan. Terdapat sekitar 450 juta orang menderita gangguan jiwa dan perilaku di seluruh dunia. Diperkirakan satu dari empat orang akan menderita gangguan jiwa selama masa hidup mereka. Menurut WHO regional Asia Pasifik (WHO SEARO) jumlah kasus gangguan depresi terbanyak di India (56.675.969 kasus atau 4,5% dari jumlah populasi), terendah di Maldives (12.739 kasus atau 3,7% dari populasi) (UNICEF (United Nations Children's Fund), 2021), (Ayuningtyas et al., 2018).

Adapun di Indonesia sebanyak 9.162.886 kasus atau 3,7% dari populasi. Sistem kesehatan di dunia dianggap belum cukup menanggapi beban gangguan jiwa, sehingga terdapat kesenjangan antara kebutuhan akan perawatan dan persediaannya yang sangat besar. Sekitar 85% orang dengan gangguan jiwa parah di negara berkembang tidak mendapat pengobatan atas gangguannya. Sejalan dengan ini juga diketahui bahwa pengeluaran setahun bagi kesehatan jiwa masih rendah yaitu kurang dari US\$ 2 per orang, serta tenaga kesehatan jiwa yang kurang dari 1 per 100.000 populasi. Demikian juga di Indonesia, dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk, maka jumlah kasus gangguan jiwa kemungkinan akan terus bertambah.

Oleh karena itu penting di setiap negara memiliki upaya penanggulangan akibat dari gangguan kesehatan jiwa ini. Gangguan jiwa berat dapat menyebabkan turunnya produktivitas pasien dan akhirnya menimbulkan beban biaya besar yang dapat membebani keluarga, masyarakat, serta pemerintah. Lebih jauh lagi gangguan jiwa ini dapat berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang. Kondisi neuropsikiatrik menyumbang 13% dari total Disability Adjusted Life Years (DALYs) yang hilang karena semua penyakit dan cedera di dunia dan diperkirakan meningkat hingga 15% pada tahun 2020 (Ayuningtyas et al., 2018). Kasus depresi saja menyumbang 4,3% dari beban penyakit dan merupakan salah satu yang terbesar penyebab kecacatan di seluruh dunia (Hay et al., 2017).

Kecemasan dan depresi sering terjadi dan tinggi prevalensinya pada pasien tuberkulosis. Ketika depresi dan kecemasan bersamaan dengan tuberkulosis, hal ini menyebabkan ketidakpatuhan terhadap pengobatan anti TB, yang merupakan hambatan penting dalam pengendalian tuberkulosis secara

global, serta meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas akibat TB (Duko et al., 2015). Depresi diartikan sebagai gangguan suasana hati (mood) yang ditandai dengan perasaan sedih yang mendalam dan rasa tidak peduli terhadap keadaan (Duko et al., 2015). Kehilangan kontrol diartikan sebagai ketidakmampuan seseorang untuk sendiri secara sadar, sehingga menghasilkan perilaku yang tidak merugikan orang lain (Lee et al., 2020). Dengan demikian, menurut pendekatan kedua, rendahnya tiga karakteristik individu berupa cemas, depresi, dan kehilangan kontrol merupakan ciri dari individu yang sehat secara jiwa. Kedua pendekatan tersebut di atas, dapat dijadikan pedoman dalam membuat profile kesehatan jiwa (Ban et al., 2020).

Profile kesehatan jiwa individu dapat diklasifikasikan berdasarkan pada tinggi rendahnya kesejahteraan psikologis dan tekanan psikologis (Yang et al., 2015). Pengelompokan tersebut kemudian menghasilkan empat kelompok berbeda yaitu profile optimalisasi kesehatan jiwa (+-) sebagaimana gambar di bawah ini (Li et al., 2015);(Yang et al., 2015);(Seow et al., 2016):



Gambar 1.4 Optimalisasi Kesehatan Jiwa (Keyes, 2002)

Kesehatan jiwa/mental dapat didefinisikan dengan dua pendekatan yang bersifat positif dan negatif. Pendekatan pertama mendefinisikan kesehatan mental sebagai kondisi terpenuhinya aspek positif kondisi psikologis seseorang. Kondisi yang dimaksud seperti adanya rasa senang, mengalami kepuasan dalam hidup, dan tumbuhnya rasa cinta terhadap sesama (Clark, 2021; Pretsch et al., 2012). Pendekatan kedua mendefinisikan kesehatan mental sebagai suatu kondisi terhindarnya dari penyakit-penyakit mental seperti cemas, depresi dan kehilangan kontrol perilaku (Asmika et al., 2008; Coles, 2016; Wani & Singh,

2019). Kedua pendekatan ini kemudian dikenal dengan nama dual theory model dalam kesehatan mental (Grych et al., 2020).

Pendekatan pertama menjelaskan bahwa karakteristik individu yang sehat adalah mereka yang memiliki tiga karakteristik positif. Pertama, mereka adalah individu yang memiliki kesenangan sebagai suatu pengalaman positif yang melibatkan adanya kenikmatan (Qayoom & Husain, 2016). Kedua, mereka adalah individu yang memiliki rasa cinta sebagai ekspresi dari suatu perasaan positif dalam membina hubungan dengan orang lain (Tengland, 2001). Ketiga, mereka adalah individu yang memiliki tingkat kepuasan hidup yang tinggi. Artinya mereka memiliki suatu kemampuan untuk menikmati pengalaman-pengalaman dalam hidupnya yang disertai dengan adanya kegembiraan (Clark, 2021). Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa menurut pendekatan positif bahwa karakteristik dari kesehatan mental adalah mereka yang memiliki tiga karakteristik tersebut. Pendekatan kedua menjelaskan bahwa individu yang dianggap sehat adalah mereka yang terhindar dari adanya perasaan cemas, depresi, dan kehilangan kontrol.

Kecemasan diartikan sebagai kondisi psikologis yang mewakili karakteristik berupa rasa gelisah, khawatir, risau hati, atau takut. Depresi diartikan sebagai gangguan suasana hati (mood) yang ditandai dengan perasaan sedih yang mendalam dan rasa tidak peduli terhadap keadaan (Li, 2015). Kehilangan kontrol diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk mengendalikan dirinya sendiri secara sadar, sehingga menghasilkan perilaku yang tidak merugikan orang lain. Dengan demikian, menurut pendekatan kedua, rendahnya tiga karakteristik individu berupa cemas, depresi, dan kehilangan kontrol merupakan ciri dari individu yang sehat secara mental. *The Mental Health Inventory* (MHI) memiliki dua aspek yaitu (Abes Chrismayanti Parombean, Fitri Ariyanti Abidin, Laila Qodariah, 2023):

1. *Psychological Distress* (psikologi distress)

Psychological distress/mental distress ialah kondisi individu yang berada pada keadaan kesehatan mental yang tidak baik. Keadaan kesehatan mental yang tidak baik dapat diukur dengan melihat beberapa gejala yang muncul dan dapat dirasakan individu. Adapun 3 gejala *Psychological distress/mental distress* yakni:

a. *Anxiety* (kecemasan)

Perasaan cemas yang kurang menyenangkan, kadang-keadaan tubuh seperti jantung berdetak kencang, banyak mengeluarkan keringat, sakit kepala dan tidak bisa tidur. Kecemasan yang dialami dapat mempengaruhi kondisi fisik seseorang. Dua gejala- gejala kecemasan, yaitu: (1) gejala fisik

seperti pencernaan tidak teratur, tekanan darah naik, nafsu makan berkurang, serta sesak nafas. 2) gejala mental seperti perasaan takut, tegang, bingung, tidak dapat focus, perasaan rendah diri, rasa khawatir yang berlebihan, sulit untuk tenang, sulit focus, dan perasaan tidak nyaman.

b. *Depression* (depresi)

Depression (depresi) adalah perasaan sedih, kehilangan semangat dalam melaksanakan aktifitas sehari-hari dan tidak ada ekspresi gembira. Menurut Beck (1979) indikator depresi terdiri atas: (1) perasaan sedih, merasa kesepian, bosan dan kecewa, (2) berprasangka negatif pada diri sendiri, seseorang yang mengalamidepresi menganggap dirinya tidak akan pernah bahagia bahkan dapat membenci dirinya sendiri, (3) tidak memiliki harapan, seseorang yang mengidap depresi mempunyai sikap mudah menyerah.

c. *Loss of behavioral/emotional control*

Loss of behavioral/ emotional control adalah kondisi emosi yang berlebihan mengakibatkan kurangnya kemampuan individu untuk memberikan batas kesadaran terhadap dorongan dan perilaku. Menjerit, menangis bahkan berkelahi seringkali dianggap sebagai perilaku yang menunjukkan hilangnya kontrol individu dalam hal emosi dan perilaku.

2. *Psychological well-being* (kesejahteraan psikologis)

Psychological well-being ialah kondisi individu yang dapat merealisasikan kemampuannya sendiri, dapat mengatasi tekanan kehidupan yang normal, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi kepada komunitasnya. Adapun 3 gejala *Psychological well-being* yakni:

a. *Life satisfaction* (kepuasan kehidupan)

Life satisfaction ialah seseorang merasa hidup tanpa beban pikiran dan merasa bebas dari ketegangan kehidupan, merasa bahagia sehingga hari-harinya dipenuhi keceriaan, merasa damai dan tenang serta bersyukur dengan kehidupan sekarang.

b. *Emotional ties* (ikatan emosional)

Hubungan emosional yang dekat antara dua orang dengan dasar adanya kasih sayang, sehingga masing-masing orang merasa mencintai dan dicintai serta merasa disayangi dan dibutuhkan.

c. *General positive effect* (efek positif umum)

Efek positif yang dialami oleh kesehatan mental yang merupakan suatu reaksi yang muncul dari kejadian yang menyenangkan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah yang dikemukakan dapat diidentifikasi sebagai berikut:

- 1.2.1** Bagaimana dukungan sosial, spiritual support, budaya dan literasi kesehatan keluarga terhadap kondisi kesehatan jiwa pada pasien TB komorbid di Kota Kendari?
- 1.2.2** Bagaimana model tepat yang mendukung kondisi kesehatan jiwa pada pasien TB komorbid di Kota Kendari?
- 1.2.3** Bagaimana pengaruh dukungan sosial, spiritual support, budaya dan literasi kesehatan keluarga terhadap kesehatan jiwa pada pasien TB komorbid di Kota Kendari?.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penelitian secara umum adalah untuk menganalisis pengaruh dukungan keluarga untuk kesehatan jiwa pasien TB Komorbid di Kota Kendari.

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini yaitu :

- 1.3.2.1** Untuk mengeksplorasi dan menganalisis bentuk dukungan integratif keluarga terhadap kesehatan jiwa pada pasien TB Komorbid di Kota Kendari.
- 1.3.2.2** Merancang model dukungan integratif keluarga yang mendukung kesehatan jiwa pasien TB komorbid di Kota Kendari.
- 1.3.2.3** Menganalisis pengaruh dukungan integratif keluarga terhadap kondisi kesehatan jiwa pada pasien TB Komorbid di Kota Kendari.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Ilmiah

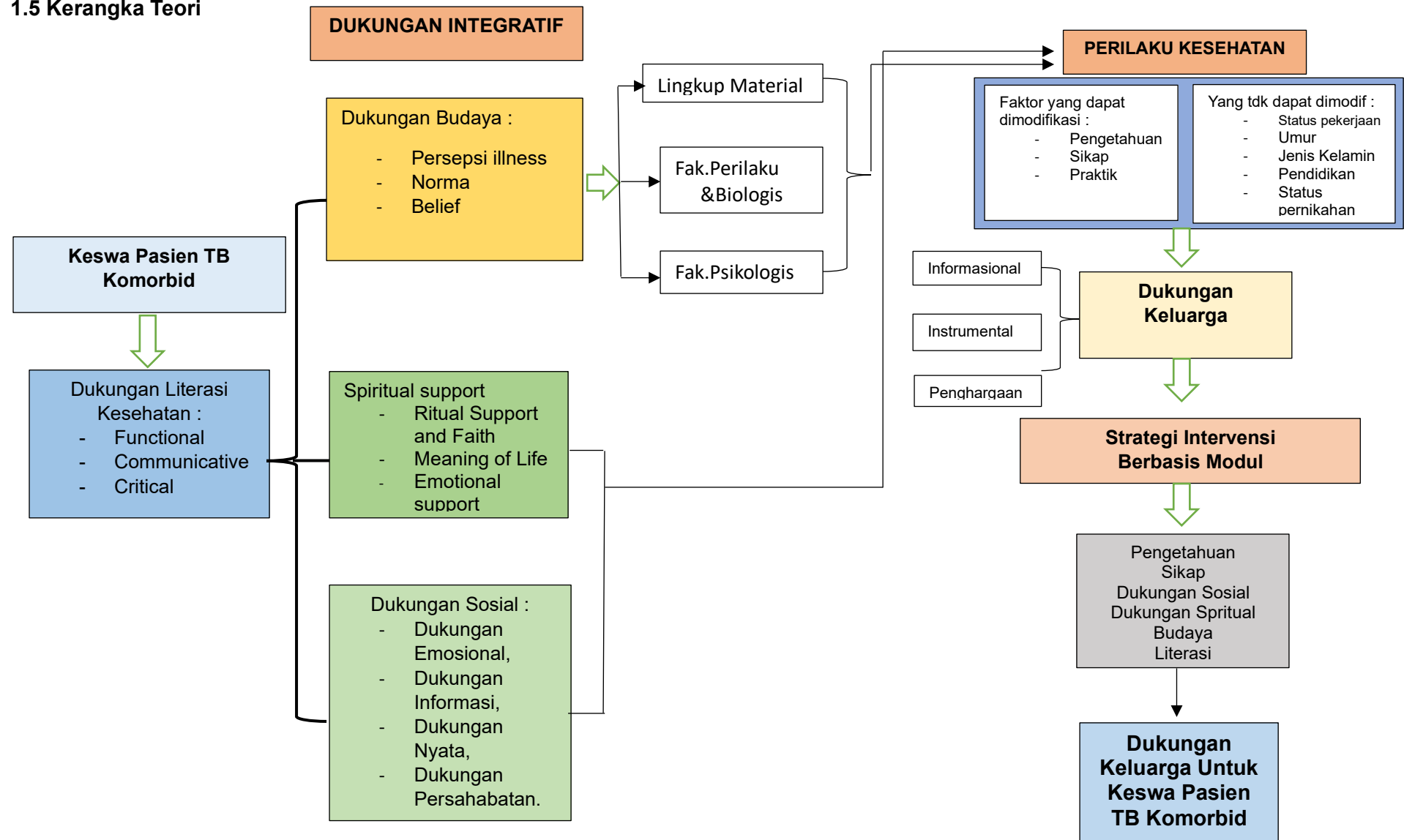
- 1.4.1.1** Penelitian ini dapat menjadi bahan rujukan dalam mempelajari dan mengetahui upaya yang dapat dilakukan untuk melakukan langkah pencegahan risiko gangguan kesehatan jiwa pada pasien TB komorbid.
- 1.4.1.2** Penelitian ini diharapkan dapat memperkaya wawasan dan menemukan nilai-nilai kebaruan dengan berbagai dinamika- keadaan masyarakat Kota Kendari yang memiliki karakteristik berbeda.
- 1.4.1.3** Bahan masukan ilmiah dan sebagai informasi tambahan bagi peneliti-peneliti selanjutnya.

1.4.2 Manfaat Praktis

Adapun kegunaan praktis penelitian ini yaitu :

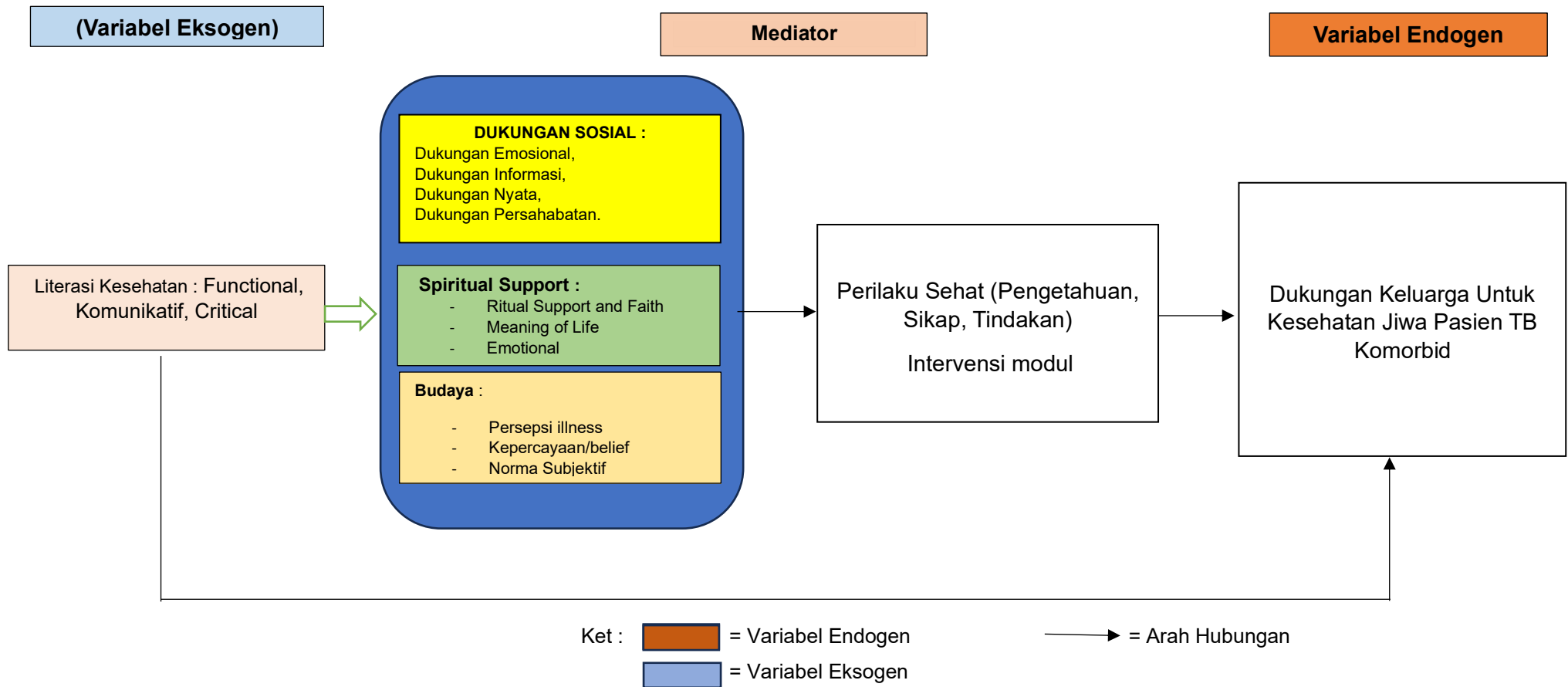
- 1.4.2.1** Meningkatkan pemahaman pada masyarakat khususnya keluarga mengenai upaya pencegahan risiko gangguan kesehatan jiwa pada pasien TB komorbid.
- 1.4.2.2** Memberdayakan masyarakat baik keluarga, teman, rekan kerja termasuk petugas kesehatan dalam upaya peningkatan kesehatan jiwa pasien TB komorbid.
- 1.4.2.3** Menjadi bahan masukan bagi instansi terkait dalam evaluasi penyusunan kebijakan dan program kerja terkait peningkatan kesehatan jiwa pasien TB komorbid.
- 1.4.2.4** Menjadi masukan bagi dinas kesehatan untuk kerjasama melakukan skrining terintegrasi bagi pasien TB komorbid.

1.5 Kerangka Teori



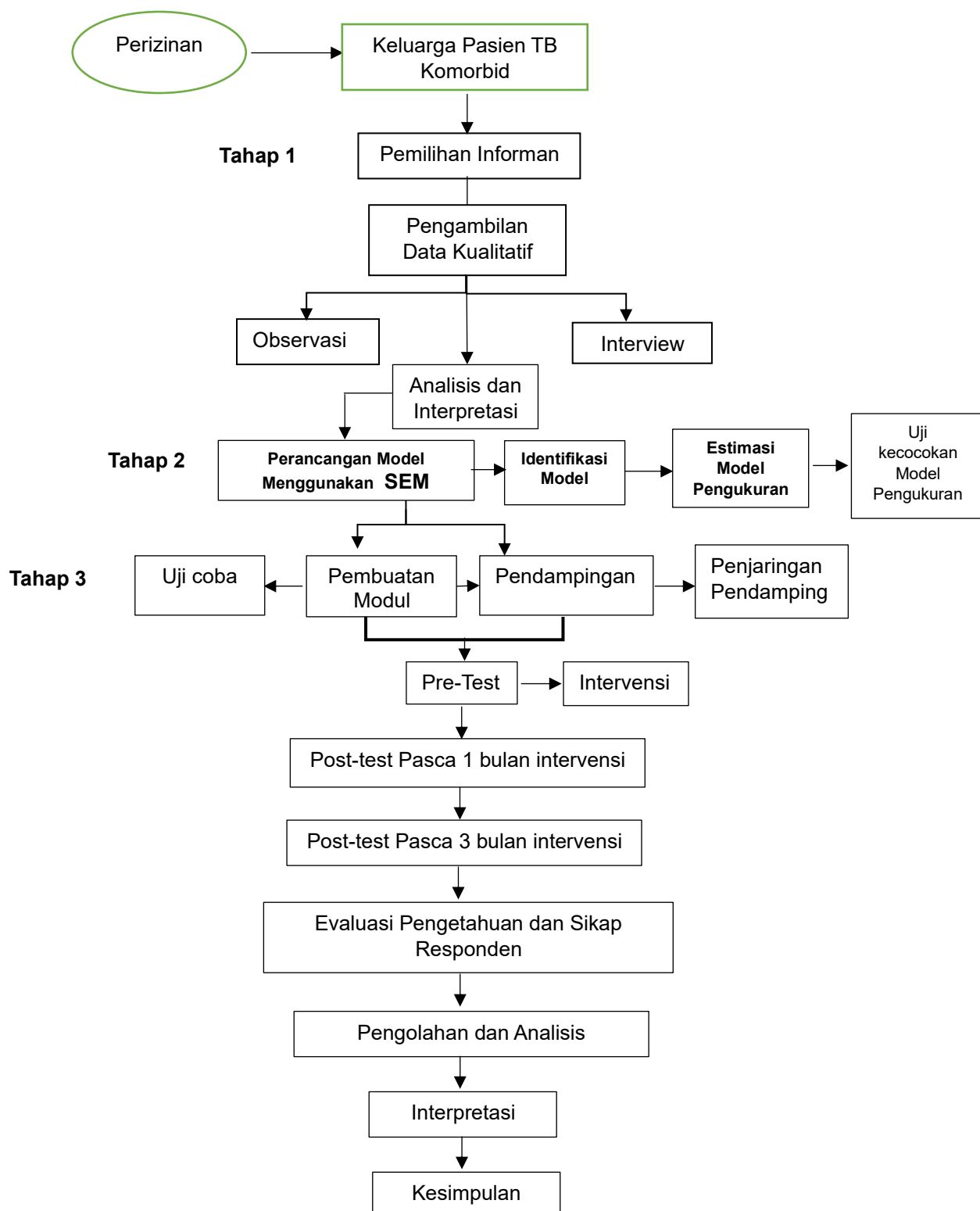
Gambar 1.5 Kerangka teori penelitian modifikasi teori Sarafino (1994); Saroson (dalam Smet, 1994); Schwarzer and Leppin, (1990 dalam Smet, 1994); Wangmuba (2009); Zimet et al., (1988), Krause (2001), TRA, Fishbein dan Ajzen, 1975, SDH, Nutbeam, Sørensen et al. (2012)

