

Gender dan Penyakit Tuberkulosis: Implikasinya Terhadap Akses Layanan Kesehatan Masyarakat Miskin yang Rendah

Gender and Tuberculosis: the Implication to Low Health Care Access for the Poor

Dewi Rokhmah

Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Abstrak

Saat ini, fokus utama dari pelayanan kesehatan masih bertumpu pada aspek medis yang sangat kurang memperhatikan isu sosial termasuk gender yang merupakan penyebab utama kesenjangan bidang kesehatan di masyarakat kita. Tuberkulosis adalah penyakit yang menyebabkan kematian di seluruh dunia. Gender berperan sebagai salah satu determinan penyakit tuberkulosis meliputi penemuan kasus, diagnosis, dan proses pengobatan. Penelitian ini bertujuan menganalisis perspektif gender pencapaian Program Tuberkulosis *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS) meliputi penemuan, diagnosis pasien, dan hasil pengobatan di Rumah Sakit Paru Jember, tahun 2010. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif analitik menggunakan data sekunder yang berasal dari Laporan Program Tuberkulosis DOTS Tahun 2010. Populasi adalah penduduk yang menderita tuberkulosis yang mendapat pelayanan dalam program DOTS. Sedangkan, sampel dari penelitian ini adalah pasien yang telah didiagnosis tuberkulosis oleh dokter, mendapatkan pelayanan di Poli Paru Rumah Sakit Paru Jember pada tahun 2010. Data yang terkumpul dianalisis secara deskriptif dengan perspektif gender. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam proses penemuan pasien tuberkulosis, perempuan lebih tinggi dari laki-laki. Tetapi dalam proses diagnosis pasien tuberkulosis dan hasil pengobatan pasien tuberkulosis, laki-laki jauh lebih tinggi dari perempuan. Kondisi ini disebabkan karena stigma pada perempuan serta akses dan kontrol perempuan yang rendah terhadap pengelolaan sumber daya untuk kesehatan. Komitmen pemerintah dan masyarakat yang sensitif gender diperlukan dalam intervensi program tuberkulosis DOTS pada masa yang akan datang.

Kata kunci : Akses pelayanan, gender, masyarakat miskin, tuberkulosis

Abstract

Nowadays main focus of health care remains in medical aspect and lack on social issue include gender identities which are being main cause of the health gap in our society. Tuberculosis is a disease caused mortality in the

worldwide. The role of gender as a determinant of health status, including all aspects of tuberculosis, from case finding, diagnosis, and treatment result of tuberculosis patient. The objective of this research was an analysis of gender perspective the reach of Tuberculosis Directly Observed Treatment Short-course (DOTS) program from case finding, diagnosis, and treatment result of tuberculosis patient in Lung Hospital of Jember in 2010. This research was descriptive analytic method used secondary data from the report of Tuberculosis DOTS program at 2010. The population of this research is people with Tuberculosis have accessed services from DOTS program. The sample of this research are man and woman patient, have been diagnosed as tuberculosis patient by doctor, getting services in Lung Poly in Lung Hospital of Jember in 2010. Collected data are analyzed descriptively with a gender perspective. The result of this research shows that in tuberculosis patient finding process, woman is higher than man, but in the diagnosis and treatment result of tuberculosis patient, man is higher than woman. This condition was caused by woman had stigma and low access and control in managing resources for health. Gender sensitivity commitment by government and society is needed to the intervention both in tuberculosis DOTS program applying in the future.

Keywords: Services access, gender, poor, tuberculosis

Pendahuluan

Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang sebagian besar menyerang paru-paru, tetapi dapat menyerang organ tubuh yang lain.¹ Tuberkulosis paru yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di dunia banyak menyerang kelompok usia produktif dan berasal dari

Alamat Korespondensi: Dewi Rokhmah, Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku FKM Universitas Jember, Jl. Kalimantan No. 57 Kampus Tegalboto Jember 68121, Hp. 081215400550, e-mail: dewikhoiron@yahoo.com

kelompok sosial ekonomi rendah dan tingkat pendidikan yang rendah. *World Health Organization* (WHO) melaporkan perkiraan insiden tuberkulosis paru setiap tahun sekitar 583.000 kasus dengan angka mortalitas sekitar 140.000 kasus. Tuberkulosis paru merupakan penyebab kematian ketiga terbesar di dunia setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernapasan, serta merupakan penyebab kematian nomor satu terbesar dalam kelompok penyakit infeksi.