1.6 Kerangka Konsep



Gambar 1.6 Kerangka Konsep Penelitian

1.7 Alur Penelitian



Gambar 1.7 Bagan Alur Penelitian

1.8 Daftar Pustaka

- Abbas, K. (2018). Dukungan Keluarga, Spritual, Motivasi Dengan Kondisi Psikologis Remaja Pengguna Narkoba Di Kota Payakumbuh. *Human Care Journal*, 1(1). <https://doi.org/10.32883/hcj.v1i1.31>
- Abes Chrismayanti Parombean, Fitri Ariyanti Abidin, Laila Qodariah, S. N. (2023). Adaptation of the Mental Health Inventory (MHI-38) for Adolescents - Indonesian Version. *Psychology Research and Behavior Management*, July, 2655–2665. <https://doi.org/https://doi.org/10.2147/PRBM.S412460>
- Adepoju, V. A., Adepoju, O. E., Inegbeboh, J., Adejumo, O. A., Olofinbiyi, A. B., & Imoyera, W. (2022). Bidirectional Screening for Tuberculosis, Diabetes Mellitus and other Comorbid Conditions in a Resource Constrained Setting: A Pilot Study in Lagos, Nigeria. In *West African journal of medicine* (Vol. 39, Issue 12, pp. 1305–1311). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36583949>
- Agbeko, C. K., Mallah, M. A., He, B., Liu, Q., Song, H., & Wang, J. (2022). Mental Health Status and Its Impact on TB Treatment and Its Outcomes: A Scoping Literature Review. *Frontiers in Public Health*, 10, 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.855515>
- Aggarwal, A. N. (2019). Quality of life with tuberculosis. *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*, 17, 100121. <https://doi.org/10.1016/j.jctube.2019.100121>
- Ahmad, S. R., Yacoob, N. A., Jaeb, M. Z., Hussin, Z., & Wan Mohammad, W. M. Z. (2020). Effect of Diabetes Mellitus on Tuberculosis Treatment Outcomes among Tuberculosis Patients in Kelantan, Malaysia. *Iranian Journal of Public Health*, 49(8), 1485–1493. <https://doi.org/10.18502/ijph.v49i8.3892>
- Alinaitwe, B., Shariff, N., & Madhavi Boddupalli, B. (2025). Level of Family Support and Associated Factors Among Pulmonary Tuberculosis Patients in Eastern Uganda. A Baseline Cross-Sectional Study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Volume 18(April), 2057–2073. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S511615>
- Anisa, S. N. (2019). *Pengaruh Dukungan Sosial Terhadap Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis di Kota Depok Provinsi Jawa Barat*. Universitas Indonesia.
- Anita, I. (2021). Overview of Quality of Life Factors in Tuberculosis Patients (Literature Review). *Nursing Science Study Program. Faculty of Health Sciences. Dr. Subandi University. Jember. Indonesia*, 120.
- Ayuningtyas, D., Misnaniarti, M., & Rayhani, M. (2018). Analisis Situasi Kesehatan Mental Pada Masyarakat Di Indonesia Dan Strategi Penanggulangannya. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 9(1), 1–10. <https://doi.org/10.26553/jikm.2018.9.1.1-10>
- Balitbang Kementerian Kesehatan. (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). In

Lembaga Penerbit Balitbangkes (p. hal 156).

- Ban, K.-Y., Osborn, D. P. J., Hameed, Y., Pandey, S., Perez, J., Jones, P. B., & Kirkbride, J. B. (2020). Personality disorder in an Early Intervention Psychosis cohort: Findings from the Social Epidemiology of Psychoses in East Anglia (SEPEA) study. *PLOS ONE*, 15(6), e0234047. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234047>
- Barik, A. L., Indarwati, R., & Sulistiawati, S. (2020). The Role of Social Support on Treatment Adherence in TB Patients: A Systematic Review. *Nurse and Health: Jurnal Keperawatan*, 9(2), 201–210. <https://doi.org/10.36720/nhjk.v9i2.186>
- Basu, S., Sharma, N., Mase, S., & Sachdeva, K. (2020). Ethical issues in expanding latent TB management in high burden countries. *Indian Journal of Medical Ethics*, 5(1), 53–56. <https://doi.org/10.20529/IJME.2020.020>
- Bates, M., Marais, B. J., & Zumla, A. (2015). Tuberculosis Comorbidity with Communicable and Noncommunicable Diseases. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 5(11), a017889. <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a017889>
- Bisht, M. K., Dahiya, P., Ghosh, S., & Mukhopadhyay, S. (2023). The cause–effect relation of tuberculosis on incidence of diabetes mellitus. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, 13(June), 1–15. <https://doi.org/10.3389/fcimb.2023.1134036>
- Bos, J. H., Vrijmoeth, C., Hovenkamp-Hermelink, J. H. M., & Schaap – Jonker, H. (2024). Effect of religion on the course of anxiety disorders and symptoms over 9-years follow-up. *Journal of Affective Disorders Reports*, 17(December 2023), 100797. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100797>
- Cao, L., & Burton, V. S. (2022). Social Support Theory Doing Something for Our Citizens. In *A Criminologist's Lives: Essays in Honor of the Criminological Legacy of Francis T. Cullen* (pp. 31–46). <https://doi.org/10.4324/9780429059735-5>
- Center for Disease Control and Prevention. (2016). Tuberculosis: The connection between TB and HIV. October, 2023, 1–2. www.cdc.gov/tb/publications/pamphlets/tb-hiveng.pdf
- Chauhan, A., Parmar, M., Dash, G., Chauhan, S., Sahoo, K., Samantaray, K., Sharma, J., Mahapatra, P., & Pati, S. (2024). Health literacy and tuberculosis control: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 102(06), 421–431. <https://doi.org/10.2471/BLT.23.290396>
- Chaves, A., Arnáez, S., Castilla, D., Roncero, M., & García-Soriano, G. (2022). Enhancing mental health literacy in obsessive-compulsive disorder and reducing stigma via smartphone: A randomized controlled trial protocol. *Internet Interventions*, 29, 100560.

<https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100560>

- Chen, X., Du, L., Wu, R., Xu, J., Ji, H., Zhang, Y., Zhu, X., & Zhou, L. (2021). Tuberculosis-related stigma and its determinants in Dalian, Northeast China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10055-2>
- Chen, X., Xu, J., Chen, Y., Wu, R., Ji, H., Pan, Y., Duan, Y., Sun, M., Du, L., Gao, M., Wang, J., & Zhou, L. (2021). The relationship among social support, experienced stigma, psychological distress, and quality of life among tuberculosis patients in China. *Scientific Reports*, 11(1), 24236. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-03811-w>
- Chua, K.-C., Hahn, J. S., Farrell, S., Jolly, A., Khangura, R., & Henderson, C. (2022). Mental health literacy: A focus on daily life context for population health measurement. *SSM - Mental Health*, 2, 100118. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2022.100118>
- Corso, M., DeSouza, A., Brunton, G., Yu, H., Cancelliere, C., Mior, S., Taylor-Vaisey, A., MacLeod-Beaver, K., & Côté, P. (2022). Integrating Indigenous healing practices within collaborative care models in primary healthcare in Canada: a rapid scoping review. *BMJ Open*, 12(6), e059323. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059323>
- Departemen kesehatan RI. (2023). Laporan Program Penanggulangan Tuberkulosis Tahun 2022. In *Kemenkes RI*. https://tbindonesia.or.id/pustaka_tbc/laporan-tahunan-program-tbc-2021/
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara. (2022). *PROFIL KESEHATAN SULAWESI TENGGARA Tahun 2021*.
- Duko, B., Gebeyehu, A., & Ayano, G. (2015). Prevalence and correlates of depression and anxiety among patients with tuberculosis at Wolaita Sodo University Hospital and Sodo Health Center, Wolaita Sodo, South Ethiopia, Cross sectional study. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0598-3>
- Efendi, S., Sjattar, E. L., & Syam, Y. (2022). Model Dan Efek Dukungan Sosial Terhadap Kepatuhan Pengobatan Pasien Tuberkulosis Resisten Obat : A Literature Review. *Jurnal Kesehatan*, 14(2), 158. <https://doi.org/10.24252/kesehatan.v14i2.20537>
- Faiola, A., Boulos, M. N. K., & Naeem, S. Bin. (2023). Integrating Social and Family Support as a Measure of Health Outcomes : Validity Implications from the Integrated Model of Health Literacy. *Environmental Research and Public Health*, 20, 2–19. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph20010729>
- Falah, M., Sansuwito, T., Dioso, R. I., Said, F. M., & Lismayanti, L. (2025). Enhancing self-care adherence in tuberculosis patients through family support: a systematic review. *International Journal of Public Health Science*

- (IJPHS), 14(2), 661. <https://doi.org/10.11591/ijphs.v14i2.24749>
- Fatarona, A. (2018). *Model adaptasi psikososial pada klien tuberculosis paru yang menjalani pengobatan dengan menggunakan pendekatan uncertainty in illness di Puskesmas Wilayah Kerja Jember* [Airlangga University]. <http://repository.unair.ac.id/73362/>
- Febi, A. R., Manu, M. K., Mohapatra, A. K., Praharaj, S. K., & Guddattu, V. (2021a). Psychological stress and health-related quality of life among tuberculosis patients: A prospective cohort study. *ERJ Open Research*, 7(3). <https://doi.org/10.1183/23120541.00251-2021>
- Febi, A. R., Manu, M. K., Mohapatra, A. K., Praharaj, S. K., & Guddattu, V. (2021b). Psychological stress and health-related quality of life among tuberculosis patients: a prospective cohort study. *ERJ Open Research*, 7(3), 00251–02021. <https://doi.org/10.1183/23120541.00251-2021>
- Foo, C. De, Shrestha, P., Wang, L., Du, Q., García-Basteiro, A. L., Abdullah, A. S., & Legido-Quigley, H. (2022a). Integrating tuberculosis and noncommunicable diseases care in low- and middle-income countries (LMICs): A systematic review. *PLOS Medicine*, 19(1), e1003899. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003899>
- Foo, C. De, Shrestha, P., Wang, L., Du, Q., García-Basteiro, A. L., Abdullah, A. S., & Legido-Quigley, H. (2022b). Integrating tuberculosis and noncommunicable diseases care in low- and middle-income countries (LMICs): A systematic review. *PLOS Medicine*, 19(1), e1003899. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003899>
- Gröschel, M. I. P. (2019). *Tackling challenges to tuberculosis elimination: Vaccines, drug-resistance, comorbidities*. <https://research.rug.nl/en/publications/tackling-challenges-to-tuberculosis-elimination-vaccines-drug-res>
- Gyimah, F. T., & Dako-Gyeke, P. (2019). Perspectives on TB patients' care and support: a qualitative study conducted in Accra Metropolis, Ghana. *Globalization and Health*, 15(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0459-9>
- Hartini, N., Fardana, N. A., Ariana, A. D., & Wardana, N. D. (2018). Stigma toward people with mental health problems in Indonesia. *Psychology Research and Behavior Management*, Volume 11, 535–541. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S175251>
- Hay, S. I., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F., Abdulkader, R. S., Abdulle, A. M., Abebo, T. A., Abera, S. F., Aboyans, V., Abu-Raddad, L. J., Ackerman, I. N., Adedeji, I. A., Adetokunboh, O., Afshin, A., Aggarwal, R., Agrawal, S., Agrawal, A., ... Murray, C. J. L. (2017). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries

- and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1260–1344. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32130-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32130-X)
- Hosu, M. C., Faye, L. M., & Apalata, T. (2024). Comorbidities and Treatment Outcomes in Patients Diagnosed with Drug-Resistant Tuberculosis in Rural Eastern Cape Province, South Africa. *Diseases*, 12(11), 296. <https://doi.org/10.3390/diseases12110296>
- Husaeni, H., & Haris, A. (2020). Aspek Spiritualitas dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2), 960–965. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.445>
- Husna, A. R., & Choliq, I. (2020). *Pengaruh Dukungan Sosial Bagi Penderita Tb Paru* (Issue 0731108102).
- Hutten, E., Jongen, E. M. M., Vos, A. E. C. C., van den Hout, A. J. H. C., & van Lankveld, J. J. D. M. (2021). Loneliness and mental health: The mediating effect of perceived social support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph182211963>
- Imelda Derang, Murni Sari Dewi.Simanullang, & Erlina Malau. (2024). Gambaran Dukungan Sosial Keluarga Pada Pasien Tb Paru Rumah Sakit Harapan Pematangsiantar. *Corona: Jurnal Ilmu Kesehatan Umum, Psikolog, Keperawatan Dan Kebidanan*, 2(4), 260–272. <https://doi.org/10.61132/corona.v2i4.885>
- Jarde, A., Siqueira, N., Afaq, S., Naz, F., Irfan, M., Tufail, P., Aslam, F., Todowede, O., Rakhshanda, S., Khalid, H., Lin, Y., Bierman, O., Elsony, A., Elsey, H., Siddiqi, N., & Siddiqi, K. (2022). Addressing TB multimorbidity in policy and practice: An exploratory survey of TB providers in 27 high-TB burden countries. *PLOS Global Public Health*, 2(12), e0001205. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001205>
- Juliasih, N. N., Mertaniasih, N. M., Hadi, C., Soedarsono, Sari, R. M., Alfian, I. N., & Pakasi, T. T. (2023). Mental Health Status and Its Associated Factors Related to Pulmonary Tuberculosis Patients in Primary Health Care Centre in Surabaya, Indonesia. *Acta Medica Indonesiana*, 55(2), 158–164.
- Kansal, H. M., Srivastava, S., & Bhargava, S. K. (2015). Diabetes mellitus and tuberculosis. *Journal International Medical Sciences Academy*, 28(1), 58–60. <https://doi.org/10.1378/chest.8.7.209>
- Kemenkes RI. (2020). Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024. In *Pertemuan Konsolidasi Nasional Penyusunan STRANAS TB* (p. 135).
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). InfoDatin-Kesehatan-Jiwa. *InfoDatin, Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*, 3–12.

- Kementrian Kesehatan RI. (2015). *Konsensus Nasional Pengelolaan TB-DM Di Indonesia* (pp. 1–2).
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222.
- Khattak, M., Rehman, A. ur, Muqaddas, T., Hussain, R., Rasool, M. F., Saleem, Z., Almalki, M. S., Alturkistani, S. A., Firash, S. Z., Alzahrani, O. M., Bahauddin, A. A., Abuhussain, S. A., Najjar, M. F., Elsabaa, H. M. A., & Haseeb, A. (2024). Tuberculosis (TB) treatment challenges in TB-diabetes comorbid patients: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Medicine*, 56(1). <https://doi.org/10.1080/07853890.2024.2313683>
- Komrower, D., & Thillai, M. (2015). Tuberculosis and HIV co-infection. *Clinical Tuberculosis: A Practical Handbook*, 157–170. <https://doi.org/10.1201/b20755-13>
- Krause, N., Ellison, C. G., Shaw, B. A., Marcum, J. P., & Boardman, J. D. (2001). Church-Based Social Support and Religious Coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40, 637–656. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/0021-8294.00082>
- Lafuse, W. P., Wu, Q., Kumar, N., Saljoughian, N., Sunkum, S., Ahumada, O. S., Turner, J., & Rajaram, M. V. S. (2022). Psychological stress creates an immune suppressive environment in the lung that increases susceptibility of aged mice to Mycobacterium tuberculosis infection. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, 12(September), 1–18. <https://doi.org/10.3389/fcimb.2022.990402>
- Lee, G., Scuffell, J., Galea, J. T., Shin, S. S., Magill, E., Jaramillo, E., & Sweetland, A. C. (2020). Impact of mental disorders on active TB treatment outcomes: a systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 24(12), 1279–1284. <https://doi.org/10.5588/ijtld.20.0458>
- Leung, J., & Li, K. K. (2023). Faith-Based Spiritual Intervention for Persons with Depression: Preliminary Evidence from a Pilot Study. *Healthcare (Switzerland)*, 11(15), 1–17. <https://doi.org/10.3390/healthcare11152134>
- Li, Z., Li, Y., Chen, L., Chen, P., Hu, Y., & Wang, H. (2015). Prevalence of depression in patients with hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (United States)*, 94(31), 1–6. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001317>
- Liu, X., Bai, X., Ren, R., Tan, L., Zhang, Y., Lan, H., Yang, Q., He, J., & Tang, X. (2022). Association between depression or anxiety symptoms and immune-inflammatory characteristics in in-patients with tuberculosis: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.985823>
- Luberenga, I., Kasujja, R., Vasanthan, L. T., Nyende, A., Tumwebaze, E., &

- Henry Joseph, L. J. (2023). Mental health awareness programmes to promote mental well-being at the workplace among workforce in the low-income and middle-income countries: a scoping review protocol. *BMJ Open*, 13(7), 1–6. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-073012>
- Lutfian, L., Azizah, A., Wardika, I. J., Wildana, F., Maulana, S., & Wartakusumah, R. (2025). The role of family support in medication adherence and quality of life among tuberculosis patients: A scoping review. *Japan Journal of Nursing Science*, 22(1), 1–11. <https://doi.org/10.1111/jjns.12629>
- Mainga, T., Gondwe, M., Stewart, R. C., Mactaggart, I., Shanaube, K., Ayles, H., & Bond, V. (2022). Conceptualization, detection, and management of psychological distress and mental health conditions among people with tuberculosis in Zambia: a qualitative study with stakeholders' and TB health workers. *International Journal of Mental Health Systems*, 16(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00542-x>
- Mancini, C. J., Quilliam, V., Camilleri, C., & Sammut, S. (2023). Spirituality and negative religious coping, but not positive religious coping, differentially mediate the relationship between scrupulosity and mental health: A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders Reports*, 14(October), 100680. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100680>
- Manggasa, D. D., & Suharto, D. N. (2022a). Riwayat Pengobatan dan Komorbid Diabetes Mellitus Berhubungan Dengan Kejadian Tuberkulosis Resisten Obat. *Poltekita: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 15(4), 403–408. <https://doi.org/10.33860/jik.v15i4.659>
- Manggasa, D. D., & Suharto, D. N. (2022b). Riwayat Pengobatan dan Komorbid Diabetes Mellitus Berhubungan Dengan Kejadian Tuberkulosis Resisten Obat. *Poltekita: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 15(4), 403–408. <https://doi.org/10.33860/jik.v15i4.659>
- Manvelova, K. A. (2024). Comorbid Condition Induced by Lichenoid Tuberculosis of the Skin and Lichen Planus. Significance of a Multidisciplinary Approach to Timely Diagnosis and Treatment. *Tuberculosis, Lung Diseases, HIV Infection*, 2024(2), 44–49. <https://doi.org/10.30978/TB2024-2-44>
- Marwansyah, M., & Sholikhah, H. H. (2016). The Influence of Empowering TB (Tuberculosis) Patients' Family on Capability of Implementing The Family Health Task in Martapura and Astambul Public Health Center Areas in Banjar District. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 18(4), 407–419. <https://doi.org/10.22435/hsr.v18i4.4574.407-419>
- Maryatun, S. (2020). Therapeutic Effect of Psychoeducation on Knowledge and Anxiety Levels in Families Caring for Family Members With Pulmonary Tuberculosis Disease. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 3(1), 62–68.
- Matthews, R. (2017). The cultural erosion of Indigenous people in health care. *Canadian Medical Association Journal*, 189(2), E78–E79.

<https://doi.org/10.1503/cmaj.160167>

- Melastuti, E., & Sri Wahyuningsih, I. (2023). Terapi Psikoreligiospiritualitas (Spiritual Care) Sebagai Intervensi Keperawatan Kualitas Hidup Pada Pasien Penyakit Kronis. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan*, 14(1), 51–62. <http://jurnal.itekesmukalbar.ac.id>
- Minarni, Novalita, & Parmono, T. E. (2024). Pengaruh Dukungan Spiritual Keluarga Terhadap Motivasi Kesembuhan Pasien Terkonfirmasi COVID-19. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 5(3), 9331–9338.
- Momanyi, R. K., Kwobah, E. K., Owiti, P., Nyamogoba, H., & Atwoli, L. (2024). Psychiatric morbidity among patients on treatment for tuberculosis at a tertiary referral hospital in Western Kenya. *PLOS ONE*, 19(5), e0302744. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0302744>
- Nahar, M. (2018). Hubungan Spiritual Support dengan Kecemasan dan Adaptasi Spiritual Ibu Hamil. In *Perpustakaan Universitas Airlangga*. <https://doi.org/10.1515/bpasts-2016-0041>
- Nitha Nurjana. (2019). Teori Keluarga: Studi Literatur. *Universitas Jakarta*, 2–4.
- Oliviera, I., Kholis, F. N., & Ngestiningsih, D. (2017). Pola Kejadian Penyakit Komorbid Dan Efek Samping OAT pada Pasien Tuberkulosis di RSUP Dr. Kariadi. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, 5(4), 1081–1091. <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/medico>
- Pawlowski, A., Jansson, M., Sköld, M., Rottenberg, M. E., & Källenius, G. (2012). Tuberculosis and HIV co-infection. *PLoS Pathogens*, 8(2). <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1002464>
- Penaloza, R., Navarro, J. I., Jolly, P. E., Junkins, A., Seas, C., & Otero, L. (2019). Health literacy and knowledge related to tuberculosis among outpatients at a referral hospital in Lima, Peru. *Research and Reports in Tropical Medicine*, Volume 10, 1–10. <https://doi.org/10.2147/RRTM.S189201>
- Prakoso, D. A., Istiono, W., Mahendradhata, Y., & Arini, M. (2023). Acceptability and feasibility of tuberculosis-diabetes mellitus screening implementation in private primary care clinics in Yogyakarta, Indonesia: a qualitative study. *BMC Public Health*, 23(1), 1908. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16840-z>
- Prayitno, S. H. (2017). Doa dan Dzikir sebagai Metode Menurunkan Depresi Penderita dengan Penyakit Kronis. *Seminar Psikologi & Kemanusiaan*, 978–979.
- Purba, S., & Manihuruk, F. (2023). Analisa Mycobacterium Tuberculosis Pada Penderita Diabetes Melitus Di RSUD Dr. R. M. Djoelham Binjai. *Health Information Jurnal*, 15(2), 784–791. <https://myjurnal.poltekkes-kdi.ac.id/index.php/hijp>

- Putri, A. D. (2023). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pemberian ASI Eksklusif. *Literature Review*, November, 33–37.
- Putri, A. K., Gustriawanto, N., Rahapsari, S., Sholikhah, A. R., Prabaswara, S., Kusumawardhani, A. C., & Kristina, S. A. (2021). Exploring the perceived challenges and support needs of Indonesian mental health stakeholders: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00504-9>
- Putri Handini, Erna Kadrianti, & Nurul Rezki Anisa. (2020). Efektivitas Dukungan Spiritual Keluarga Pada Kepatuhan Minum Obat Pasien Tb Paru Di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (Bbkpm) Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 15(1), 51–55. <https://doi.org/10.35892/jikd.v15i1.323>
- Putri, O. B. (2022). Diabetes Mellitus Sebagai Salah Satu Faktor Risiko Terjadinya Tuberkulosis: Laporan Kasus Pada Perempuan 60 Tahun Riwayat Diabetes Mellitus Dengan Diagnosa Tuberkulosis Paru Kasus Baru. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan*, 9(2), 779–785. <https://doi.org/10.33024/jikk.v9i2.5975>
- Rajeev, H., & Tarikere Satyanarayana, P. (2022). Stress, Depression and Coping in Tuberculosis Patients- A Hospital Based Study. *National Journal of Community Medicine*, 13(11), 762–770. <https://doi.org/10.55489/njcm.131120222287>
- Rakpaitoon, S., Thanapop, S., & Thanapop, C. (2022). Correctional Officers' Health Literacy and Practices for Pulmonary Tuberculosis Prevention in Prison. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11297. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811297>
- Ramaswamy, S., Sagar, J. V., & Seshadri, S. (n.d.). *A transdisciplinary public health model for child and adolescent mental healthcare in low-and middle-income countries-NC-ND license* (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>). <https://doi.org/10.1016/j>
- Ramos, J. P., Vieira, M., Pimentel, C., Argel, M., Barbosa, P., & Duarte, R. (2023). Building bridges: multidisciplinary teams in tuberculosis prevention and care. *Breathe*, 19(3), 1–4. <https://doi.org/10.1183/20734735.0092-2023>
- Rupani, M. P., & Vyas, S. (2023). A sequential explanatory mixed-methods study on costs incurred by patients with tuberculosis comorbid with diabetes in Bhavnagar, western India. *Scientific Reports*, 13(1), 150. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-27494-7>
- Saeedi, P., Petersohn, I., Salpea, P., Malanda, B., Karuranga, S., Unwin, N., Colagiuri, S., Guariguata, L., Motala, A. A., Ogurtsova, K., Shaw, J. E., Bright, D., & Williams, R. (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 157, 107843.

<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843>

- Saleem, S., & Majeed, S. (2023). Spiritual Intelligence, Self-Management Skills, Depression and Anxiety in Patients with Tuberculosis. *Journal of Islamic International Medical College*, 18(2), 144–149. <https://doi.org/10.57234/jiimc.june23.629>
- Sapriyanti, S. (2020). Hubungan Kesejahteraan Spiritualitas (spiritual well being) dengan Kualitas Hidup Pasien PJK di Rumah Sakit. *Jurnal Keperawatan KMB*, 1, 1–8. <http://www.forikes-ejournal.com/index.php/SF/article/view/1200>
- Seow, L. S. E., Vaingankar, J. A., Abdin, E., Sambasivam, R., Jeyagurunathan, A., Pang, S., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2016). Positive mental health in outpatients with affective disorders: Associations with life satisfaction and general functioning. *Journal of Affective Disorders*, 190, 499–507. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.021>
- Septiani, I. (2019). *Hubungan Keadaan Fisik, Sosioekonomi, dan Karakteristik Klinis Pasien dengan Status Depresi Pada Pasien Tuberkulosis Multi Drug Resistant (Studi Kasus di RSUP. Dr kariadi Semarang)*. Diponegoro University.
- Shuman, D. I., Narang, S. K., Frossard, P., Ortega, A., & Vandergheynst, P. (2013). The emerging field of signal processing on graphs: Extending high-dimensional data analysis to networks and other irregular domains. *IEEE Signal Processing Magazine*, 30(3), 83–98. <https://doi.org/10.1109/MSP.2012.2235192>
- Sibarani, J. P. (2019). *Description Of Stress Levels In Pulmonary Tuberculosis Patients Undergoing The Intensive Phase Of Treatment In Hospital And Puskesmas*.
- Siddiqi, K., Stubbs, B., Lin, Y., Elsey, H., & Siddiqi, N. (2021). TB multimorbidity: a global health challenge demanding urgent attention. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 25(2), 87–90. <https://doi.org/10.5588/ijtld.20.0751>
- Silvana Wara Mustika. (2019). Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Kestabilan Emosi Pada Pasien Stroke. *Unram Medical Journal*, 8(2), 29.
- Simunati, Sudirman, Abd, H. J., Hariani, & Nur, M. (2022). a Study on the Social Support Approach in Overcoming Drop-Out (Do) and Multi Drug Resistant (Mdr) Patients of Tuberculosis. *NeuroQuantology*, 20(6), 4829–4840.
- Sofiana, L., Musvita Ayu, S., Wibowo, M., Gustina, E., & Muhtori, S. J. (2018). Risk Factors of Drug Abuse among Adolescence. *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, 7(4), 260. <https://doi.org/10.11591/ijphs.v7i4.14261>
- Soleman, R. P. H., Sukartini, T., & Qona'ah, A. (2021). Patient Adherence to

- Tuberculosis Treatment: A Relation between Family Support and Patient Behavior. *Critical Medical and Surgical Nursing Journal*, 10(2), 42. <https://doi.org/10.20473/cmsnj.v10i2.26491>
- Souza, D. C. S., Oliveira, K. S. de, Andrade, R. L. de P., Scatena, L. M., & Silva-Sobrinho, R. A. (2019). Aspects related to the outcomes of the treatment, in international borders, of cases of tuberculosis as associated to comorbidities. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, 1–8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190050>
- Starshinova, A. A., Nazarenko, M. M., Belyaeva, E. N., Kudlay, D. A., Pavlova, M. V., & Yablonskiy, P. K. (2022). Efficacy of using bedaquiline in treatment of tuberculosis patients with multiple and extensive drug resistance. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 100(5), 56–63. <https://doi.org/10.21292/2075-1230-2022-100-5-56-63>
- Suistyawati, P. (2019). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Stres Pada Pasien Tuberkolusis Usia Produktif Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. In *Jurnal Keperawatan* (Vol. 2). http://digilib.unisayogya.ac.id/902/1/NASKAH_PUBLIKASI_SULISTIYAWATI.pdf
- Sveinbjornsdottir, G. M., Kamowa, D., Katundu, P. N., & Gizurarson, S. (2024). Compliance and illiteracy when treating tuberculosis. *International Health*, 16(1), 126–128. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihad077>
- Tavares, A. P., Martins, H., Pinto, S., Caldeira, S., Pontífice Sousa, P., & Rodgers, B. (2022). Spiritual comfort, spiritual support, and spiritual care: A simultaneous concept analysis. *Nursing Forum*, 57(6), 1559–1566. <https://doi.org/10.1111/nuf.12845>
- Tech, M., Kumar, R. R., Omments, R. E. C., Prajapati, A., Blockchain, T.-A., MI, A. I., Randive, P. S. N., Chaudhari, S., Barde, S., Devices, E., Mittal, S., Schmidt, M. W. M., Id, S. N. A., PREISER, W. F. E., OSTROFF, E., Choudhary, R., Bit-cell, M., In, S. S., Fullfillment, P., ... Fellowship, W. (2021). Health Action Process Approach. *Frontiers in Neuroscience*, 14(1), 1–13.
- Tetrapoik, J. C., Nugroho, K. P. A., & De Fretes, F. (2020). Upaya Keluarga dalam Perawatan Klien TB Paru dengan Komorbid Diabetes Melitus Di Kota Salatiga. *Jurnal Sains Dan Kesehatan*, 2(4), 331–339. <https://doi.org/10.25026/jsk.v2i4.159>
- Thungana, Y., Wilkinson, R., & Zingela, Z. (2022). Comorbidity of mental ill-health in tuberculosis patients under treatment in a rural province of South Africa: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 12(11), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058013>
- UNICEF (United Nations Children's Fund). (2021). Profil Remaja 2021. *Unicef*, 917(2016), 1–9. <https://www.unicef.org/indonesia/media/9546/file/Profil>

Remaja.pdf

- Wahyuni. T et al. (2021). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Dilengkapi Riset dan praktik*. <https://askepbookkeperawatankeluarga.com>
- Wahyuni, M. M. D. (2022). *Pengembangan model self care berbasis dukungan sosial untuk meningkatkan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisis di Rsud Prof. Dr. W.Z. Johannes Kota Kupang*. <https://osf.io/preprints/osf/fn4ua>
- World Health Organization. (2021). Global Tuberculosis Report 2021: Supplementary Material. In *Global tuberculosis report 2021: supplementary material* (p. 153). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>
- World Health Organization (WHO). (2022). WHO: operational handbook on tuberculosis. In *Module 5: Management of tuberculosis in children and adolescents*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340256/9789240022614-eng.pdf>
- Yang, L., Zhao, Y., Wang, Y., Liu, L., Zhang, X., Li, B., & Cui, R. (2015). The Effects of Psychological Stress on Depression. *Current Neuropsychopharmacology*, 13(4), 494–504. <https://doi.org/10.2174/1570159x1304150831150507>
- Yetti R., E., Tombeg, Z., & J. Hadi, A. (2023). Hubungan Sosial Budaya Dengan Upaya Pencegahan TBC di Puskesmas Makale Kabupaten Tana Toraja. *Jurnal Ners*, 7(2), 1364–1373. <https://doi.org/10.31004/jn.v7i2.16393>
- Yuliana, Y., Ampulembang, Y. A., & Roswiyani, R. (2018). Hubungan Antara Dukungan Sosial Dan Coping Dengan Makna Hidup Remaja Penyandang Kanker. *Jurnal Muara Ilmu Sosial, Humaniora, Dan Seni*, 2(1), 262. <https://doi.org/10.24912/jmishumsen.v2i1.1700>
- Yusnitasari, A. S., M.Thaha, I. L., & Syafar, M. (2016). Komorbiditas Diabetes Mellitus Terhadap Manifestasi Klinik Dan Kualitas Hidup Pada Penderita Tuberkulosis Paru. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 11(2), 86–91. <https://doi.org/10.30597/mkmi.v11i2.529>
- Yusuf, M., Rahmadani, A. L., Lestari, Y., & Kurniawan, D. S. (2022). Urgensi Pendidikan Islam dalam Menjaga Kesehatan Mental Remaja di Lingkungan Sekolah pada Era Media Sosial. *IQ (Ilmu Al-Qur'an): Jurnal Pendidikan Islam*, 5(01), 1–17. <https://doi.org/10.37542/iq.v5i01.338>
- Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., Min, B. Q., Tian, Q., Leng, H. X., Du, J. L., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F. F., Yan, T. Y., Dong, H. Q., Han, Y., Wang, Y. P., Cosci, F., & Wang, H. X. (2020). Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(4), 242–250. <https://doi.org/10.1159/000507639>

BAB II
TOPIK PENELITIAN I
STUDI KUALITATIF : DUKUNGAN KELUARGA UNTUK KESEHATAN
JIWA PASIEN TUBERKULOSIS KOMORBID DI KOTA KENDARI
PERSPEKTIF SOSIAL, SPIRITUAL, BUDAYA, DAN LITERASI
KESEHATAN

2.1 Abstrak

Latar belakang: Tuberkulosis (TB) yang bersamaan dengan komorbiditas, seperti diabetes, HIV, atau gangguan kesehatan mental, menciptakan tantangan besar bagi pasien, terutama dalam aspek kesehatan jiwa. Keluarga sebagai unit sosial penting berperan dalam mendukung kesehatan mental pasien. Penelitian ini mengeksplorasi peran keluarga dalam mendukung kesehatan jiwa pasien TB komorbid di Kota Kendari, dengan mempertimbangkan aspek sosial, spiritual, budaya, dan literasi kesehatan.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pemahaman keluarga mengenai kesehatan jiwa dan dukungan keluarga terhadap kesehatan jiwa pasien TB komorbid di Kota Kendari. Secara khusus, penelitian ini mengeksplorasi bentuk dukungan keluarga yang meliputi dukungan sosial, spiritual support, budaya, serta literasi kesehatan yang memengaruhi kondisi kesehatan jiwa pasien.

Metode : Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi fenomenologis. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan 11 anggota keluarga pasien TB komorbid dan 5 informan kunci yang terdiri atas akademisi, programmer TB, Wasor TB Dinkes dan Psikolog yang dipilih secara purposiv. Analisis data dilakukan menggunakan metode analisis konten tematik dengan bantuan perangkat lunak Nvivo .

Hasil : Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemahaman keluarga tentang TB komorbid masih terbatas, dengan beberapa keluarga baru menyadari istilah "komorbid" dan dampaknya pada kesehatan jiwa pasien. Dukungan keluarga terbagi dalam berbagai bentuk, antara lain dukungan emosional, pengawasan pengobatan, serta dukungan sosial dan spiritual yang signifikan. Selain itu, budaya lokal juga mempengaruhi cara keluarga memberikan dukungan, dengan beberapa keluarga masih bergantung pada pengobatan tradisional atau spiritual. Literasi kesehatan keluarga terkait TB komorbid juga ditemukan rendah, namun ada kesadaran bahwa edukasi lebih lanjut mengenai kondisi ini sangat dibutuhkan.

Kesimpulan : Dukungan keluarga merupakan faktor kunci dalam menjaga kesehatan jiwa pasien TB komorbid, meskipun terdapat tantangan dalam hal pemahaman dan literasi kesehatan. Edukasi yang lebih baik mengenai pengelolaan penyakit dan pentingnya dukungan psikososial perlu diberikan kepada keluarga pasien untuk memperbaiki kualitas hidup dan hasil pengobatan.

Intervensi berbasis komunitas yang memperkuat literasi kesehatan keluarga serta mengurangi stigma terhadap pasien TB komorbid.

Kata Kunci: Dukungan Keluarga, Kesehatan Jiwa, TB Komorbid

2.2 Pendahuluan

Tuberkulosis masih menjadi tantangan kesehatan masyarakat global yang signifikan, terutama jika terjadi bersamaan dengan kondisi kesehatan lain, yang dikenal sebagai penyakit penyerta (Fadhil et al., 2022) ; (Nursasi et al., 2021). Penanganan masalah kesehatan yang kompleks ini memerlukan pemahaman yang komprehensif tentang berbagai faktor yang memengaruhi hasil pasien, termasuk peran keluarga (Wingfield et al., 2018). Unit keluarga berfungsi sebagai sistem pendukung yang penting bagi individu yang berjuang melawan TB dan kondisi penyerta, dan pemahaman mereka tentang penyakit ini, ditambah dengan dukungan yang mereka berikan, dapat berdampak signifikan terhadap kepatuhan pengobatan dan kesejahteraan secara keseluruhan. Menganalisis perspektif keluarga melalui sudut pandang budaya, literasi kesehatan, dukungan sosial, dan spiritual support memberikan wawasan berharga tentang dinamika multifaset yang berperan dalam mengelola penyakit penyerta TB (Barik et al., 2020). Kepercayaan dan praktik budaya dapat secara mendalam membentuk persepsi tentang penyakit, perilaku mencari pengobatan, dan kepatuhan terhadap rekomendasi medis (Das, 2021). Literasi kesehatan, atau kemampuan untuk memahami dan memanfaatkan informasi kesehatan, sangat penting bagi keluarga untuk secara efektif menavigasi kompleksitas TB dan penanganannya (Kamenye et al., 2016). Dukungan sosial, yang mencakup bantuan emosional, informasional, dan praktis, memainkan peran penting dalam meringankan beban yang terkait dengan penyakit kronis dan meningkatkan ketahanan. Spiritual support, yang mencakup kepercayaan dan praktik berbasis agama, dapat memberikan pelipur lara, makna, dan harapan bagi pasien dan keluarga mereka yang menghadapi tantangan komorbiditas TB (Davoudi-Kiakalayeh et al., 2017).

Tuberkulosis, penyakit menular yang utamanya menyerang paru-paru, menimbulkan tantangan kesehatan global yang signifikan, khususnya jika terjadi bersamaan dengan komorbiditas lainnya seperti Diabetes, HIV, psikologi disorder dan sejenisnya (Foo et al., 2022b). Memahami hubungan yang rumit antara TB dan kesehatan mental dalam konteks budaya tertentu akan membawa kita pada satu persepsi yang menempatkan pentingnya edukasi untuk mengembangkan intervensi yang efektif dan peka terhadap budaya. Metode penelitian kualitatif sangat berharga dalam mengeksplorasi perspektif, pengalaman, dan keyakinan dari individu yang terkena komorbiditas TB, yang memungkinkan peneliti untuk menyelidiki realitas subjektif yang membentuk

perilaku pencarian kesehatan dan kepatuhan pengobatan mereka (Addo et al., 2022). Literatur yang ada menyoroti pentingnya mengatasi determinan sosial kesehatan, seperti kemiskinan, stigma, dan kurangnya akses ke layanan kesehatan, yang dapat berdampak signifikan pada kejadian TB dan kesejahteraan mental (Fuady et al., 2024).

Mengeksplorasi perspektif budaya dapat mengungkap faktor-faktor tersembunyi dan titik intervensi potensial yang mungkin terlewatkan oleh pendekatan biomedis murni. Hal ini mencakup keyakinan dan praktik budaya seputar TB yang sangat penting untuk memahami bagaimana individu memandang penyakit, penyebabnya, dan perawatan yang tepat (Yetti R. et al., 2023). Dalam banyak budaya, TB dikaitkan dengan stigma dan rasa malu, yang menyebabkan keterlambatan dalam mencari perawatan dan isolasi sosial (Craciun et al., 2023). Selain itu, keyakinan budaya tentang etiologi TB maupun komorbidnya, seperti mengaitkannya dengan penyebab supernatural atau faktor keturunan yang dapat memengaruhi keputusan dan kepatuhan pengobatan.

Literasi kesehatan masyarakat terkait tuberkulosis (TB) komorbid juga merupakan aspek krusial dalam pengendalian penyakit dan peningkatan kualitas hidup pasien. Literasi kesehatan didefinisikan sebagai kemampuan individu untuk memperoleh, memahami, dan menggunakan informasi kesehatan yang diperlukan dalam membuat keputusan terkait kesehatan (Wouters et al., 2020). Dalam konteks TB dengan komorbiditas — misalnya HIV, diabetes mellitus, atau gangguan kesehatan mental — tantangan literasi menjadi semakin kompleks karena individu harus memahami interaksi antara beberapa kondisi medis sekaligus (Ivanova et al., 2024). Penelitian menunjukkan bahwa tingkat literasi kesehatan yang rendah berkorelasi dengan keterlambatan diagnosis TB, ketidakpatuhan terhadap regimen pengobatan, serta peningkatan risiko komplikasi akibat komorbiditas (Ramos et al., 2023). Sebagian besar masyarakat, khususnya di negara-negara dengan beban TB tinggi, masih memiliki pemahaman yang terbatas tentang faktor risiko komorbid TB seperti diabetes mellitus dan HIV/AIDS (Chauhan et al., 2024; Sil et al., 2020). Hal ini menyebabkan rendahnya upaya pencegahan sekunder, buruknya manajemen pengobatan, serta memperbesar stigma terhadap pasien dengan penyakit ganda (Barik et al., 2020; Penaloza et al., 2019).

Di samping itu, pemahaman masyarakat mengenai aspek penting seperti pentingnya skrining ganda (misalnya, pemeriksaan TB di antara pasien diabetes dan sebaliknya), efek samping pengobatan gabungan, serta kebutuhan akan perawatan berkelanjutan, masih terbatas (Asante-Poku et al., 2019; Prakoso et al., 2023). Studi-studi di berbagai negara menunjukkan bahwa bahkan di populasi dengan akses kesehatan yang relatif baik, miskonsepsi tentang TB komorbid tetap tinggi. Misalnya, banyak yang keliru mengaitkan gejala TB

dengan penyakit umum lain sehingga menunda pengobatan. Secara umum, faktor-faktor yang mempengaruhi literasi kesehatan terkait TB komorbid meliputi tingkat pendidikan formal, akses terhadap informasi kesehatan berbasis bukti, dukungan sistem layanan kesehatan, serta kepercayaan budaya lokal (McMurry et al., 2019). Kurangnya program pendidikan kesehatan yang menasar komorbiditas secara spesifik juga menjadi kendala utama dalam memperbaiki literasi ini. Upaya peningkatan literasi kesehatan masyarakat mengenai TB komorbid harus dilakukan secara integratif, mencakup edukasi yang sederhana namun berbasis bukti, penguatan promosi kesehatan melalui media massa, pelibatan kader kesehatan masyarakat, dan penggunaan strategi komunikasi yang sensitif budaya (Penaloza et al., 2019). Intervensi literasi kesehatan yang efektif telah terbukti meningkatkan kepatuhan pasien, mempercepat deteksi dini komorbiditas, dan meningkatkan hasil pengobatan secara keseluruhan (Raviglione & Sulis, 2016).

Dukungan sosial masyarakat terhadap individu dengan TB komorbid memegang peranan penting dalam proses pencegahan, pengobatan, serta pemulihan penyakit. Dukungan sosial didefinisikan sebagai persepsi individu terhadap ketersediaan bantuan emosional, informasional, dan instrumental dari lingkungan sosialnya. Dalam konteks TB dengan komorbiditas (seperti HIV/AIDS, diabetes mellitus, atau gangguan mental), kebutuhan akan dukungan sosial menjadi lebih kompleks, karena pasien tidak hanya menghadapi beban fisik, tetapi juga stigma sosial ganda. Penelitian menunjukkan bahwa dukungan sosial yang kuat berhubungan positif dengan tingkat kepatuhan pasien terhadap pengobatan, penurunan beban psikologis, dan peningkatan hasil klinis (Acoba, 2024). Bentuk dukungan yang paling relevan untuk pasien TB komorbid meliputi dukungan emosional (seperti empati dan penguatan psikologis), dukungan instrumental (seperti bantuan dalam mengakses layanan kesehatan atau memenuhi kebutuhan nutrisi), serta dukungan informasional (seperti edukasi tentang manajemen komorbiditas) (Alinaitwe et al., 2025).

Namun, gambaran di berbagai komunitas, terutama di negara-negara berkembang, memperlihatkan bahwa dukungan sosial sering kali bersifat ambigu. Di satu sisi, keluarga dan komunitas dapat menjadi sumber kekuatan utama; namun di sisi lain, pasien juga sering mengalami stigma, isolasi sosial, atau diskriminasi akibat ketidaktahuan masyarakat tentang mekanisme penularan TB dan hubungan TB dengan penyakit lain seperti HIV (Soleman et al., 2021).