Tuberkulosis paru adalah penyakit yang terkait erat dengan ekonomi lemah dan diperkirakan 95% dari jumlah kasus tuberkulosis paru terjadi di negara berkembang yang relatif miskin. Sejak tahun 1995, Program Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia mulai menerapkan strategi *Directly Observed Treatment, Short-course* (DOTS) dan dilaksanakan di puskesmas secara bertahap. Sejak tahun 2000, strategi DOTS dilaksanakan secara nasional di seluruh Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) terutama puskesmas yang diintegrasikan dalam pelayanan kesehatan dasar.² Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan pasien, prioritas diberikan kepada pasien tuberkulosis tipe menular. Strategi ini akan memutuskan penularan tuberkulosis dan dengan demikian menurunkan insiden tuberkulosis di masyarakat. Penemuan dan penyembuhan pasien merupakan cara terbaik dalam upaya pencegahan penularan tuberkulosis.

Namun, angka *drop out* yang merupakan kegagalan pengobatan tuberkulosis di Indonesia masih tetap tinggi. Hal ini dapat jadi disebabkan oleh belum terpecahkan berbagai faktor penyebab *drop out* yang tidak terbatas pada masalah status perekonomian, gizi, keterjangkauan pelayanan yang berkualitas, tingkat pendidikan, serta masalah sosial budaya yang rendah termasuk di dalamnya ketimpangan gender dalam masyarakat kita. Padahal perbedaan sosial termasuk identitas gender yang merupakan penyebab utama kesenjangan sehingga pada akhirnya memengaruhi derajat kesehatan masyarakat.

Perbedaan pencapaian program penanggulangan tuberkulosis antara laki-laki dan perempuan dapat menggambarkan perbedaan biologis jenis kelamin dalam epidemiologi penyakit tuberkulosis. Namun, perbedaan peran sosial antara laki-laki dan perempuan dapat juga berpengaruh pada faktor risiko akses pelayanan kesehatan.³ Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pencapaian program tuberkulosis DOTS dari perspektif gender, mulai dari penemuan pasien tuberkulosis, diagnosis pasien tuberkulosis, dan hasil pengobatan pasien tuberkulosis di Rumah Sakit Paru Jember pada tahun 2010.

Metode

Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari – Maret 2012 dengan metode deskriptif analitik menggunakan data sekunder laporan program Tuberkulosis DOTS

tahun 2010 di Rumah Sakit Paru Jember. Populasi penelitian ini adalah penduduk yang menderita tuberkulosis yang mendapat pelayanan dalam program DOTS. Sedangkan, sampel dari penelitian ini adalah pasien yang telah didiagnosis tuberkulosis oleh dokter, mendapatkan pelayanan di Poli Paru Rumah Sakit Paru Jember pada tahun 2010. Data diolah dan dianalisis secara deskriptif dengan perspektif gender menggunakan pemikiran logis yang dikaitkan dengan konsep gender dalam bidang kesehatan. Telaah pustaka juga dilakukan untuk memperkaya dan mempertajam analisis data yang dilakukan. Pemilihan tempat penelitian di Rumah Sakit Paru Jember dilakukan berdasarkan pertimbangan Rumah Sakit Paru Jember yang merupakan salah satu unit pelaksana teknis Provinsi Jawa Timur yang bertugas melaksanakan program DOTS.

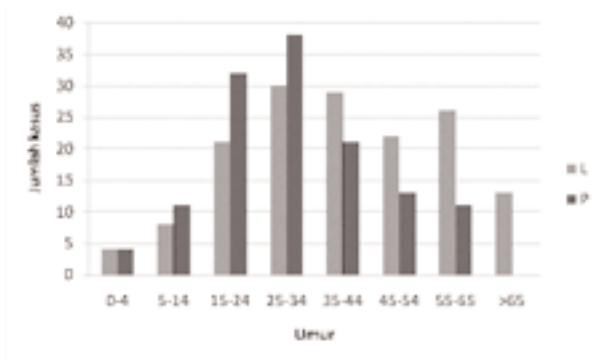
Hasil

Seluruh pasien tuberkulosis di Rumah Sakit Paru Jember apabila dikategorikan berdasarkan umur dapat disimpulkan bahwa dari usia 0 – 34 tahun jumlah pasien perempuan lebih besar dari total pasien berjenis kelamin laki-laki. Hal ini berbanding terbalik dengan rentang usia 35 – 65 tahun atau lebih yang menunjukkan bahwa jumlah pasien tuberkulosis perempuan berjumlah lebih kecil dari pasien tuberkulosis laki-laki. Bahkan pada usia di atas 65 tahun tidak ditemukan pasien berjenis kelamin perempuan (Gambar 1).