Beberapa studi juga mengungkapkan bahwa stigma terhadap TB dan penyakit komorbid lainnya dapat menurunkan tingkat keterbukaan pasien dalam mencari dukungan, memperburuk kesehatan mental, dan menghambat akses terhadap pengobatan yang berkelanjutan. Dalam banyak kasus, dukungan sosial

menjadi lebih efektif bila dikombinasikan dengan program intervensi komunitas berbasis pemberdayaan, edukasi kesehatan, dan pengurangan stigma (Bizuneh et al., 2024). Secara keseluruhan, penguatan dukungan sosial dalam komunitas untuk pasien TB komorbid memerlukan pendekatan multisektoral yang melibatkan keluarga, tokoh masyarakat, kader kesehatan, serta penyedia layanan kesehatan (Foo et al., 2022b). Intervensi berbasis komunitas yang menekankan pada peningkatan pengetahuan, pengurangan stigma, dan promosi solidaritas sosial terbukti meningkatkan keterlibatan pasien dalam perawatan dan mempercepat pemulihan (World Health Organization (WHO), 2022a).

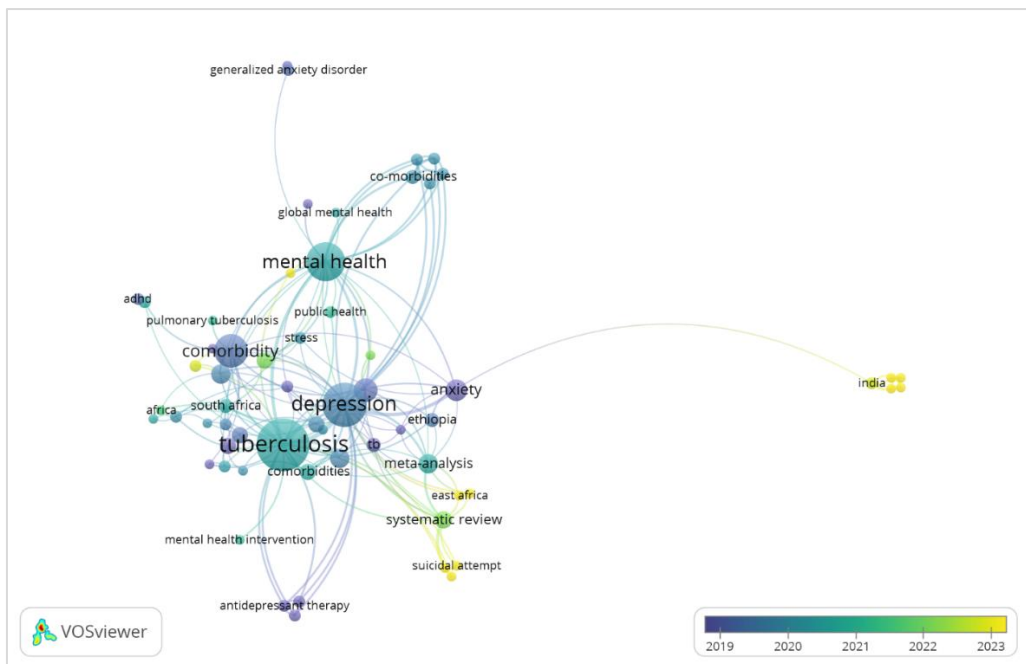
Spiritual support masyarakat terhadap penderita TB komorbid merupakan elemen penting yang dapat memperkuat ketahanan psikologis dan kualitas hidup pasien. Spiritual support mencakup pemberian bantuan berbasis nilai-nilai keagamaan, kepercayaan, atau makna eksistensial yang membantu individu dalam menghadapi penyakit (Saleem & Majeed, 2023). Pada pasien TB dengan komorbiditas seperti HIV/AIDS, diabetes mellitus, atau gangguan mental, kebutuhan spiritual menjadi semakin signifikan mengingat kompleksitas fisik dan emosional yang mereka alami. Penelitian menunjukkan bahwa pasien yang menerima spiritual support dari keluarga, teman, pemuka agama, dan komunitas keagamaan cenderung memiliki tingkat kecemasan yang lebih rendah, kepatuhan pengobatan yang lebih tinggi, serta pandangan yang lebih optimistis terhadap proses penyembuhan (Mancini et al., 2023). Dukungan ini dapat berupa doa, ritual keagamaan, konseling berbasis kepercayaan, maupun pembinaan spiritualitas yang memperkuat makna hidup pasien di tengah keterbatasan penyakit.

Dalam banyak budaya, termasuk di negara berkembang dengan beban TB tinggi, pendekatan spiritual bukan hanya bersifat pribadi, tetapi juga berbasis komunitas. Keterlibatan tokoh agama, seperti ustaz, pendeta, atau dukun adat, sering kali berperan dalam memperkuat motivasi pasien untuk bertahan dalam pengobatan jangka panjang. Di beberapa komunitas, aktivitas seperti doa bersama, dukungan moril berbasis keimanan, serta kegiatan rohani kolektif terbukti meningkatkan rasa keterhubungan sosial (belongingness) dan memperkuat daya tahan mental pasien (Dewi et al., 2023).

Namun, penting dicatat bahwa dalam beberapa kasus, interpretasi spiritual yang keliru — misalnya keyakinan bahwa TB adalah hukuman atas dosa atau takdir yang tidak bisa diubah — justru dapat memperburuk stigma, mengurangi inisiatif pengobatan, atau menyebabkan pasien menolak intervensi medis. Oleh karena itu, pendekatan spiritual support harus disinergikan dengan edukasi kesehatan berbasis budaya agar mendukung pengobatan medis, bukan menggantikannya (Arrey et al., 2019). Secara keseluruhan, spiritual support

yang positif berpotensi menjadi komponen integral dalam intervensi berbasis komunitas untuk pasien TB komorbid. Integrasi pendekatan medis dan spiritual terbukti mempercepat pemulihan holistik, memperbaiki kualitas hidup, serta mengurangi beban psikososial yang dihadapi pasien (Branch & Hill, 2023).

Ragam variabel yang mendukung aspek kesehatan jiwa di atas umumnya terbatas pada pasien penderita TB dengan mengkajinya secara terpisah. Baik berkaitan dengan kualitas hidup pasien, dukungan yang mereka peroleh maupun problem kesehatan mental dengan berbagai jenisnya. Hal ini terlihat dari visualisasi penelitian yang telah dilakukan sebelumnya pada gambar berikut :



Gambar 2.1 Visualisasi Penelitian Mengenai Kesehatan Jiwa Penderita TB

Berbeda dengan penelitian-penelitian sebelumnya, penelitian ini menghadirkan perspektif baru dengan mengeksplorasi secara kualitatif bentuk dukungan keluarga terhadap kesehatan jiwa khususnya pada pasien tuberkulosis (TB) komorbid melalui empat dimensi utama, yaitu sosial, spiritual, budaya, dan literasi kesehatan. Pendekatan fenomenologis yang digunakan memberikan pemahaman mendalam mengenai dinamika dukungan keluarga dalam konteks budaya lokal di Kota Kendari yang multi-etnis. Temuan tahap ini mencoba mengungkap tingkat literasi kesehatan dan pemahaman keluarga terhadap komorbiditas TB, peran faktor budaya dan spiritual sebagai sumber kekuatan sekaligus tantangan dalam mendukung kesehatan jiwa pasien, serta perilaku sehat yang berimplikasi pada dukungan keluarga bagi kesehatan jiwa

pasien TB komorbid. Pendekatan holistik yang menempatkan keluarga sebagai unit analisis utama ini menjadi kebaruan penting, karena penelitian-penelitian sebelumnya cenderung berfokus pada individu pasien dan belum mengaitkan aspek psiko-sosio-spiritual secara integratif.

2.3 Tujuan Penelitian

2.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian yakni untuk mengeksplorasi dan menganalisis bentuk dukungan integratif keluarga terhadap kesehatan jiwa pada pasien TB Komorbid di Kota Kendari.

2.3.2 Tujuan Khusus

2.3.2.1 Untuk mengeksplorasi pemahaman keluarga mengenai dukungan kesehatan jiwa pada pasien TB komorbid di Kota Kendari.

2.3.2.2 Menganalisis bentuk dukungan keluarga untuk kesehatan jiwa pada pasien TB Komorbid di Kota Kendari.

2.3.2.3 Menganalisis hambatan dan tantangan keluarga untuk mendukung kesehatan jiwa pada pasien TB Komorbid di Kota Kendari.

2.4 Tinjauan Teori

2.4.1 Tinjauan Tentang Keluarga

Keluarga, dalam konteks sosiologis dan kesehatan, didefinisikan sebagai unit sosial dasar yang terdiri dari individu yang terikat melalui hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, dan yang tinggal bersama atau memiliki ikatan emosional yang kuat. Menurut World Health Organization (1980), keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memengaruhi kesehatan fisik, mental, dan sosial individu sepanjang siklus hidup. Keluarga tidak hanya menyediakan kebutuhan biologis dan fisik, tetapi juga menjadi sumber dukungan emosional, nilai-nilai, dan norma yang penting dalam proses adaptasi terhadap penyakit.

Keluarga memainkan peran sentral dalam perjalanan pengobatan pasien TB yang mengalami komorbiditas (penyakit penyerta seperti diabetes, HIV, atau gangguan mental). Dukungan keluarga tidak hanya bersifat emosional, tetapi juga instrumental, informasi, dan apresiatif (Wen et al., 2020). Penelitian menunjukkan bahwa keterlibatan keluarga meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan, membantu pasien mengelola efek samping, dan memberikan motivasi untuk menyelesaikan terapi yang panjang dan kompleks (Marais et al., 2019).

Dalam konteks TB komorbid, di mana kondisi kesehatan fisik dan mental pasien cenderung lebih rentan, keluarga berfungsi sebagai *buffer* terhadap tekanan psikologis, stigma sosial, dan kelelahan pengobatan (Saunders et al., 2023). Selain itu, penyakit penyerta berperan sebagai komponen eksternal yang jika ditambahkan dalam manajemen penanganan TB, akan membuatnya semakin rumit. Di antara berbagai penyakit penyerta yang berinteraksi dengan penyakit TB yakni diabetes melitus dan depresi. Ini merupakan dua penyakit yang paling umum di antara penyakit tidak menular dalam populasi TB dan perlu dipertimbangkan secara matang dalam menyediakan perawatan untuk mereka. Pasien TB dengan diabetes melitus (TB-DM) atau depresi memiliki risiko kematian, kekambuhan yang lebih tinggi. Kedua penyakit ini jika disertai TB menghadirkan mekanisme seperti 'lingkaran setan', yang mengindikasikan bahwa efek dari masing-masing penyakit dapat bertambah negatif secara sinergis, sehingga memperumit kondisi kesehatan pasien. Di antara pasien TB-DM, kadar glukosa darah yang tinggi dapat menurunkan efektivitas obat anti-tuberkulosis. Meski demikian, dosis obat anti-tuberkulosis yang lebih tinggi berpotensi menurunkan efek obat DM. Di antara pasien TB-depresi, tidak hanya memiliki masalah kepatuhan terhadap pengobatan, tetapi depresi itu sendiri secara biologis dapat mengubah profil imunologi yang bertanggung jawab atas penanganan TB, dan sebaliknya, TB sendiri dapat mengubah keseimbangan hormonal dari beberapa neurotransmitter yang bertanggung jawab atas depresi (Guillermo Cáceres, Rodrigo Calderon, 2022).

Dukungan keluarga yang baik terkait erat dengan peningkatan kualitas hidup pasien, mempercepat pemulihan, serta mengurangi angka kegagalan pengobatan dan kekambuhan penyakit. Selain itu, edukasi keluarga mengenai TB dan komorbiditasnya terbukti meningkatkan literasi kesehatan, mengoreksi miskonsepsi, serta mendorong sikap proaktif dalam merawat anggota keluarga yang sakit (Ku et al., 2020). Namun, beberapa studi juga menunjukkan tantangan, seperti kurangnya pemahaman keluarga tentang pentingnya perawatan komprehensif, stigma internal terhadap penyakit, dan keterbatasan sumber daya sosial-ekonomi (Scheunemann et al., 2023). Oleh karena itu, program intervensi berbasis keluarga—seperti konseling keluarga, pendidikan kesehatan, dan pelibatan aktif dalam pengambilan keputusan medis—menjadi rekomendasi utama dalam manajemen TB komorbid modern. Secara keseluruhan, peran keluarga dalam mendukung pasien TB komorbid saat ini diakui sebagai komponen esensial dalam model perawatan berbasis komunitas dan sistem kesehatan primer. Peran keluarga sangat penting dalam mewujudkan kesehatan jiwa pasien dan mereduksi stigma yang ada di tengah masyarakat.

Istilah 'stigma' merujuk pada "pengucilan, penolakan, kesalahan, atau devaluasi yang diakibatkan oleh pengalaman atau antisipasi wajar terhadap

penilaian sosial yang merugikan” karena suatu kondisi tertentu. Demikian pula, stigma merujuk pada suatu proses sosial di mana orang-orang, karena takut terhadap penyakit, berusaha mempertahankan kontrol sosial dengan membandingkan mereka yang normal dengan mereka yang berbeda (Hartini et al., 2018). Stigma menyebabkan perasaan malu, identitas yang ternoda, meningkatkan stres yang terkait dengan penyakit, dan berkontribusi terhadap morbiditas psikologis dan sosial. Karena takut diidentifikasi sebagai pasien TB, individu mungkin tidak mencari layanan perawatan kesehatan untuk TB, yang menyebabkan keterlambatan dalam diagnosis, pengobatan, dan peningkatan penularan di masyarakat (Chakrabartty et al., 2019). Demikian pula, stigma TB menjadi hambatan untuk kepatuhan, karena pasien mungkin tidak pergi ke pusat kesehatan untuk menerima pengobatan karena takut dilihat tetangga atau teman sekitar (Dixit et al., 2024). Secara historis, TB telah mendapat stigma karena sifatnya yang menular, ketidaktahuan tentang penyebab, penularan, atau pengobatannya, serta hubungannya dengan kelompok-kelompok yang terpinggirkan. Stigma yang dikaitkan dengan HIV dan TB sering kali tumpang tindih karena tingkat koinfeksi yang tinggi di beberapa bagian dunia (Mbutia et al., 2020)

2.4.2 Dukungan Kesehatan Jiwa bagi Penderita TB Komorbid

Penderita Tuberkulosis (TB) dengan komorbiditas—seperti diabetes mellitus, HIV/AIDS, atau gangguan mental—berisiko lebih tinggi mengalami masalah kesehatan jiwa, seperti depresi, kecemasan, dan stres berat (Sweetland et al., 2019). Dukungan kesehatan jiwa menjadi sangat penting dalam mengoptimalkan pengobatan medis sekaligus menjaga kualitas hidup pasien (Momanyi et al., 2024).

Dukungan kesehatan jiwa untuk pasien TB komorbid mencakup beberapa bentuk:

1. Skrining dan deteksi dini gangguan mental pada pasien TB, terutama yang menunjukkan tanda-tanda depresi atau kecemasan berat.
2. Konseling psikososial yang difasilitasi oleh tenaga kesehatan terlatih untuk membantu pasien mengelola beban emosional, memperkuat ketahanan psikologis, dan meningkatkan motivasi menjalani terapi jangka panjang.
3. Integrasi layanan kesehatan mental ke dalam layanan TB primer, seperti pemberian terapi berbasis komunitas, pendampingan sebaya (peer support), dan intervensi berbasis kelompok keluarga.
4. Pelatihan literasi kesehatan jiwa untuk pasien dan keluarganya, yang bertujuan mengurangi stigma internalisasi terhadap penyakit dan mendorong perilaku pencarian bantuan.

Penelitian menunjukkan bahwa dukungan kesehatan jiwa meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan TB, mempercepat remisi penyakit, dan secara signifikan menurunkan angka putus obat pada pasien dengan komorbiditas mental (Lee et al., 2020). Sebaliknya, kurangnya dukungan ini berkontribusi pada keterlambatan pengobatan, ketidakpatuhan, serta memperburuk outcomes klinis. Program-model terbaru, seperti *integrated psychosocial support model* yang diterapkan di beberapa negara berpenghasilan menengah, menggabungkan pengobatan TB dengan layanan dukungan mental dan sosial untuk meningkatkan hasil pengobatan secara menyeluruh (Sweetland et al., 2019).

Dukungan keluarga bagi kesehatan jiwa ditopang beberapa faktor antara lain aspek budaya, dukungan sosial, spiritual support dan aspek literasi kesehatan. Pasien tuberkulosis (TB) dengan komorbiditas seperti diabetes, HIV, atau gangguan mental menghadapi beban penyakit ganda yang tidak hanya mengganggu fisik, tetapi juga meningkatkan risiko gangguan kesehatan jiwa seperti kecemasan, depresi, dan stres psikososial. Dalam konteks ini, keluarga memiliki peran strategis dalam mendukung kesehatan jiwa pasien, meliputi (Falah et al., 2025; World Health Organization (WHO), 2022a):

1. **Dukungan Emosional**

Keluarga memberikan kasih sayang, pengertian, empati, dan rasa aman. Dukungan emosional ini membantu mengurangi kecemasan, stres, dan perasaan isolasi sosial pada pasien TB komorbid, yang sangat rentan terhadap stigma.

2. **Dukungan Instrumental**

Ini mencakup bantuan praktis seperti mengingatkan pengobatan rutin (Directly Observed Treatment, Short-course/DOTS), mengantar ke fasilitas kesehatan, serta membantu memenuhi kebutuhan nutrisi dan kebersihan, yang berkontribusi pada kestabilan kondisi mental pasien.

3. **Dukungan Informasional**

Keluarga berperan dalam membantu pasien memahami penyakitnya, proses pengobatan, serta pentingnya menjaga kesehatan mental. Edukasi yang tepat dari keluarga dapat memperkuat motivasi pasien untuk patuh terhadap pengobatan.

4. **Pencegahan Stigma Internal**

Anggota keluarga yang menerima dan tidak mendiskriminasi pasien TB komorbid berkontribusi besar dalam mencegah terbentuknya self-stigma (stigma internal), yang dapat memperburuk kondisi mental pasien.

5. **Mediating Access to Care**

Keluarga sering kali menjadi penghubung antara pasien dan layanan kesehatan, termasuk layanan psikososial atau psikiatri. Mereka mendorong pasien untuk mencari bantuan profesional bila diperlukan.

6. **Meningkatkan Ketahanan Psikologis, Memberi Dukungan Penghargaan**

Dengan menciptakan lingkungan rumah yang suportif dan stabil, keluarga dapat meningkatkan *resilience* pasien — yaitu kemampuan untuk bangkit dari tekanan mental akibat penyakit.

Rendahnya literasi berdampak pada rendahnya dukungan dalam mewujudkan kesehatan jiwa bagi pasien TB utamanya mereka yang mengalami TB dengan penyakit penyerta.

2.5 Metode Penelitian

Tahap penelitian ini adalah untuk menjawab pertanyaan penelitian pertama. Di tahap ini peneliti melakukan studi kualitatif dengan mengeksplorasi dan menganalisis pemahaman, bentuk dukungan yang diberikan keluarga, juga hambatan yang dirasakan hingga harapan keluarga mengenai bentuk edukasi yang diinginkan dalam upaya menjaga kondisi kesehatan jiwa penderita TB komorbid. Pada tahap ini peneliti juga mengeksplorasi bagaimana peran keluarga dan dukungan seperti apa yang dibutuhkan penderita TB komorbid untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan jiwa mereka. Peneliti melakukan observasi lapangan, studi dokumentasi, dan wawancara mendalam untuk mendapatkan informasi terkait *spiritual support*, dukungan sosial, budaya dan literasi kesehatan keluarga untuk meningkatkan kondisi kesehatan jiwa penderita TB komorbid. Hasil wawancara yang dilakukan akan menjadi rujukan bagi penelitian dalam menyusun modul edukasi serta rujukan untuk menyusun model mengenai dukungan keluarga bagi kesehatan jiwa pasien TB komorbid.

2.5.1 Informan Utama

Penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan purposive sampling. Adapun kriteria dan justifikasi dalam pemilihan informan yaitu: Keluarga, baik suami atau istri, orang tua maupun anak pasien TB komorbid. Informan yang dipilih merupakan informan yang dipercaya untuk menjadi sumber data yang mengetahui topik penelitian secara mendalam terutama terkait dukungan keluarga bagi kesehatan jiwa penderita TB komorbid.

2.5.2 Informan Kunci

Programer/Kader TB, Wasor TB Dinkes Kota, Psikolog dan Akademisi yang berdomisili di Kota Kendari.

2.5.3 Alat dan Instrumen Penelitian

Alat atau instrument yang digunakan dalam pengumpulan data kualitatif sebagai berikut: Pedoman wawancara mendalam (*Indepth-Interview*). Panduan disesuaikan dengan kondisi wilayah dan dibuat berdasarkan identifikasi dan temuan hasil yang memunculkan informasi baru. Alat pendukung pengumpulan data, terdiri dari buku catatan, alat perekam suara suara (*recorder*), dan HP (*handphone*) untuk dokumentasi pengambilan gambar (Sugiyono, 2019). Informed Consent yaitu form permohonan kesediaan dan form persetujuan menjadi informan dari peneliti.

2.5.4 Pengumpulan Data

Data yang diambil dengan menggunakan teknik wawancara mendalam (*indepth interview*) kepada pihak pihak keluarga, dan informan pendukung dari kalangan akademisi, dan praktisi.

2.5.5 Teknik Pelaksanaan Wawancara Mendalam:

1. Melakukan kordinasi untuk pelaksanaan kegiatan penelitian dengan pihak puskesmas, mengidentifikasi- informan penelitian dengan pihak kelurahan khususnya pasien dan keluarga pasien.
2. Menemui informan dan informan kunci, dan meminta kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.
3. Menjelaskan tentang penelitian dan tujuannya kepada semua subjek penelitian.
4. Menyepakati waktu dan tempat pertemuan dengan informan dan informan kunci untuk melakukan wawancara.
5. Melakukan wawancara dengan informan kunci.
6. Wawancara mendalam dilakukan dengan cara mengajukan pertanyaan secara mendalam dan terbuka dengan tatap muka langsung terhadap informan. Dalam melakukan wawancara berpedoman pada wawancara yang berisi daftar pertanyaan yang telah dipersiapkan sebelumnya berisi pertanyaan-pertanyaan kunci tentang persepsi keluarga dan masyarakat terhadap kesehatan mental pada pasien tuberkulosis, persepsi masyarakat tentang hubungan antara nilai-nilai dan kepercayaan budaya lokal yang berkaitan dengan kesehatan mental pasien tuberkulosis, komorbiditas dan pemahaman masyarakat tentang kesehatan jiwa bagi pasien TB komorbid.

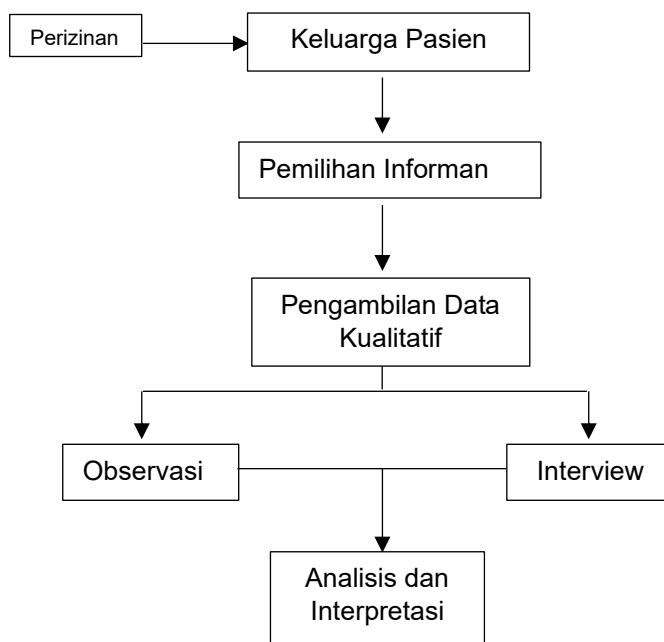
2.5.6 Analisis data

Analisis data adalah upaya peneliti kualitatif untuk meringkas data yang dikumpulkan secara akurat dan data diandalkan (Creswell, 2009). Analisis data dalam penelitian ini akan menggunakan INVIVO. Adapun prosedur pengolahan dan analisis data kualitatif dilakukan secara terus menerus hingga tuntas dan informasi yang dibutuhkan telah terpenuhi. Pengolahan data kualitatif dengan *content analysis* pada penelitian ini meliputi tahapan-tahapan berikut (Ahmed, 2025):

Tabel 2.1 Prosedur pengolahan dan analisis data kualitatif

No	Tahapan	Deskripsi
1	Transkripsi, pengenalan data dan pemilihan kutipan	Ini adalah tahap awal proses analisis tematik. Tahap ini melibatkan transkripsi data dan familiarisasi dengan data yang diperoleh. Mengidentifikasi tema awal dan bagian penting kutipan yang mewakili berbagai sudut pandang yang relevan dengan tujuan penelitian
2	Pemilihan kata kunci	Fase ini melibatkan pemeriksaan mendalam terhadap data hasil wawancara. Peneliti mengidentifikasi pola maupun istilah yang berulang dan menunjukkannya sebagai kata kunci. Kata kunci ini menggambarkan pengalaman dan persepsi peserta dan langsung diambil dari data.
3	Pengkodean	Pada langkah ketiga, pengkodean, frasa pendek atau kata-kata yang dikenal sebagai kode, diberikan kepada segmen data yang menangkap pesan inti, makna, atau tema data. Langkah ini menyederhanakan data teks yang kompleks di mana kata kunci memainkan peran penting dalam pengkodean karena mereka menjadi landasan analisis dan membantu mengubah data mentah menjadi unit yang bermakna dan dapat dikelola
4	Analisis tematik	Analisis tematik melibatkan pengelompokan kode-kode menjadi kelompok yang bermakna untuk mengidentifikasi pola dan hubungan, sehingga memberikan wawasan tentang pertanyaan penelitian.
5	Konseptualisasi	Interpretasi kata kunci, kode dan tema

2.6 Rancangan dan Alur Penelitian



Gambar 2.2. Rancangan dan Alur Penelitian

2.7 Hasil dan Pembahasan

2.7.1 Hasil Penelitian

Berikut adalah data informan di tahap penelitian kualitatif :

Tabel 2.2 Data Informan penelitian

Informan	Profil
Informan utama	Keluarga Pasien
Ny. Ny	41 tahun
Ny. LM	45 tahun
Ny. Hn	33 tahun
Ny. Hty	23 tahun
Ny. Ks	54 tahun
Ny. LS	43 tahun
Ny. SM	45 tahun
Ny. HR	51 tahun
Ny. Dv	27 tahun
Ny MN	32 tahun
Ny Ft	41 tahun

Informan	Profil
Informan utama	Keluarga Pasien
Informan Kunci	Programer/Kader TB, Wasor TB Dinkes Kota, Akademisi, yang berdomisili di kota Kendari
IT	Programer TB PKM Lepo-Lepo
AJ	Prigramer TB PKM Poasia
Yn	Programer TB PK Puwatu
NS	Programer TB PKM Kemaraya
RZK	Wasor TB Dinkes Kota Kendari
AD	Promkes TB Dinkes Kota Kendari
WCB	Psikolog Klinis
Ys	Sosiolog
HTB	Akademisi Kesehatan Masyarakat

Penelitian kualitatif ini menghasilkan temuan berikut :

1. Pemahaman keluarga mengenai TB, Komorbid dan dukungan kesehatan jiwa pada pasien TB komorbid

Berdasarkan hasil transkrip wawancara, terdapat beberapa istilah lokal dari berbagai suku (Muna, Tolaki, Buton maupun Bugis) yang bermukim di Kota Kendari antara lain :



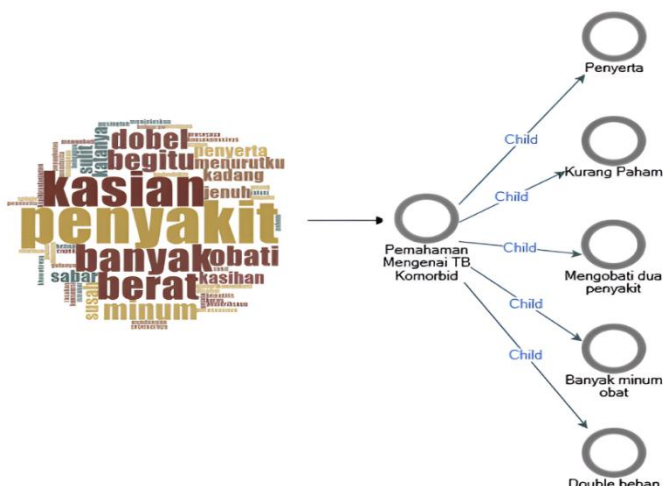
Gambar 2.3 Istilah lokal TB

- a. Hoda
Istilah lokal untuk masyarakat Muna/Buton, untuk mendeskripsikan gejala penyakit TB.
- b. Hosa
Istilah khas daerah khususnya suku tolaki untuk menggambarkan gejala TB.
- c. Kobu
Istilah khas daerah khususnya suku muna untuk menggambarkan gejala TB dan komorbidnya.

d. Posso

Istilah khas daerah khususnya suku Bugis untuk menggambarkan gejala TB.

Adapun pemahaman informan mengenai komorbid terlihat dari word tree dan word cloud yang dipetakan berdasarkan hasil wawancara berikut :



Gambar 2. 4 Persepsi Informan Mengenai Tb dan Komorbiditas

Gambar 2.4 menyajikan beragam persepsi dari para informan tentang kondisi TB yang disertai penyakit lain (komorbid). Beberapa narasi menunjukkan ketidaktahuan awal seperti melalui yang menyatakan bahwa mereka baru mendengar istilah komorbid sehingga masih kurang paham mengenai hal ini. Sementara yang lain mengungkapkan beban fisik dan mental, misalnya “*dobel beban*” atau mempersepsikan beban ganda penyakit yang diderita membuat pasien harus “*minum banyak obat*”. Ada pula kesadaran tentang kompleksitas pengobatan dan dampaknya, seperti “*mengobati dua penyakit*” yang dapat berdampak pada ginjal. Muncul juga respon empati berupa ekspresi rasa kasihan dan memberi motivasi kepada pasien untuk memiliki sikap resiliensi yang dinyatakan informan seperti pernyataan “*sabar dalam menjalani pengobatan*” karena memahami bahwa pengobatan panjang dalam memulihkan dua penyakit tentu akan membuat pasien jenuh.

Meski demikian, berdasarkan hasil wawancara mendalam ditemukan bahwa istilah untuk TB maupun komorbiditasnya secara lokal lebih menunjukkan pada gejala yang tampak secara fisik. Secara keseluruhan terlihat adanya akulturasi istilah medis ke dalam istilah lokal masyarakat. Masyarakat pun pada umumnya mengidentifikasi gejala TB berupa batuk yang berkepanjangan disertai demam. Adapun untuk komorbiditasnya, masyarakat menggunakan istilah lokal seperti “*penyakit gula/ogola*” atau “*kencing manis*” untuk diabetes, sebagai

penyerta. Hal ini terlihat dari analisis tematik pada kutipan wawancara mendalam berikut :

Tabel 2. 3 Kutipan wawancara mengenai TB dan komorbiditasnya

Pertanyaan	Kutipan wawancara	Tema
Apakah ada semacam stigma/penyebutan khas mengenai TB dan penyertanya dalam suku anda yang membuat penderita merasa tidak nyaman?	“ada namanya Hoda atau kobu. Kalau dibilang nda nyaman pasti nda nyaman, kita juga khawatir juga di sekelilingnya. Ya begitumi TB,, (Wawancara Ny SM, 21, Mei 2024) “kalau di kami itu namanya Posso mungkin ya, ya penyakit paru-paru. Ada kalau dibilang takut juga ya namanya penyakit menular.. (Wawancara Ny. Hn, 17 Mei 2024) ... di tolaki namanya hosa mungkin. Hanya hosa itu hanya batuk-batuk mungkin. Tapi kalau TBC itu kan menular, takut juga tapi kalau di kita biasaji juga kita ajak cerita. (Wawancara Ny. Hty, 17 Mei 2024) ”tidak ada, paru-paru, TBC ji juga namanya” (Wawancara Ny. Ks, 18 Mei 2024) ...Iya penyakit TBC, paru-paru (Wawancara Ny.LM, 19 Mei 2024)	Istilah lokal berdasarkan gejala fisik. Akulturasi istilah medis

Pertanyaan	Kutipan wawancara	Tema
	“Gula itu ya kencing manis, diabetes...” (Wawancara Ny. DW, 17 Mei 2024)	
Pengobatan seperti apa yang diyakini dapat menyembuhkan penyakit TB dan penyertanya?	“berobat ke puskesmasji. Sama minum daun-daun yang dibilang bisa turunkan gula. Adaji juga obat dari dokter. (Wawancara Ny. LM, 19 Mei 2024) ...Obat dari dokterji di puskesmas. Ada juga perawat (Wawancara Ny. Hty, 17 Mei 2024) ...ada dari puskesmas untuk gula dan TBC nya. Ya minum daun juga (Wawancara Ny. DW, 17 Mei 2024) ...digabung obat dari puskesmas ada juga kan info dari orang tua minum daun tertentu tapi kadang-kadang saja” (Wawancara Ny.My, 11 Mei 2024) “nda, ke puskesmasji selama ini. alhamdulillah adami tawwa itu yang sembuh juga, sisa kontrol-kontrol saja..karena kan ada juga yang kambuh..” (Wawancara Ny.LS, 28 Mei 2024)	Pengobatan medis dan tradisional (bersifat alternatif) Yakin dengan pengobatan medis

Pertanyaan	Kutipan wawancara	Tema
Apakah pengobatan bagi penderita dilakukan ke non-nakes/dukun?	“...Kan kalau yang kena diabetes itu biasa ada kita minum daun-daun di sekitar kita kayak kulit pohon mangga itu, sama daun-daun yang tumbuh di sekitar rumah. Sambil minum juga obat dari puskesmas” (Wawancara Ny. Hty, 17 Mei 2024) “iya, sambil berobat di dokter juga, ada konsumsi juga to kayak air atau minum beberapa jenis tumbuhan. (Ny My, 11 Mei 2024) Biasa ada keluarga sarankan...Kalau TB ya berobat juga di dokter puskesmas, hanya lama memang.” (Ny Hty, 17 Mei 2024) “iya, disatukan pengobatan kalau dari obat puskesmas yang berapa bulan itu. biasaji juga minum daun-daun, macam-macam tapi kadang-kadangji.” (Ny Hr, 21 Mei 2024) “konsumsi obat dari puskesmas baru diperhatikan lebih banyak makan sayuran. Kalau untuk diabetesnya kita kasih juga makanan yang	Pengobatan medis, ramuan tradisional bersifat alternatif (herbal)

Pertanyaan	Kutipan wawancara	Tema
	bisa kasih turun gula. Nasinya kita ganti nasi merah baru kasih makan sayuran.” (Ny Hn. 1 Juni 2024)	
Menurut pengalaman anda, apa yang dirasakan jika seseorang menderita penyakit seperti TB dan komorbid?	...kalau tante itu batuk baru turun berat badan karena malas makan. Demam juga. Tapi biasa kepanasan lagi.” (DW, 17 Mei 2024) ...batuk-batuk dan demam. Baru turun nafsu makan, itu orang bilang ciri-ciri TB baru diabetes juga to karena kurus. Gula kering kayaknya (Ny LM, 19 Mei 2024) “...batuk-batuk lama sekali. Baru demam berkeringat kalau malam. TB mi itu” (Ny. Hn, 17 Mei 2024) “batuk-batuk baru dia dulu gemuk, langsung turun berat badannya. Ternyata gula juga. TB dengan Diabetes (Ny. Ks, 1 Juni 2024) “demam...batuk tidak berhenti baru turun berat badannya...” (Ny. Hn, 1 Juni 2024)	Pemahaman mengenai gejala TB disertai komorbid Gejala fisik penderita

Secara sosial, masyarakat telah menggunakan istilah maupun terminologi lokal untuk menyebut gejala atau keadaan yang menunjuk pada satu penyakit tertentu. Ini sebagaimana dipaparkan oleh informan kunci berikut ini:

“setiap daerah, suku itu sudah punya istilah masing-masing. Entah untuk menyebut satu penyakit, sakit atau sejenis itu. kan semua itu lahir dari nilai, kepercayaan atau filosofi hidup yang diyakini masing-masing daerah atau suku. Ya, tentang penyakit ini bisa jadi memang ada penyebutan yang khas. Atau ada juga akulturasi atau apa ya, semacam pemadanan bahasa, yang memang istilah ini masih belum ada padanannya secara lokal...” (Ys, Akademisi/Sosiolog, 57, Wawancara 10 Juni 2024)

Adapun pemahaman mengenai masalah kesehatan jiwa sebagian informan belum memahami secara utuh adanya keterkaitan antara masalah TB komorbid dengan masalah kesehatan jiwa. Ini terlihat dari *mind map* yang dihasilkan dari analisis tematik menggunakan Nvivo berikut ini:



Gambar 2. 5 Pemahaman Mengenai Kesehatan Jiwa

Gambar 2.5 merepresentasikan tema utama “Pemahaman tentang Kesehatan Jiwa” yang muncul dari hasil eksplorasi kualitatif, dengan beberapa subtema yang menunjukkan keterbatasan pemahaman informan terkait kesehatan jiwa, khususnya dalam konteks TB komorbid.

a. Kesehatan jiwa dipersepsikan hanya untuk ODGJ

Subtema *“Untuk ODGJ saja”* menunjukkan bahwa sebagian informan memaknai kesehatan jiwa secara sempit, yakni hanya dikaitkan dengan orang dengan gangguan jiwa berat (ODGJ). Persepsi ini menyebabkan

masalah psikologis pada pasien TB—seperti stres, kecemasan, depresi, atau ketakutan akan stigma—tidak dianggap sebagai bagian dari isu kesehatan jiwa yang memerlukan perhatian.

- b. Ketidaktahuan tentang hubungan TB komorbid dengan masalah kejiwaan
Subtema *“Belum tahu bahwa ada hubungannya TB komorbid dengan keswa”* mengindikasikan rendahnya literasi kesehatan terkait keterkaitan antara penyakit TB, komorbiditas, dan kondisi mental. Hal ini mencerminkan belum terintegrasinya pemahaman biopsikososial dalam perspektif pasien, keluarga, maupun sebagian pemangku layanan kesehatan.
- c. Masalah kejiwaan dipahami sebatas kebutuhan pemantauan
Subtema *“Harus dipantau”* menggambarkan bahwa gangguan kejiwaan dianggap sebagai kondisi tambahan yang hanya perlu diawasi, bukan ditangani secara aktif melalui intervensi psikososial atau dukungan keluarga. Pemahaman ini berimplikasi pada minimnya upaya pencegahan dan penanganan dini masalah kesehatan jiwa pada pasien TB komorbid.
- d. Kesehatan jiwa dikaitkan langsung dengan penyakit jiwa
Subtema *“Berkaitan dengan sakit jiwa”* menegaskan adanya stigma konseptual, di mana kesehatan jiwa masih disamakan dengan “sakit jiwa”. Pandangan ini berpotensi menghambat pasien dan keluarga untuk mengakui adanya masalah psikologis serta menurunkan penerimaan terhadap layanan kesehatan jiwa yang bersifat promotif dan preventif.

Kondisi di atas mendeskripsikan bahwa masalah kesehatan jiwa ini sejatinya belum begitu dipahami oleh masyarakat. Hal ini mendorong munculnya pertanyaan baru mengenai aspek praktis yang seharusnya dilakukan keluarga untuk mendukung kesehatan jiwa pasien. Hasil wawancara menunjukkan bahwa sebagian besar responden belum memahami atau bahkan tidak tahu sama sekali apa peran mereka dalam menjaga aspek psikologis pasien TB komorbid. Ini mengindikasikan masih minimnya informasi atau edukasi yang diterima oleh keluarga dan orang terdekat pasien. Bahkan mereka yang mengaku “belum terlalu paham” menunjukkan bahwa meskipun ada kesadaran akan pentingnya peran mereka, petunjuk atau panduan praktik yang konkret belum tersedia bagi mereka. Hal ini dikonfirmasi pada informan kunci dari programer TB dan pihak wasor TB di bawah Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (P2P) Dinas Kesehatan Kota Kendari yang menyatakan sebagai berikut :

“Terkait dengan konseling adanya potensi gangguan mental itu paling melalui kami sendiri. Terkadang pasien saya sendiri, saat kunjungan kami ke rumah, curhat mengenai beban yang dia rasakan. Kan, sudah sangat kenal, jadi sudah jadi teman cerita.”

(IT, Programer TB PKM Lepo-Lepo, Wawancara 31 Mei 2024)

“....Kalau ada gejala ke arah itu, di PKM kan ada bidang konseling, kami arahkan ke situ. Atau kami beri penanganan berupa obat-obatan juga. Meski memang kalau yang ditanyakan ada integrasi antara dua bidang ini—Penanganan TB dan Mental health—memang belum...”

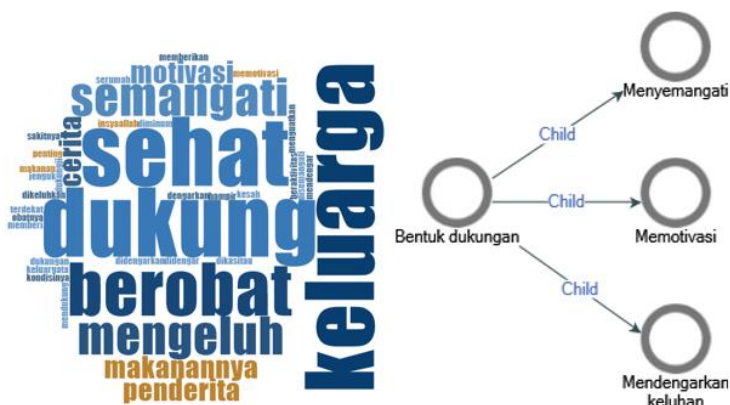
(Aj, Programer TB PKM Poasia, Wawancara 3 Juni 2024))

“....Sebenarnya ada pendampingan untuk pasien TB-RO juga yang mengalami komorbid seperti TB-HIV itu, tetapi untuk pasien TB-SO tidak. Hanya saja kan ada kader ya. Di Kota Kendari, di 15 PKM total ada 30 kader kurang lebih yang bertugas mendampingi pasien, termasuk jadi teman curhat juga. Ada juga konselor TB yang berperan memberikan pendampingan, memang sebatas kontrol konsumsi obat, belum ke kesehatan mental secara profesional seperti yang disampaikan tadi. Meski kita tau ya, masalah kesehatan mental ini memang lagi naik untuk kota Kendari...”

(RZK, Wasor TB Dinkes Kota, Wawancara 18 Juni 2024)

2. Bentuk Dukungan Keluarga Untuk Kesehatan Jiwa

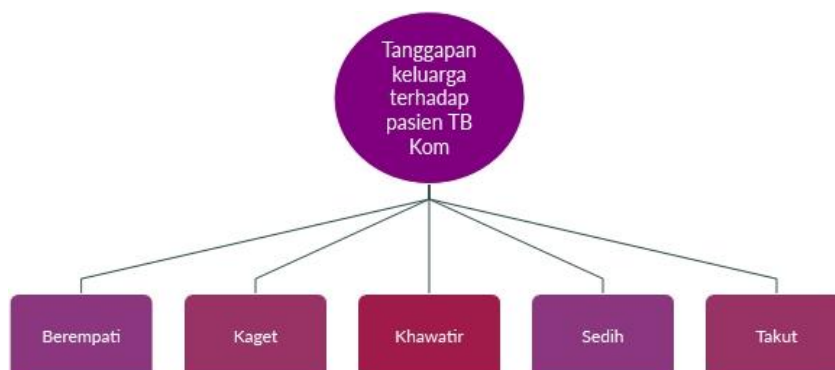
Meski terlihat adanya keterbatasan pemahaman mengenai masalah TB dan komorbiditasnya, dukungan terhadap anggota keluarga yang menderita TB komorbid dilakukan secara alami sebagai bentuk perhatian yang diberikan antara sesama anggota keluarga. Ini terlihat dari hasil wawancara yang ditunjukkan *word tree* dan *word cloud* berikut mengenai bentuk dan realisasi dukungan :



Gambar 2. 6 Deskripsi bentuk dukungan keluarga

Gambar 2.6 di atas mendeskripsikan berbagai bentuk dukungan yang diberikan keluarga kepada anggota keluarga yang menderita tuberkulosis. Dukungan ini penting dalam membantu pasien menjalani pengobatan, mempertahankan motivasi, dan meningkatkan peluang kesembuhan. Keluarga aktif membantu mobilitas pasien untuk memastikan pasien dapat mengakses layanan kesehatan seperti pemeriksaan rutin, pengambilan obat, dan konsultasi medis. Ini penting untuk memastikan pasien mengikuti jadwal pengobatan yang ditetapkan. Keluarga juga mendampingi dan membantu dalam proses pengobatan, mengantar ke dokter termasuk memastikan bahwa pasien mendapatkan resep yang benar, dan melengkapi pengobatan yang dibutuhkan, memastikan asupan gizi pasien tercukupi, mengingat nutrisi yang baik sangat penting dalam mempercepat pemulihan pasien TB dan meningkatkan daya tahan tubuh.

Berbagai bentuk dukungan di atas tentu diawali dengan berbagai tanggapan saat mengetahui adanya anggota keluarga yang menderita TB. Beragam tanggapan dapat kita lihat dari *word tree* berikut ini :



Gambar 2. 7 Tanggapan Keluarga terhadap pasien TB Komorbid

Berdasarkan hasil wawancara informan pada gambar 2.7 di atas memperlihatkan berbagai reaksi emosional keluarga saat menghadapi kenyataan bahwa salah satu anggota keluarganya menderita tuberkulosis (TB). Tanggapan ini mencerminkan respons afektif (emosional) dan kognitif (penilaian terhadap situasi penyakit) antara lain :

- a. Berempati
Keluarga menunjukkan rasa empati, yaitu kemampuan untuk memahami dan merasakan penderitaan pasien. Empati ini menjadi dasar bagi munculnya upaya untuk mendukung pengobatan dan memberikan semangat kepada pasien.
- b. Kaget
Reaksi kaget mencerminkan adanya keterkejutan emosional ketika

menerima diagnosis TB, yang mungkin dipengaruhi oleh kurangnya pemahaman awal tentang penyakit ini atau stigma sosial yang melekat pada TB.

c. Khawatir

Kekhawatiran muncul karena TB dipersepsikan sebagai penyakit menular yang serius. Keluarga merasa cemas tentang risiko penularan kepada anggota keluarga lain, keberhasilan pengobatan, dan masa depan pasien.

d. Sedih

Kesedihan menandakan adanya rasa kehilangan atau ketidakberdayaan dalam menghadapi kondisi sakit anggota keluarga. Ini juga bisa mencerminkan beban emosional yang harus ditanggung keluarga akibat penyakit yang berkepanjangan.

e. Takut

Ketakutan dalam keluarga dapat berkaitan dengan beberapa aspek: ketakutan akan penularan, kekhawatiran terhadap stigma sosial, atau ketakutan terhadap kemungkinan kematian akibat komplikasi TB.

Keluarga menunjukkan ekspresi iba terhadap kondisi pasien, menyadari penderitaan fisik dan psikologis yang dialami pasien TB komorbid. Secara umum, keluarga memandang bahwa kondisi TB komorbid adalah beban tambahan yang signifikan dalam kehidupan sehari-hari mereka. Kondisi pasien TB komorbid memerlukan pengobatan ganda sehingga informan merasakan proses pengobatan yang akan membuat pasien mudah capek dan merasa jenuh dalam menjalani pengobatan. Adanya komorbiditas tentu akan sangat memberatkan pasien, baik dari sisi keuangan, perawatan, hingga beban emosional. Responden menyadari bahwa pasien TB komorbid harus sabar, mengingat pengobatan yang panjang dan kondisi pasien yang rentan.

Adapun saat ditanya mengenai bentuk dukungan dalam bentuk mendengarkan keluh kesah pasien para informan menegaskan bahwa keluhan merupakan hal yang wajar dialami oleh orang sakit, sehingga keluarga merasa perlu untuk bersabar dan menyediakan ruang bagi pasien untuk bercerita. Aktivitas mendengarkan ini tidak dipersepsikan sebagai beban, melainkan sebagai konsekuensi logis dari tanggung jawab mengurus anggota keluarga yang sedang sakit. Dalam praktiknya, keluarga tidak hanya mendengarkan secara pasif, tetapi juga berupaya merespons keluhan pasien dengan memberikan saran, menanyakan kebutuhan atau keinginan pasien, serta memenuhi hal-hal yang dianggap dapat mendukung proses penyembuhan. Dukungan tersebut berlangsung secara rutin karena pasien dan keluarga hidup serumah, sehingga interaksi dan komunikasi terjadi hampir setiap hari.

Lebih lanjut, informan secara konsisten menyatakan bahwa keluarga memiliki peran utama dan tak tergantikan dalam memberikan dukungan serta motivasi kepada pasien. Keluarga dipandang sebagai pihak terdekat yang secara moral dan emosional berkewajiban untuk terus menyemangati pasien agar mau menjalani pengobatan dan berupaya untuk sembuh. Dukungan dan motivasi ini dianggap sebagai sesuatu yang sudah semestinya dilakukan, bukan sekadar pilihan. Narasi para informan mencerminkan adanya kesadaran kolektif bahwa keberhasilan proses penyembuhan pasien sangat bergantung pada keterlibatan aktif keluarga, baik melalui dukungan emosional, motivasi verbal, maupun pendampingan dalam menjalani pengobatan. Dengan demikian, temuan ini menegaskan bahwa dukungan keluarga dipahami sebagai kewajiban sosial dan emosional yang melekat dalam hubungan kekeluargaan.

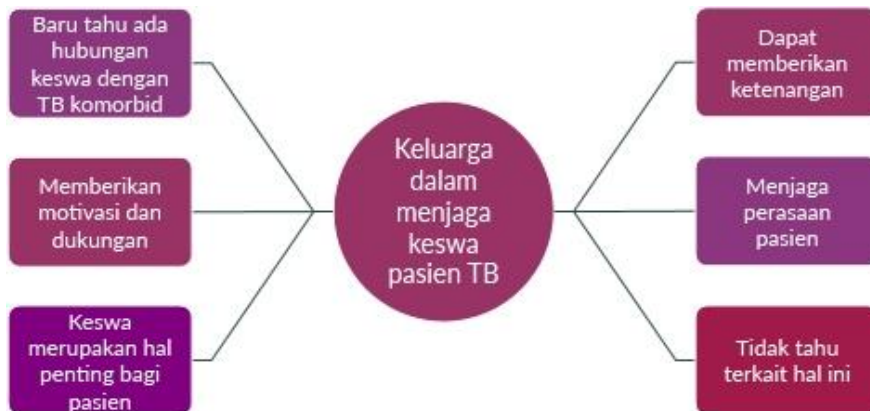
Tabel 2. 4 Kutipan wawancara mengenai keterlibatan keluarga

Pertanyaan	Kutipan Wawancara	Tema
Bagaimana pendapat anda mengenai anjuran bagi keluarga untuk mendengar keluhan kesah pasien sebagai bagian dari motivasi dan dukungan psikis?	“..wah, kalau mengeluh dari awal kasian bu. Susah...tapi ya itulah kita harus dengar meski kadang begitulah ya namanya urus keluarga sakit harus disabar-sabarkan. Kita dengar saja kalau ada yang dikeluhkan.” (Wawancara Ny.Hn, 17 Mei 2024) “Namanya orang sakit ya, memang begitu. Jadi ya harus didengarkan. Kita tanya juga maunya apa, kita kasih. Asal sembuh, mau berobat.” (Ny. My, 22 Mei 2022) “Iya, kalau cerita-cerita itu kan pasti ada mengeluh. Kita kasih saran, atau tanya inginnya apa. Yang penting didengar saja.” (Ny.LS, 12 Mei 2024) “Ya..itu hampir di setiap hari ya namanya kita serumah. Kita dengarkan,	Dukungan bersifat alami Menjadi kewajiban sesama anggota keluarga.

Pertanyaan	Kutipan Wawancara	Tema
	<i>namanya orang sakit.</i> (Ny. DW, 5 Mei 2024) “Iye bu <i>begituji memang.</i> Mengeluh karena sakitnya.” (Ny.Ft. 5 Mei 2024)	
Ketika sakit, Apakah keluarga berperan dalam memberikan dukungan dan motivasi kepada pasien?	“Iya, kalau itu jelas. <i>Keluarga yang paling berperan, siapalagi?</i> (Ny.My, 17 Mei 2024) “Ya, pasti itu ya.” (Ny.DW, 5 Mei 2024) “Pastimi ya, <i>orang terdekat, keluarga harus memberi dukungan dan motivasi.</i>” (Ny.Ks, 1 Juni 2024) “Betul, <i>keluarga yang pasti memberi motivasi.</i>” (Ny.Hty, 19 Mei 2024) “Iye, <i>pasti kita beri motivasi</i>, kita dukung untuk sembuh.” (Ny. Ft, 5 Mei 2024)	Peran dukungan keluarga Keluarga memotivasi kesembuhan

Hal ini sebagaimana disampaikan informan kunci dari akademisi yang menjelaskan bagaimana sistem sosial masyarakat Indonesia pada umumnya, termasuk di Kendari, memaknai bahwa asas kekeluargaan mewujudkan terbentuknya keinginan untuk membantu, saling tolong-menolong yang terbentuk secara alami “.....*Nilai masyarakat kita secara umum adalah kerja sama. Dalam perspektif masyarakat di sini (Kendari, pen) istilah kerja sama atau kolektivitas itu merupakan pengejawentahan dari prinsip atau nilai-nilai sosial masyarakat. Misalkan, kita sudah biasa ya mendengar prinsip **samaturu, mepokoaso**, itu ya bisa kita katakan representasi. Bisa mewakili ragam suku atau dari kalangan manapun. Saya rasa itu berlaku umum karena maknanya pun umum meski mungkin istilah atau bahasanya muncul dari bahasa Tolaki. Hanya saja kalau dalam perspektif luas, kan, semuanya kita bersatu. Dalam geografis yang lebih luas, misalkan, tataran kita di Indonesia, ya, prinsip kebersatuan itu kan ada saya kira....*” (Ys, Akademisi/Sosiolog, 57, wawancara 10 Juni 2024)).

Adapun mengenai kontribusi keluarga yang bersifat psikis untuk menjaga kesehatan jiwa pasien digambarkan pada *mind map* berikut :



Gambar 2. 8 Peran keluarga dalam menjaga kesehatan Jiwa pasien TB Komorbid

Gambar 2.8 adalah peta tematik kualitatif yang menggambarkan kontribusi keluarga dalam menjaga kondisi kesehatan jiwa pasien TB komorbid, berdasarkan analisis dari data wawancara atau data kualitatif. Peran keluarga dalam menjaga kondisi kesehatan jiwa pasien TB komorbid merupakan subtema ini mengelompokkan berbagai bentuk kontribusi yang dilakukan atau dirasakan dari pihak keluarga dalam mendukung kondisi mental pasien.

a. Baru tahu dari peneliti

Beberapa partisipan baru menyadari pentingnya peran keluarga setelah dijelaskan oleh peneliti dan berpandangan bahwa dukungan mental bagi pasien dapat mencegah stres dari proses pengobatan panjang yang dijalani pasien.

b. Memberikan ketenangan

Keluarga berperan menciptakan suasana tenang agar pasien tidak stres.

c. Memberikan motivasi dan dukungan

Dukungan moral serta motivasi dari keluarga sangat membantu kestabilan psikologis pasien.

d. Menjaga perasaan

Keluarga berusaha tidak menyakiti hati atau perasaan pasien agar tidak memperparah kondisi mental.

e. Hal Penting

Beberapa partisipan menyatakan bahwa peran keluarga sangat penting dalam menjaga kesehatan jiwa pasien.

f. Tidak tahu

Terdapat informan yang menyatakan tidak mengetahui mengenai hubungan dukungan keluarga dengan masalah psikis pasien.

Dengan demikian, Gambar 2.8 menunjukkan bahwa peran keluarga sangat bervariasi dalam mendukung kesehatan jiwa pasien TB komorbid. Mulai dari memberikan ketenangan, dukungan, menjaga perasaan, hingga menyatakan pentingnya peran keluarga. Namun demikian, masih ada sebagian keluarga yang belum sadar akan pentingnya kontribusi mereka, bahkan baru mengetahui peran ini dari peneliti. Peta ini menggambarkan bahwa edukasi keluarga adalah aspek penting dalam intervensi TB dengan komorbid, karena kesadaran dan peran aktif keluarga sangat memengaruhi kesehatan mental pasien.

Mengenai spiritual support yang diberikan keluarga tampak pada *word cloude* dan kutipan wawancara berikut:



Gambar 2. 9 Word Cloude spiritual support keluarga

Berikut kutipan wawancara dan kajian tematik:

Tabel 2. 5 Kajian tematik dari wawancara mengenai spiritual support keluarga

Pertanyaan	Kutipan Wawancara	Tema
Tawakal tidak bermakna pasrah, tawakal menuntut adanya upaya untuk sembuh dari penyakit yang diderita. Apakah keluarga berperan dalam menumbuhkan tawakal itu kepada pasien?	“.. betul. Kita harus tawakal..berdoa, sambil berobat juga supaya sehat lagi..(Ny. Hn, 5 Mei 2024) “Iye. Kan agamata juga ajarkan itu ya bu..(Ny.My, 17 Mei 2024) “...itu harus dipahami..kitapun juga belajar. Kita yang masih sehat ini alhamdulillah dapat pelajaran ini dari yang sedang diuji sakit” (Ny. Hr, 12 Mei 2024) “betul itu bu. Kita pasrah tapi nda juga maknanya nda berobat sama sekali...(Ny. LS. 4 Mei 2024)	Dukungan emosional dan spiritual keluarga Tidak pasrah, lanjut pengobatan
Kita sering dianjurkan untuk bersyukur dengan kondisi hari ini. termasuk saat ditimpa penyakit, bagaimana dengan di keluarga bapak/ibu? Penting tidak menganjurkan hal ini kepada penderita?	“...penting menurutku. Karena sebagai orang beragama bagaimanapun kondisi kita tetap harus bersyukur.” (Ny.My, 17 Mei 2024) “Mungkin secara langsung tidak juga. Tapi ketika kami sedang cerita-cerita, ya diupayakan kita bahas tentang kondisinya yang sedang sakit, harus sabar, bersyukur, bagaimanapun kita masih diberi hidup dan masih bisa berobat.” (Ny.DW, 5 Mei 2024)	Dukungan emosional keluarga Sabar dan syukur penting untuk pasien

Pertanyaan	Kutipan Wawancara	Tema
	“Menurutku penting sekali. Masing-masing punya cara mungkin untuk menyampaikan bagaimana ada rasa syukur itu bu.” (Ny. Ks. 1 Juni 2024) “Pasti ya.. penting kalau tentang itu. Kita anjurkan ke keluarga supaya tetap bersyukur juga masih diberi umur.” (Ny.LM, 19 Mei 2024) “Betul, itu penting menganjurkan rasa syukur.” (Ny.Hr. 12 Mei 2024)	

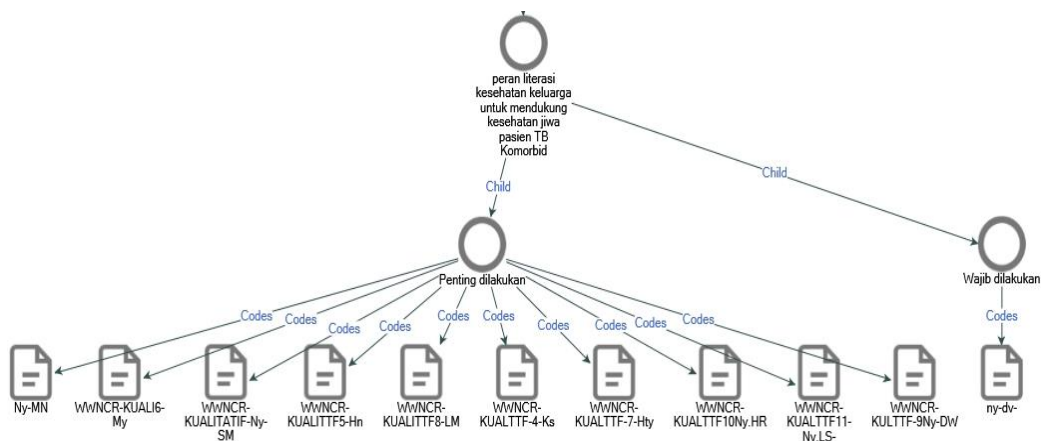
Narasi hasil wawancara pada tabel di atas menunjukkan bahwa keluarga memiliki peran penting dalam menanamkan makna tawakal yang aktif kepada pasien, yakni tawakal yang tidak dimaknai sebagai sikap pasrah tanpa usaha. Para informan menegaskan bahwa tawakal dipahami sebagai perpaduan antara doa, kepasrahan kepada Tuhan, dan ikhtiar untuk sembuh melalui pengobatan. Nasihat ini disampaikan keluarga kepada pasien melalui pengingat keagamaan bahwa ajaran agama mendorong umatnya untuk tetap berusaha, termasuk menjalani pengobatan secara teratur, sembari memohon kesembuhan. Dalam proses ini, keluarga juga merefleksikan pengalaman sakit sebagai pembelajaran spiritual, tidak hanya bagi pasien, tetapi juga bagi anggota keluarga yang sehat.

Selain menumbuhkan tawakal, dalam wawancara juga terungkap bahwa keluarga memandang pentingnya menanamkan sikap bersyukur kepada pasien meskipun sedang berada dalam kondisi sakit. Rasa syukur dipahami sebagai bagian dari keteguhan iman dan sumber kekuatan psikologis dalam menghadapi ujian penyakit. Informan menyampaikan bahwa anjuran untuk bersyukur tidak selalu disampaikan secara langsung atau formal, melainkan sering muncul dalam percakapan sehari-hari ketika keluarga membahas kondisi pasien. Dalam konteks tersebut, keluarga menekankan pentingnya kesabaran, penerimaan terhadap kondisi yang dialami, serta kesadaran bahwa pasien masih diberi kehidupan dan kesempatan untuk berobat. Lebih lanjut, temuan ini menunjukkan bahwa penanaman nilai tawakal dan syukur dilakukan secara kontekstual sesuai dengan dinamika relasi keluarga, dengan cara dan bahasa yang beragam. Namun demikian, seluruh informan sepakat bahwa kedua nilai spiritual tersebut

penting untuk dianjurkan kepada pasien karena berfungsi sebagai penopang psikologis dan spiritual selama menjalani proses pengobatan. Dengan demikian, dukungan keluarga tidak hanya berperan dalam aspek medis dan emosional, tetapi juga dalam memperkuat ketahanan spiritual pasien dalam menghadapi penyakit.

3. Hambatan dan tantangan keluarga untuk mendukung kesehatan jiwa pada pasien TB Komorbid di Kota Kendari

Untuk memahami mengenai hambatan dan tantangan keluarga dalam mendukung kesehatan jiwa pasien TB komorbid, terlebih dahulu ditelusuri mengenai aspek literasi. Sebab ini yang akan menjadi landasan awal untuk memahami lebih jauh mengenai hambatan dan tantangan yang dirasakan keluarga pasien. Hasil wawancara mengenai peran literasi untuk mendukung kesehatan jiwa pasien dapat dilihat pada word tree berikut ini:



Gambar 2. 10 Peran literasi kesehatan keluarga

Gambar 2.10 merupakan peta tematik kualitatif yang menggambarkan hubungan antar tema dan subtema berdasarkan analisis data wawancara atau dokumen kualitatif mengenai peran literasi kesehatan keluarga dalam mendukung kesehatan jiwa pasien TB komorbid. Pemahaman mengenai spiritual support, dukungan sosial, budaya, dan literasi untuk menjaga kesehatan jiwa pasien TB komorbid. Ini adalah tema utama dari keseluruhan temuan, yang menyoroti pentingnya pemahaman multidimensi dalam mendukung kesehatan jiwa pasien.

Beberapa tema yang tampak dari word treen di atas dijelaskan dalam narasi berikut:

- a. “Peran literasi kesehatan keluarga untuk mendukung kesehatan jiwa pasien TB komorbid”

Subtema ini berfokus pada bagaimana literasi (pengetahuan dan

pemahaman) dalam keluarga bisa berkontribusi menjaga kesehatan mental pasien TB dengan komorbiditas.

b. “Penting dilakukan”

Literasi kesehatan keluarga dianggap penting untuk dilakukan oleh para partisipan. Node ini terhubung dengan banyak dokumen wawancara yang mengandung kode terkait.

c. “Wajib dilakukan”

Ada pula partisipan yang memandang bahwa literasi ini bukan hanya penting, tetapi juga wajib dilakukan.

Wawancara selanjutnya berkaitan dengan aspek dukungan yang diberikan keluarga untuk menghindari munculnya rasa rendah diri pada penderita. Ini bertujuan untuk menggali hal yang berkaitan dengan aspek psikis pasien saat berhadapan dengan isolasi sosial yang kerap terjadi. Berikut kutipan wawancaranya:

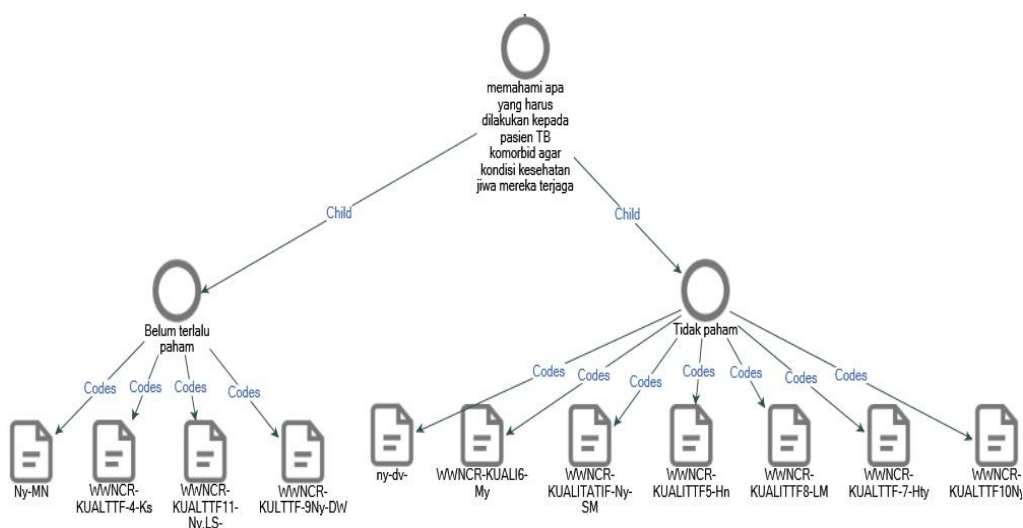
Tabel 2.6 Kutipan wawancara bagaimana keluarga mencegah munculnya rasa rendah diri pada pasien

Pertanyaan	Kutipan Wawancara	Tema
Untuk menghindari munculnya rasa rendah diri pada penderita, apakah keluarga selalu memberikan perhatian dan memberikan kalimat motivasi untuk membangkitkan harapan sembuh pada penderita?	Iye... bukan kalimat motivasi bagaimana juga...tapi perhatian saja..” (Ny. Dw, 5 Mei 2024) Kalau lagi cerita mungkin dih... Kita kasitau sudah ada yang sembuh dengan penyakitnya. Sama-sama TB dengan gula juga.” (Ny. LS, 17 Mei 2024) “..secara langsung mungkin tidak juga (beri motivasi). Hanya saja kita beritahu, kalau harus minum obat teratur bisa sembuh. Jadi harus rutin.” (Ny. Hr, 12 Mei 2024) “ya...mau tidak mau kita harus ingatkan, kalau mau	Dukungan sosial dan praktis. Dukungan emosional dan praktis.

Pertanyaan	Kutipan Wawancara	Tema
	sehat, minumki obat. Kan adami yang sembuh. Karena rajin minum obatnya. Jadi bisa beraktivitas lagi.” (Ny. Ks, 1 Juni 2024)	

Wawancara di atas mengungkap bahwa upaya keluarga dalam mencegah munculnya rasa rendah diri pada penderita lebih banyak diwujudkan melalui perhatian sehari-hari dan motivasi yang bersifat nonformal. Para informan menegaskan bahwa mereka jarang memberikan kalimat motivasi secara eksplisit atau terstruktur, namun lebih menekankan pada bentuk kepedulian sederhana seperti menemani pasien ketika bercerita, mendengarkan keluhan, serta menunjukkan perhatian dalam aktivitas harian. Bentuk perhatian ini dipahami sebagai cara alami keluarga untuk menjaga kondisi psikis pasien agar tidak merasa terabaikan atau terisolasi secara sosial.

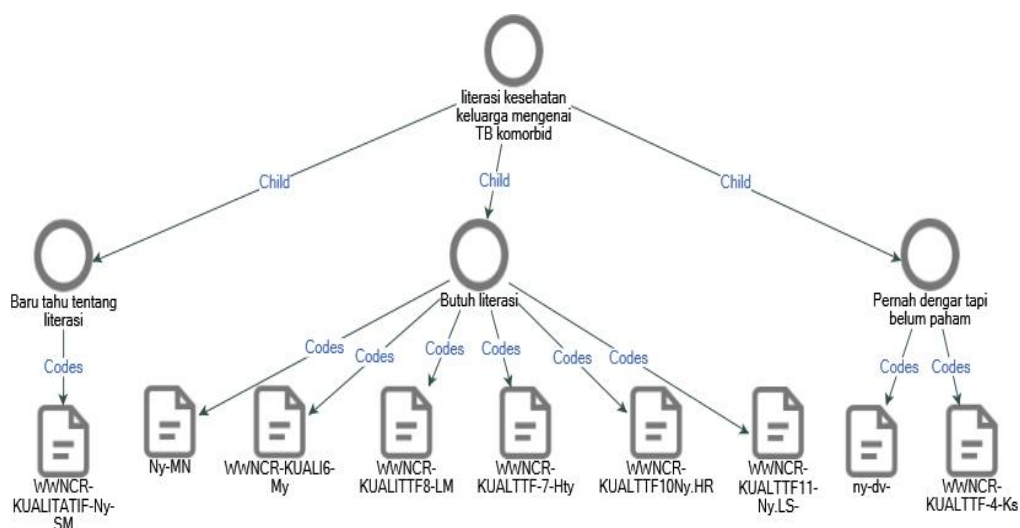
Selain itu, motivasi yang diberikan keluarga kerap didasarkan pada pengalaman pasien lain yang telah berhasil sembuh. Informan menyampaikan bahwa keluarga sering menguatkan pasien dengan menceritakan adanya orang lain yang mengalami penyakit serupa—termasuk TB dengan komorbiditas diabetes—namun dapat pulih setelah menjalani pengobatan secara teratur. Narasi semacam ini digunakan untuk menumbuhkan harapan sembuh dan mengurangi perasaan rendah diri pada pasien. Lebih lanjut, keluarga juga secara konsisten mengingatkan pentingnya kepatuhan minum obat sebagai bagian dari proses pemulihan. Peningkat tersebut tidak selalu dikemas sebagai motivasi formal, melainkan disampaikan dalam bahasa sehari-hari yang menekankan hubungan antara keteraturan berobat dan kemampuan pasien untuk kembali beraktivitas secara normal. Dengan demikian, temuan ini menunjukkan bahwa dukungan keluarga dalam aspek psikis lebih banyak muncul melalui perhatian yang berkelanjutan dan motivasi berbasis pengalaman nyata, yang berperan penting dalam membantu pasien menghadapi tekanan psikologis dan isolasi sosial selama masa sakit.



Gambar 2.11 Pemahaman Keluarga Mengenai Keswa Pasien

Merujuk pada pertanyaan sebelumnya, penting untuk memahami mengenai apa yang harus dilakukan kepada pasien TB komorbid agar kondisi kesehatan jiwa mereka terjaga. Jawaban informan ada yang mengatakan belum terlalu paham yang merujuk pada individu atau keluarga yang memiliki pemahaman awal, namun belum sepenuhnya mengetahui tindakan yang tepat. Hal ini bermakna bahwa pihak keluarga/orang sekitar mulai memahami, namun masih membutuhkan edukasi lanjutan untuk melakukan pendekatan yang benar dalam mendukung kesehatan jiwa pasien TB komorbid.

Adapula informan/orang sekitar yang sama sekali belum mengerti tindakan apa yang harus dilakukan, baik karena kurang informasi, tidak ada pengalaman, atau adanya miskonsepsi. Kondisi ini menunjukkan masih rendahnya literasi kesehatan jiwa di kalangan keluarga pasien TB komorbid. Mereka cenderung bingung, tidak mengambil tindakan, atau bahkan mungkin salah kaprah dalam memperlakukan pasien. Hal ini terungkap pada pertanyaan mendasar mengenai literasi Kesehatan yang dikembangkan dalam pertanyaan lainnya yang berkaitan dengan kesehatan jiwa bagi keluarga.



Gambar 2.12 Literasi Kesehatan Jiwa Keluarga Pasien TB Komorbid

Gambar 2.12 merupakan peta tema kualitatif (*coding tree*) yang menggambarkan literasi kesehatan keluarga mengenai TB komorbid. Kategori jawaban dari para informan yakni :

- Terdapat informan yang baru menyadari atau mengetahui bahwa ada literasi khusus mengenai kesehatan, khususnya TB komorbid. Artinya kesadaran tentang pentingnya informasi atau literasi kesehatan baru muncul saat wawancara.
- Keluarga merasa membutuhkan edukasi atau literasi lebih lanjut tentang kondisi TB komorbid, termasuk penanganan dan dampaknya. Mayoritas keluarga menunjukkan kesadaran akan kebutuhan informasi, namun merasa belum mendapatkan informasi yang cukup mengenai perawatan dan dampak TB komorbid, terutama terhadap kesehatan mental pasien.
- Keluarga mengaku pernah mendengar istilah atau konsep literasi kesehatan, namun belum benar-benar memahaminya. Artinya, Ada pengetahuan awal atau pengenalan, tapi belum disertai pemahaman yang dalam atau aplikatif terhadap kasus TB komorbid.

Pertanyaan selanjutnya berkembang pada gambaran mengenai pentingnya dukungan kesehatan jiwa bagi pasien. Para informan merespons berbagai hambatan dalam pemberian dukungan terhadap kesehatan jiwa pasien TB komorbid,—khususnya dalam konteks spiritual support, sosial, budaya, dan literasi kesehatan keluarga—antara lain:

- Butuh belajar lagi

Menunjukkan bahwa sebagian keluarga menyadari keterbatasan pengetahuan mereka dan merasa perlu mendapatkan edukasi lanjutan.

b. Motivasi pasien

Mengacu pada kondisi pasien sendiri yang kurang termotivasi, yang bisa menjadi penghambat internal dalam proses penyembuhan jiwa.

c. Kurang tahu

Keluarga tidak memiliki cukup pengetahuan dasar tentang peran mereka dalam aspek kesehatan jiwa pasien, sehingga dukungan menjadi kurang efektif.

d. Motivasi keluarga

Tidak semua anggota keluarga memiliki kemauan atau motivasi cukup untuk terlibat aktif dalam mendukung aspek psikologis pasien.

e. Kurang literasi

Menggambarkan bahwa literasi kesehatan keluarga masih rendah, terutama terkait isu kesehatan jiwa dan perawatan komorbiditas TB.

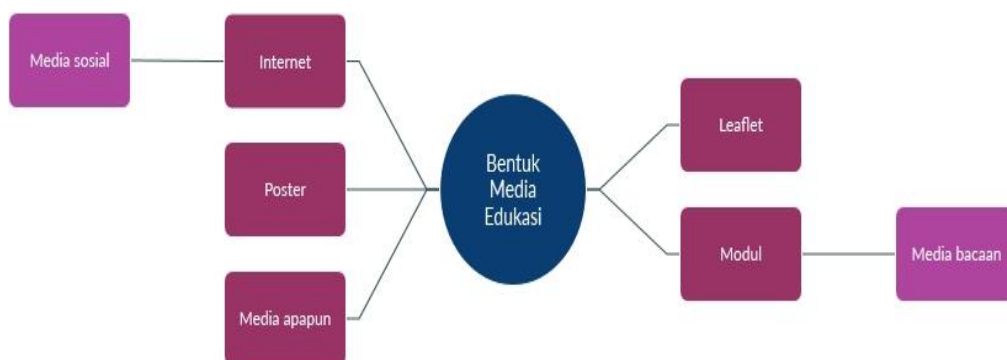
f. Hanya paham TB tetapi tidak dengan kesehatan jiwa

Keluarga fokus pada aspek fisik penyakit TB namun mengabaikan aspek psikologis, sehingga pendekatan perawatan menjadi tidak menyeluruh.

g. Belum paham

Merujuk pada kurangnya pemahaman umum mengenai peran psikososial dalam mendukung pasien TB komorbid.

Terbatasnya pemahaman para informan mengenai pentingnya dukungan kesehatan jiwa yang diberikan keluarga untuk pasien TB komorbid mengarahkan pada harapan adanya upaya edukasi dan peningkatan literasi terkait hal ini. berdasarkan hasil wawancara mengenai kebutuhan keluarga terhadap media edukasi serta bentuk yang diinginkan, terlihat dari mind map wawancara berikut:



Gambar 2.13 Media Edukasi

Gambar 2.13 mendeskripsikan berbagai bentuk media yang dapat dibutuhkan untuk menyampaikan informasi, khususnya dalam konteks edukasi kesehatan atau literasi keluarga terkait pasien TB komorbid sebagaimana yang disampaikan para informan.

Deskripsi masing-masing bentuk media ini antara lain:

a. Internet

Media digital berbasis daring yang dapat diakses melalui perangkat elektronik; mencakup website, aplikasi, video edukatif, dan platform edukasi interaktif.

b. Media bacaan

Merujuk pada sumber tertulis seperti buku, artikel, dan jurnal yang memberikan informasi mendalam dan dapat dijadikan rujukan edukatif.

c. Media sosial

Para informan membutuhkan pelatform media sosial yang dapat digunakan untuk menyebarkan informasi kesehatan secara cepat dan luas.

d. Poster

Media visual yang menyampaikan pesan secara ringkas dan menarik, biasanya digunakan di fasilitas kesehatan atau tempat umum.

e. Modul

Bentuk media pembelajaran terstruktur yang dapat digunakan untuk pelatihan atau edukasi keluarga secara sistematis dan mendalam.

f. Media leaflet

Brosur atau selebaran pendek yang menyajikan informasi penting dan praktis, mudah dibagikan, dan sering digunakan dalam kampanye kesehatan.

g. Media apapun

Mengindikasikan bahwa pada prinsipnya semua jenis media yang relevan dan efektif dapat digunakan sesuai dengan konteks dan kebutuhan target audiens.

Ini menunjukkan bahwa beragam bentuk media dapat dimanfaatkan untuk menyampaikan informasi edukatif, khususnya dalam meningkatkan literasi kesehatan keluarga terhadap penanganan pasien TB komorbid. Pemilihan media perlu disesuaikan dengan karakteristik penerima informasi, seperti usia, tingkat pendidikan, akses teknologi, dan budaya lokal, agar pesan dapat tersampaikan dengan efektif.

Dengan demikian, hambatan dalam dukungan bukan hanya soal ketersediaan informasi, tetapi juga menyangkut pemahaman emosional, sikap, dan motivasi baik dari keluarga maupun pasien. Beberapa keluarga hanya fokus pada penyakit fisik (TB) tanpa mempertimbangkan kondisi psikologis/jiwa pasien, padahal ini sangat krusial dalam proses pemulihan. Edukasi/promosi kesehatan menjadi fondasi utama yang perlu ditingkatkan untuk mengurangi gap pemahaman tersebut. Hal ini serupa dengan yang disampaikan informan kunci mengenai keterbatasan literasi kesehatan jiwa di masyarakat.

“.....penyakit itu pada dasarnya bisa bersumber dari fisik ke psikis, atau sebaliknya berawal dari psikis dan memengaruhi aspek fisik kita. Nah, terkait masalah kesehatan jiwa ini tentu ini tantangan dan banyak yang belum menyadari. Kita kan biasa menelaah problem kesehatan jiwa, ringan ataupun berat dengan menggunakan beberapa instrumen. Jadi tidak bisa dilakukan secara serampangan, dibutuhkan tenaga profesional. Ini memang membutuhkan perhatian banyak pihak. Apalagi Kendari terkategori zona merah ya, darurat masalah kesehatan mental dengan kejadian belakangan ini. Betul juga kalau dikatakan kita masih sangat kekurangan tenaga profesional untuk bekerja menangani hal ini. Belajar dari internet pun tidak bisa menjadi referensi tepat kan, khawatir ada semacam self diagnosis atau semacamnya....” (WCB, 32, Psikolog klinis, wawancara 20 Juni 2024)

2.7.2 Pembahasan

2.7.2.1 Pemahaman keluarga mengenai TB, Komorbid dan dukungan kesehatan jiwa pada pasien TB komorbid

Komorbiditas tuberkulosis (TB) dan masalah kesehatan jiwa merupakan dua hal yang signifikan, karena hal ini secara negatif memengaruhi hasil pengobatan, kualitas hidup khususnya terkait kesehatan pasien TB, dan meningkatkan risiko kecacatan. Gangguan jiwa umum terjadi pada pasien dengan tuberkulosis (TB), dan faktor-faktor seperti pendidikan rendah, jenis kelamin, dan pengangguran terkait dengan gangguan depresi dan kecemasan (Thungana et al., 2022). Keluarga adalah orang-orang terdekat yang mempunyai potensi untuk menjadi sumber dukungan dan senantiasa bersedia untuk memberikan bantuan dan dukungannya ketika individu membutuhkannya.

Meski demikian, isu kesehatan jiwa dan masalah komorbid merupakan hal yang belum umum dibahas di masyarakat. Hubungan keluarga dapat memengaruhi kesehatan mental secara signifikan, baik memicu atau memperburuk penyakit mental, atau meringankan masalah emosional dan perilaku, yang mengarah pada hasil yang lebih baik (Saroca & Sargent, 2022). Sudah diketahui dengan baik bahwa dukungan keluarga yang kuat berfungsi sebagai penyangga pelindung, menawarkan keuntungan yang cukup besar bagi mereka yang bergulat dengan kondisi kronis. Secara khusus, dukungan ini meningkatkan kepatuhan pengobatan, menumbuhkan ketahanan, dan meningkatkan kesehatan psikologis secara keseluruhan, yang mengarah pada peningkatan nyata dalam kualitas hidup pasien.

Dalam penelitian ini—khususnya mengenai tema pandangan mengenai TB Komorbid—diperoleh hasil wawancara adanya beberapa informan yang baru mengetahui istilah “Komorbid” dan masih asing dengan masalah kesehatan mental. Meski demikian, terlihat pula adanya pengetahuan dasar informan yang memahami komorbiditas dengan istilah “dobel beban”, “mengobati dua penyakit” dan sejenisnya. Artinya, ada informasi yang dipahami yang menunjukkan kondisi pasien yang menderita komorbiditas. Masyarakat mulai menciptakan istilah yang berhubungan dengan masalah kesehatan sebagai interpretasi atas sebuah gejala yang dirasakan dari rasa sakit dan penyakit (Skeen et al., 2022). Hal ini menciptakan kesadaran untuk mencari upaya pengobatan untuk sembuh dari penyakit.

Di sisi lain, kami mendapati pula adanya respon emosional terhadap diagnosis dan perjalanan penyakit yang dialami pasien TB komorbid. Seperti contohnya respon emosional yang menasihatkan pentingnya sikap resiliensi dalam menjalani upaya penyembuhan dari penyakit TB Komorbid ini. Ini tidak lepas dari budaya masyarakat Indonesia yang kerap mendorong sikap sabar,

tabah dan kuat, serta mengandalkan keyakinan agama dan spiritualitas di tengah-tengah penderitaan penyakit. Hal ini terlihat dari respon informan mengenai dukungan sosial dan spiritual yang mereka berikan pada pasien seperti memberi motivasi, semangat, mengirimkan video yang berisi nasihat mengenai sikap dalam menghadapi penyakit sesuai agama masing-masing, termasuk nasihat untuk memperbanyak ibadah harian dan sejenisnya.

Kondisi ini diperkuat dengan adanya budaya kebersamaan dan gotong royong masyarakat Indonesia yang menempatkan pentingnya dukungan keluarga dan solidaritas komunitas dalam mengatasi penyakit. Dari penelitian ini terlihat bahwa beberapa bentuk dukungan yang diberikan keluarga antara lain dengan membawa pasien ke fasilitas layanan kesehatan atau sejenisnya. Keluarga juga menyatakan memperhatikan konsumsi obat pasien secara rutin, mengontrol makanan pasien hingga memberikan dukungan emosional. Temuan dari penelitian kami mengungkapkan bahwa dukungan keluarga di Indonesia muncul secara organik sebagai bentuk kepedulian bersama yang melekat di antara anggota keluarga. Praktik ini mencerminkan ciri budaya dan nilai-nilai sosial yang lebih luas yang menjadi ciri kehidupan keluarga dan masyarakat Indonesia.

Sistem keluarga Indonesia menunjukkan karakteristik yang berbeda dibandingkan dengan negara-negara Barat, terutama dipengaruhi oleh nilai-nilai budaya Timur yang menekankan kolektivisme, harmoni, dan komunikasi tidak langsung. Di Indonesia, keluarga dan masyarakat merupakan pusat kehidupan sosial, dengan penekanan kuat pada kepedulian bersama, rasa hormat kepada orang yang lebih tua, dan menjaga keharmonisan sosial melalui gaya komunikasi tidak langsung (Cher, 2022). Misalnya, sebuah penelitian oleh Pardede dan Mulder (2022) menyoroti bahwa di Indonesia, keputusan keluarga sering kali bersifat kolektif, yang mencerminkan pentingnya kohesi dan dukungan keluarga. Pendekatan kolektif ini memengaruhi pola komunikasi, di mana sikap tidak langsung digunakan untuk menjaga keharmonisan dan menghindari konflik. Gaya komunikasi seperti itu berakar kuat dalam tatanan budaya masyarakat Indonesia (Pardede & Mulder, 2022). Lebih jauh, penelitian oleh Mailin et al. (2023) menekankan bahwa masyarakat Indonesia menghargai hubungan dan komunitas, seringkali lebih mengutamakan kebutuhan kelompok daripada keinginan individu. Orientasi budaya ini mendorong gaya komunikasi yang tidak terlalu konfrontatif dan lebih bernuansa, yang bertujuan untuk menjaga keharmonisan kelompok (Mailin Mailin et al., 2023).

Berdasarkan hasil wawancara pada tema pertama di atas penting untuk menelusuri lebih jauh mengenai pengalaman dan persepsi keluarga mengenai TB komorbid. Hasil analisis NVIVO memperlihatkan bahwa respons keluarga terhadap pasien TB mencakup berbagai emosi negatif dan positif: Emosi negatif

seperti *kaget*, *takut*, *sedih*, dan *khawatir* mencerminkan adanya kecemasan, ketidaksiapan, dan tekanan emosional pasien saat menghadapi diagnosis TB. Namun, juga muncul respons positif seperti *berempati*, yang menandakan adanya dukungan moral dan rasa peduli terhadap anggota keluarga yang sakit. Rasa "Takut" memiliki jumlah kutipan terbanyak, menunjukkan bahwa rasa takut adalah respons yang sangat umum di antara keluarga pasien.

Adapun mengenai kesadaran dan pemahaman keluarga terhadap TB masih rendah, terlihat dari dominasi kategori seperti "Kurang paham", "Tidak paham", dan "Tidak peduli pada informasi," yang pada dasarnya bukan bermakna pada penolakan pada informasi kesehatan, melainkan bermakna bahwa setiap keluarga memiliki cara tersendiri untuk mencari pengobatan. Hal ini tidak lepas dari kepercayaan terhadap konsep kesehatan yang memengaruhi cara orang berpikir dan merasakan tentang kesehatan dan masalah kesehatan mereka, kapan dan dari siapa mereka mencari perawatan kesehatan, dan bagaimana mereka menanggapi rekomendasi untuk mengubah gaya hidup, intervensi perawatan kesehatan, dan kepatuhan pengobatan. Di sisi lain, hal ini juga mengindikasikan pentingnya peningkatan edukasi kepada keluarga pasien. Kategori seperti "Menjauhi pasien" dan "Stigma" menunjukkan bahwa diskriminasi atau ketakutan terhadap penyakit masih terjadi, yang justru dapat menghambat proses penyembuhan pasien (Lee et al., 2020). Beberapa keluarga cenderung tidak aktif memberikan dukungan yang positif dan justru menunjukkan sikap yang pasif atau negatif, seperti ketidakpedulian dan penolakan informasi.

Meski demikian, para informan menganggap bahwa dukungan keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam kesembuhan pasien TB. Tidak hanya dukungan dalam bentuk fisik atau material, tetapi juga dukungan secara emosional dan spiritual yang dianggap memberikan pengaruh positif. Banyak kutipan yang menunjukkan pentingnya spiritualitas dan kehadiran sosial keluarga sebagai sumber kekuatan bagi pasien. Salah satu poin penting adalah bahwa dukungan ini bisa menjadi sumber motivasi yang kuat, membantu pasien tetap konsisten menjalani pengobatan jangka panjang TB komorbid (Saleem & Majeed, 2023).

2.7.2.2 Bentuk Dukungan Keluarga Untuk Kesehatan Jiwa

Dukungan keluarga merupakan perkara penting sebagai support system kesembuhan pasien secara fisik maupun psikis. Sebagaimana dijelaskan pada subtema sebelumnya, keluarga memberikan berbagai dukungan pada anggota keluarga yang menderita TB komorbid (Lutfian et al., 2025). Dalam upaya menjaga kesehatan jiwa pasien TB komorbid, penting untuk memahami berbagai bentuk dukungan yang dapat diberikan, baik dari sisi spiritual, sosial, budaya, maupun literasi. Berdasarkan hasil analisis data kualitatif, ditemukan beberapa langkah konkret yang dapat dilakukan oleh keluarga, maupun lingkungan sekitar

untuk mendukung kondisi psikologis pasien antara lain dengan memastikan terciptanya dukungan yang bersifat emosional, fisik, dan tindakan nyata sangat penting dalam menjaga kesehatan jiwa pasien TB komorbid. Keluarga dan lingkungan sekitar memegang peran kunci dalam menciptakan suasana yang mendukung proses pemulihan, tidak hanya secara fisik tetapi juga secara psikologis (Acoba, 2024).

Meski demikian, terdapat pula informan dari keluarga yang belum memiliki pemahaman yang kuat mengenai bagaimana budaya, nilai, atau kepercayaan dapat dimanfaatkan untuk mendukung kesehatan jiwa pasien TB komorbid. Beberapa informan belum memahami terkait hubungan antara masalah kesehatan mental dan TB. Anggapan yang berkembang mengenai kesehatan jiwa adalah gangguan yang hanya diidap oleh ODGJ dan membutuhkan penanganan khusus di RS Jiwa (Cogan et al., 2024). Ini akan menjadi stigma dan membebani psikis pasien saat masyarakat mengetahui salah satu anggota keluarga mereka berobat karena gangguan jiwa (Alene et al., 2018). Dukungan berupa motivasi, dukungan emosional maupun praktis dilakukan keluarga karena alasan moral dan kedekatan sebagai sesama keluarga. Kondisi ini tentu membutuhkan edukasi dan pendekatan yang peka budaya kepada masyarakat.

Adapun mengenai pengobatan, sebagian keluarga masih mengandalkan pengobatan alternatif atau tradisional seperti meminum ramuan/herbal atau ke dukun, menunjukkan bahwa nilai budaya masih berpengaruh dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan. Beberapa partisipan memilih pengobatan tradisional berbasis budaya sebagai bentuk keyakinan yang dianggap dapat menyembuhkan penyakit. Sebagian lainnya memilih dukun atau pengobatan spiritual, yang dalam konteks budaya dipercaya sebagai penyeimbang jiwa dan penyembuh penyakit. Namun, ada pula keluarga yang menyatakan kurangnya informasi atau literasi.

Fakta lainnya, terdapat pula informan yang menyatakan bahwa tidak ada istilah khusus ataupun kepercayaan yang tercipta dari nilai budaya yang mengarah pada gejala maupun proses pengobatan bagi pasien TB komorbid. Ini merupakan fenomena yang cukup umum di tengah masyarakat hari ini (Lynn Nielsen-Bohlman, Allison M. Panzer, 2005). Prinsip budaya yang dinamis ini disebut sebagai "proses budaya" dan pengalaman hidup yang diperoleh dari interaksi yang kompleks antara nilai budaya dan perkembangan zaman, termasuk dalam dunia kesehatan. Keluarga dan masyarakat masa kini terdiri dari orang-orang dengan berbagai latar belakang budaya dan pengalaman, yang tidak dapat dimasukkan ke dalam "kotak" kaku dengan menggunakan label ras dan etnis yang bertentangan dengan nilai-nilai kesehatan. Individu, keluarga, dan masyarakat memiliki sistem kepercayaan, nilai-nilai agama dan budaya,

serta identitas kelompok berfungsi sebagai penyaring kuat yang melaluinya informasi diterima dan diproses. Di sisi lain, beberapa istilah kesehatan tidak memiliki padanan kata yang tepat untuk menggambarkan gejala penyakit hingga upaya pengobatannya. Walhasil, di tengah berkembangnya pelayanan kesehatan ditambah perkembangan teknologi yang ditandai dengan masifnya arus informasi membuat masyarakat memilih untuk menggunakan istilah kesehatan yang baku tanpa merujuk pada istilah khas pada budaya tertentu (Lynn Nielsen-Bohlman, Allison M. Panzer, 2005).

Adapun point terkait keyakinan bahwa spiritual support dan dukungan sosial memiliki dampak pada kesehatan jiwa pasien diyakini oleh para informan sebagai faktor yang berpengaruh pada psikologi pasien. Hal ini menunjukkan bahwa spiritual support dan sosial sangat penting untuk memperkuat kondisi psikologis pasien TB komorbid. Dukungan tersebut tidak hanya memberikan ketenangan dan kesabaran, tetapi juga berdampak langsung dalam memperkuat mental pasien dan menjaga kesehatan jiwa mereka selama proses pengobatan berlangsung. TB merupakan penyakit menular kronis yang tidak hanya memengaruhi kesehatan fisik tetapi juga berdampak signifikan pada kesejahteraan mental. Depresi dan kecemasan merupakan penyakit penyerta yang umum terjadi pada pasien TB, yang selanjutnya memperburuk kesehatan dan kualitas hidup mereka secara keseluruhan. Sementara itu, penyakit penyerta yang dialami pasien menjadi beban ganda bagi kondisi kesehatan mereka. Sejumlah hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara spiritual intelegen dengan masalah kesehatan jiwa pada pasien TB seperti ansietas, depresi hingga self-management (Saleem & Majeed, 2023)

Selain masalah budaya, spiritual support dan sosial di atas kami juga menggali informasi terkait pandangan para informan mengenai literasi kesehatan. Mayoritas responden atau data menyatakan bahwa literasi kesehatan dalam keluarga merupakan perkara penting untuk dipahami. Hal ini mencakup pemahaman keluarga mengenai penyakit TB, dampaknya, serta cara memberikan dukungan yang sesuai bagi pasien TB komorbid. menekankan bahwa pengetahuan dan pemahaman keluarga tentang penyakit dan kesehatan mental sangat penting dalam mendampingi pasien TB komorbid. Semakin tinggi literasi kesehatan keluarga, semakin besar potensi mereka untuk mencegah depresi atau kecemasan pasien, meningkatkan kepatuhan pengobatan, dan menjadi bagian aktif dari proses pemulihan (Rosenblad et al., 2024a). Meski dalam pertanyaan lain dalam upaya mengeksplorasi pemahaman masyarakat mengenai masalah kesehatan jiwa pada pasien TB komorbid ini terdapat informan yang belum mengerti makna literal mengenai literasi, tetapi setelah dijelaskan padanan kata literasi membuat informan paham dengan arah

urgensitasnya dengan dukungan yang harus mereka berikan pada anggota keluarga yang menderita TB komorbid.

Berdasarkan penjelasan tema dan subtema sebelumnya, penting untuk mengembangkan pertanyaan lanjutan mengenai kontribusi keluarga bagi kesehatan jiwa pasien TB komorbid. Hal ini sekaligus mengonfirmasi lebih spesifik mengenai beberapa hal yang telah dikemukakan oleh para informan sebelumnya. Ini dapat disimpulkan bahwa sebagian besar informan menyadari pentingnya peran keluarga sebagai penopang utama kesehatan jiwa pasien TB komorbid. Bentuk kontribusi keluarga yang paling umum seperti memberikan ketenangan, motivasi, dan menjaga perasaan pasien. Ada pula kesenjangan pengetahuan, di mana sebagian keluarga baru menyadari peran penting mereka setelah mendapat edukasi awal terkait hal ini dari peneliti. Rendahnya literasi masyarakat mengenai kesehatan jiwa pada pasien TB komorbid di Indonesia disebabkan oleh berbagai faktor yang saling berkaitan, mencakup aspek individu, sosial, budaya, dan sistem pelayanan kesehatan (Agbeko et al., 2022).

Edukasi tentang TB di masyarakat umumnya hanya menekankan pada aspek fisik dan pengobatan medis, tanpa menyentuh isu kesehatan mental. Informasi tentang dampak psikologis TB, terutama dalam kondisi komorbid (misalnya TB dengan HIV, diabetes, atau penyakit kronis lain), tidak banyak tersedia di media, fasilitas kesehatan, atau program penyuluhan (Praherso NF, Pols H, 2020). Hal ini menyebabkan masyarakat kurang memahami pentingnya aspek kesehatan jiwa dalam penanganan TB komorbid. Kesehatan jiwa masih dianggap tabu oleh banyak masyarakat Indonesia. Banyak yang menganggap gangguan mental sebagai kelemahan pribadi atau bahkan “aib”, sehingga cenderung mengabaikan tanda-tanda gangguan jiwa. Pasien dan keluarga enggan mencari bantuan kesehatan jiwa karena takut mendapat stigma sosial (Fuady et al., 2024). Stigma ini diperkuat oleh kurangnya pemahaman masyarakat tentang kesehatan mental dan hubungannya dengan penyakit fisik seperti TB. Pelayanan TB lebih menitikberatkan pada pengobatan fisik, tanpa integrasi dengan dukungan psikososial atau konseling. Tenaga kesehatan mungkin belum cukup terlatih untuk mengenali dan menangani gangguan psikologis pada pasien TB komorbid. Hal ini menyebabkan aspek kesehatan jiwa sering terabaikan dalam penanganan pasien TB komorbid (Guillermo Cáceres, Rodrigo Calderon, 2022). Di sisi lain, rendahnya tingkat pendidikan berkorelasi dengan rendahnya literasi kesehatan, termasuk tentang kesehatan jiwa.

Mengenai pendekatan yang digunakan keluarga untuk mendukung kesehatan jiwa dalam penelitian ini ditunjukkan antara lain dengan berempati, memberikan motivasi, memberikan perhatian agar pasien menjadi tenang dalam menjalani proses pengobatan, meningkatkan frekuensi dan kualitas komunikasi untuk menciptakan keterbukaan dan kepercayaan, tindakan konkret dengan

memenuhi kebutuhan dasar maupun emosional pasien, menjaga perasaan dengan menghindari komentar atau tindakan yang bisa menyakiti hati pasien, serta menciptakan suasana positif dan pendekatan emosional yang menegaskan bahwa kesehatan jiwa pasien TB komorbid sangat dipengaruhi oleh kualitas interaksi dalam keluarga. Dukungan tidak hanya bersifat material atau medis, tetapi juga emosional, komunikatif, dan psikososial. Pendekatan yang empatik, komunikatif, dan penuh perhatian secara signifikan membantu menurunkan stres pasien dan meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan.

Perawatan keluarga muncul sebagai mekanisme sentral untuk mengelola tekanan mental (Chen, Xu, et al., 2021b);(Alinaitwe et al., 2025). Dalam penelitian ini, Informan secara konsisten menggambarkan perawatan sebagai kewajiban moral dan sosial daripada tugas opsional atau beban. Tindakan seperti menemani pasien ke fasilitas kesehatan, memantau kepatuhan pengobatan, menyediakan nutrisi yang cukup, dan mendengarkan keluhan pasien tertanam dalam kehidupan keluarga sehari-hari (Mailin Mailin et al., 2023). Temuan ini sejalan dengan teori dukungan sosial dan literatur kesehatan mental global, yang menekankan bahwa dukungan emosional dan instrumental dari jaringan sosial terdekat dapat mengurangi tekanan psikologis dan meningkatkan hasil kesehatan pada individu dengan penyakit kronis (Chen et al., 2021; Danso-Appiah et al., 2025). Dalam konteks TB komorbid, di mana pengobatan berlangsung lama dan menuntut secara fisik, dukungan tersebut sangat penting (Lutfian et al., 2025).

Secara khusus, dalam penelitian dipaparkan bagaimana budaya lokal dapat menjadi rujukan untuk membentuk dukungan informal berbasis budaya lokal seperti nilai **"mepokoaso/samaturu"** bagi terwujudnya kesehatan mental melalui dukungan komunitas. Mepokoaso adalah berasal dari bahasa Tolaki yang berarti **"persatuan."** Ini adalah filosofi umum masyarakat Sulawesi Tenggara, yang diungkapkan dalam bahasa Tolaki. Kata ini berasal dari pepatah **"Samaturu, Medulu Ronga Mepokoaso,"** yang menyampaikan bahwa anggota masyarakat tetap bersatu dan bekerja sama dalam menjalankan peran masing-masing, saling membantu dan mendukung. (Sudrajat, 2019). Filosofi ini dapat mendorong kerja sama komunitas dalam memberikan dukungan dan ruang bagi individu dengan tuberkulosis (TB) untuk pulih selama pengobatan. Persatuan komunitas dalam menawarkan dukungan kepada pasien merupakan elemen penting dalam memberikan dukungan psikologis dan mengurangi stigma negatif (Myers dkk., 2024). Hal ini berkontribusi pada kesejahteraan mental yang komprehensif bagi mereka yang terkena dampak (Retnakumar & George, 2022), (Foster dkk., 2024). Temuan ini mendukung perspektif antropologi dan kesehatan masyarakat yang memandang budaya sebagai sistem perawatan

aktif yang mengatur respons sosial terhadap penderitaan, bukan hanya sebagai faktor latar belakang.

2.7.2.3 Hambatan dan tantangan keluarga untuk mendukung kesehatan jiwa pada pasien TB Komorbid

Hasil wawancara mengenai topik ini menggambarkan persepsi keluarga pasien TB komorbid terhadap kesehatan jiwa (keswa), mulai dari ketidaktahuan, kesalahpahaman, hingga pemahaman terhadap pentingnya spiritual support dan sosial. Kami menggali seberapa jauh pemahaman atau paparan keluarga pasien terhadap pentingnya memberikan dukungan kepada pasien TB komorbid. Realitasnya, edukasi tentang pentingnya dukungan untuk pasien masih minim, tidak sistematis, dan banyak bergantung pada pencarian pribadi lewat internet/sosial media (Weisel et al., 2019). Padahal, intervensi kesehatan masyarakat perlu difokuskan untuk memberikan pemahaman langsung, tepat sasaran, dan mudah dipahami oleh keluarga pasien. Secara spesifik, mayoritas responden belum pernah mendapatkan edukasi berbasis spritual secara formal terkait kondisi anggota keluarga mereka yang menderita TB komorbid. Sebagian kecil mendapatkan edukasi secara tidak langsung melalui internet atau nasihat keagamaan dari lingkungan sekitar. Ini menunjukkan adanya kesenjangan dalam edukasi spiritual dalam layanan kesehatan, terutama yang menyentuh sisi keluarga pasien.

Adapun terkait literasi kesehatan mengenai keswa bagi pasien TB komorbid, mayoritas keluarga pasien belum memiliki literasi kesehatan yang cukup mengenai TB komorbid. Ada kebutuhan besar terhadap peningkatan literasi, yang mencakup edukasi berbasis komunitas, penyuluhan dari tenaga kesehatan, atau sumber informasi yang mudah diakses. Sebagian baru menyadari pentingnya literasi kesehatan, bahkan ada yang baru pertama kali mengenal istilahnya. Sebagian lain hanya memiliki pengetahuan parsial—pernah mendengar, tapi tidak memahami konteks atau isi informasi dengan benar.

Pada tema ini ditelisik kembali sebagai penekanan mengenai beragam strategi dukungan yang diidentifikasi keluarga untuk membantu pasien TB komorbid agar dapat beraktivitas secara normal. Dukungan ini bukan hanya berbasis medis, melainkan juga sosial, emosional, dan edukatif, menunjukkan kebutuhan untuk pendekatan yang menyeluruh dalam intervensi berbasis keluarga. Keluarga memandang bahwa dukungan bersifat multidimensi: motivasi, penyesuaian, edukasi, relasi sosial, hingga kebutuhan fisik dan medis (Kristinawati et al., 2019). Hal ini menunjukkan kesadaran akan pentingnya peran keluarga sebagai pilar utama dalam pemulihan pasien TB komorbid. Namun,

keberhasilan pelaksanaannya sangat dipengaruhi oleh akses terhadap informasi, pengurangan stigma, serta kapasitas adaptif keluarga itu sendiri.

Hasil wawancara menunjukkan bahwa dukungan keluarga terhadap pasien TB komorbid bisa direalisasikan secara optimal jika ada pemahaman, edukasi, dan penyuluhan yang memadai. Harapan masa depan adalah agar keluarga tidak hanya menjadi pendamping pasif, tetapi mampu menjadi agen dukungan aktif dalam proses pemulihan pasien. **Edukasi dan penyuluhan** menjadi dua hal yang sangat krusial agar keluarga bisa bertindak tepat, baik secara emosional maupun praktis (misalnya: pengobatan, motivasi, dan dukungan moral). Masyarakat memiliki harapan agar berbagai bentuk media edukatif dapat disediakan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien TB komorbid. Beragam pilihan media menunjukkan bahwa aksesibilitas, keterbacaan, dan kemudahan penggunaan menjadi kunci dalam menentukan efektivitas media. Media seperti modul, leaflet, dan media sosial cenderung paling banyak disebut karena sifatnya yang fleksibel dan mudah disebarluaskan.

Kesehatan jiwa merupakan bagian integral dari kesehatan manusia secara keseluruhan, mencakup kesejahteraan emosional, psikologis, dan sosial. Namun demikian, persepsi masyarakat terhadap kesehatan jiwa sering kali masih dipenuhi dengan stigma dan miskonsepsi (Medina-Marino et al., 2025). Banyak penelitian menunjukkan bahwa kesehatan jiwa di masyarakat umum masih diidentikkan secara sempit dengan kondisi "kegilaan" atau gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia atau psikosis, sementara gangguan mental lain yang lebih ringan, seperti stres, kecemasan, atau depresi, cenderung diabaikan (Sartorius, 2007). Fenomena ini sebagian besar disebabkan oleh rendahnya literasi kesehatan mental di berbagai kalangan masyarakat. Banyak orang tidak memahami gejala awal gangguan mental, sehingga baru mempersepsikan suatu kondisi sebagai masalah kesehatan jiwa setelah individu menunjukkan perilaku ekstrem atau abnormal. Akibatnya, individu dengan gejala ringan enggan mencari bantuan karena takut dicap "gila", yang berdampak pada keterlambatan diagnosis dan penanganan.

Selain itu, konstruksi budaya juga berperan besar dalam membentuk persepsi ini. Dalam kajian antropologi medis, ditemukan bahwa dalam banyak budaya tradisional, tidak tersedia istilah netral untuk menggambarkan gangguan mental. Sebaliknya, semua bentuk penyimpangan perilaku kognitif atau emosional sering langsung dikaitkan dengan "kegilaan" atau fenomena supranatural. Hal ini memperkuat stigma dan memperparah diskriminasi terhadap individu dengan masalah kesehatan jiwa. Dalam penelitian kami, kami menemukan bahwa masyarakat lokal menggunakan berbagai istilah untuk merujuk pada penyakit tersebut. Misalnya, tuberkulosis (TB) umumnya disebut

"*Hoda*," "*Posso*," "*Hosa*," atau "*Kobu*," berdasarkan gejala yang mereka kaitkan dengan penyakit tersebut. Karena terbatasnya jumlah istilah yang tersedia, mereka cenderung mengintegrasikan nama-nama khusus budaya ini dengan istilah medis yang diakui secara luas, yaitu tuberkulosis, dalam persepsi mereka.

Integrasi terminologi medis ke dalam bahasa vernakular mengungkapkan interaksi kompleks antara pemahaman ilmiah dan interpretasi budaya. Istilah-istilah seperti "TB" atau "komorbiditas" mungkin tidak memiliki padanan langsung dalam istilah masyarakat tertentu, yang mengarah pada asimilasi istilah medis ke dalam bahasa sehari-hari. Integrasi ini menekankan kemampuan bahasa untuk beradaptasi dalam mengakomodasi konsep-konsep baru dan dorongan manusia untuk memahami dan mengungkapkan pengalaman, termasuk yang berkaitan dengan kesehatan dan penyakit. Budaya meresap ke dalam aspek-aspek sadar dan tidak sadar dalam kehidupan kita, yang memerlukan pemahaman komprehensif tentang dampaknya pada proses kesehatan dan kesehatan mental bagi para praktisi dan ilmuwan klinis (Hwang, 2016). Kepercayaan budaya secara signifikan memengaruhi pandangan dunia individu dan proses pengambilan keputusan, yang menyoroti pentingnya kompetensi budaya dalam layanan kesehatan (Abad et al., 2014).

Stigma yang ada pada individu dengan penyakit penyerta tuberkulosis merupakan masalah yang kompleks, yang sering kali dipicu oleh kurangnya literasi kesehatan yang memadai di masyarakat, yang menyebabkan keterlambatan diagnosis, kepatuhan pengobatan yang buruk, dan konsekuensi sosial yang merugikan. (Retnakumar & George, 2022). Stigma dalam konteks ini melibatkan identifikasi individu dengan TB sebagai kelompok yang berbeda dan seringkali mengaitkan mereka dengan sifat-sifat karakter yang negatif dan menyalahkan mereka atas penyakitnya (DeSanto et al., 2023).

Konsekuensinya, stigma terhadap gangguan mental menjadi hambatan utama dalam pelayanan kesehatan jiwa, baik dalam bentuk self-stigma (rasa malu dan rendah diri dari pasien sendiri) maupun public stigma (penolakan sosial oleh masyarakat). Sartorius (2007) menegaskan bahwa mengatasi stigma ini harus menjadi bagian integral dari strategi peningkatan layanan kesehatan jiwa. Oleh karena itu, peningkatan literasi kesehatan jiwa, penggunaan istilah yang lebih netral, dan kampanye anti-stigma menjadi sangat penting dalam membangun kesadaran kolektif bahwa kesehatan jiwa adalah spektrum yang luas, bukan hanya berkaitan dengan kondisi "gila", tetapi mencakup berbagai dimensi kesejahteraan psikologis (Sartorius, 2007).

Dukungan keluarga merupakan elemen penting dalam mengelola kesejahteraan mental individu yang menderita tuberkulosis komorbid, penyakit yang diketahui menghadirkan tantangan psikologis yang substansial di samping

tuntutan fisiknya. Interaksi antara kesehatan mental dan dinamika keluarga bersifat dua arah, namun beberapa keluarga mungkin memprioritaskan perawatan individual, mengabaikan atau menepis perlunya pendekatan yang berpusat pada keluarga (Negash et al., 2022). Hubungan keluarga dapat memengaruhi kesehatan mental secara signifikan, baik memicu atau memperburuk penyakit mental, atau meringankan masalah emosional dan perilaku, yang mengarah pada hasil yang lebih baik (Saroca & Sargent, 2022). Sudah diketahui dengan baik bahwa dukungan keluarga yang kuat berfungsi sebagai penyangga pelindung, menawarkan keuntungan yang cukup besar bagi mereka yang bergulat dengan kondisi kronis. Secara khusus, dukungan ini meningkatkan kepatuhan pengobatan, menumbuhkan ketahanan, dan meningkatkan kesehatan psikologis secara keseluruhan, yang mengarah pada peningkatan nyata dalam kualitas hidup pasien.

2.8 Daftar Pustaka

- Acoba, E. F. (2024). Social support and mental health: the mediating role of perceived stress. *Frontiers in Psychology*, 15(February), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1330720>
- Addo, J., Pearce, D., Metcalf, M., Lundquist, C., Thomas, G., Barros-Aguirre, D., Koh, G. C. K. W., & Strange, M. (2022). Living with tuberculosis: a qualitative study of patients' experiences with disease and treatment. *BMC Public Health*, 22(1), 1717. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14115-7>
- Agbeko, C. K., Mallah, M. A., He, B., Liu, Q., Song, H., & Wang, J. (2022). Mental Health Status and Its Impact on TB Treatment and Its Outcomes: A Scoping Literature Review. *Frontiers in Public Health*, 10, 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.855515>
- Ahmed. (2025). Using thematic analysis in qualitative research. *Journal of Medicine , Surgery, and Public Health*, 6(April), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2025.100198>
- Alene, K. A., Clements, A. C. A., McBryde, E. S., Jaramillo, E., Lönnroth, K., Shaweno, D., Gulliver, A., & Viney, K. (2018). Mental health disorders, social stressors, and health-related quality of life in patients with multidrug-resistant tuberculosis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Infection*, 77(5), 357–367. <https://doi.org/10.1016/J.JINF.2018.07.007>
- Alinaitwe, B., Shariff, N., & Madhavi Boddupalli, B. (2025). Level of Family Support and Associated Factors Among Pulmonary Tuberculosis Patients in Eastern Uganda. A Baseline Cross-Sectional Study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, Volume 18*(April), 2057–2073. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S511615>
- Asante-Poku, A., Asare, P., Baddoo, N. A., Forson, A., Klevor, P., Otchere, I. D., Aboagye, S. Y., Osei-Wusu, S., Danso, E. K., Koram, K., Gagneux, S., &