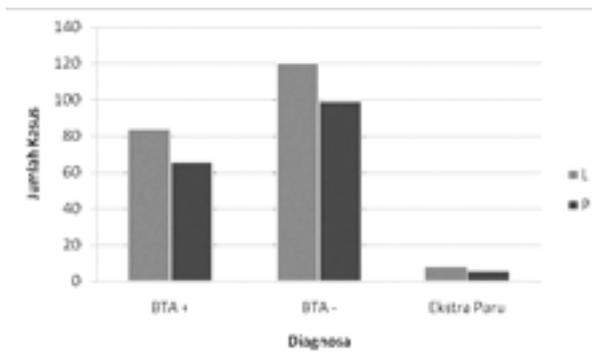
Penentuan tipe pasien tuberkulosis dilakukan berdasarkan pada riwayat pengobatan sebelumnya. Tipe pasien tuberkulosis meliputi pasien baru dan pasien lama atau ulang. Pasien baru adalah pasien yang belum pernah mendapatkan obat anti tuberkulosis (OAT) atau sudah menelan OAT kurang dari satu bulan. Jumlah pasien tuberkulosis baru dari usia 0 – 4 tahun pada laki-laki dan perempuan. Sedangkan, pada kategori usia lebih dari 35 tahun jumlah pasien perempuan lebih banyak daripada pasien laki-laki. Kondisi yang berbeda terjadi pada kategori usia lebih dari 35 tahun, jumlah pasien laki-laki lebih banyak daripada pasien perempuan. Bahkan, pada kategori usia lebih dari 65 tahun, tidak ditemukan pasien perempuan yang menderita tuberkulosis. Kondisi ini hampir sama dengan jumlah total pasien tuberkulosis di Rumah Sakit Paru Jember pasien baru dan lama. Ditemukan perbandingan terbalik pada usia rata-rata 35 tahun, pasien perempuan lebih banyak ditemukan pada usia kurang dari 35 tahun, sedangkan pasien laki-laki lebih banyak ditemukan pada usia lebih dari 35 tahun.

Diagnosis Pasien Tuberkulosis

Penentuan klasifikasi penyakit tuberkulosis perlu dilakukan untuk menetapkan paduan OAT yang sesuai sebelum pengobatan dimulai. Ada beberapa pemeriksaan untuk mendiagnosis seseorang menderita tuberkulosis



Gambar 1. Perbedaan Gender Total Pasien Tuberkulosis Paru Berdasarkan Kategori Usia

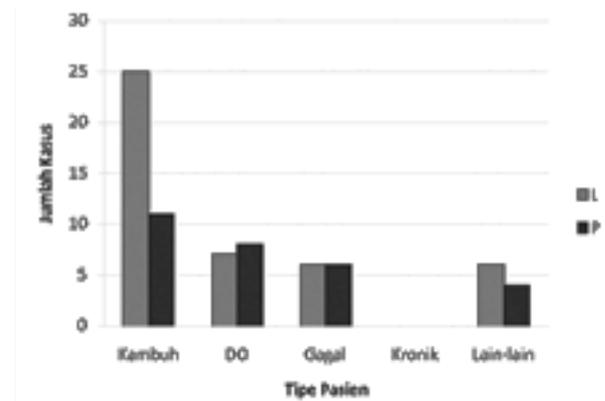


Gambar 2. Perbedaan Gender dalam Diagnosis Pasien Tuberkulosis Paru

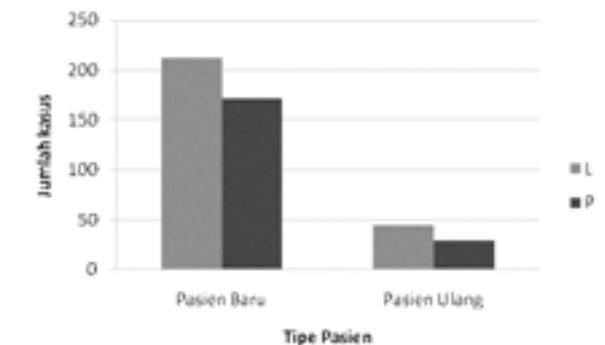
paru, antara lain melalui pemeriksaan mikroskopis dari dahak dan pemeriksaan foto rontgen dada. Klasifikasi penyakit tuberkulosis berdasarkan hasil pemeriksaan dahak basil tahan asam (BTA) meliputi tuberkulosis paru BTA positif, tuberkulosis paru BTA negatif, dan tuberkulosis ekstra paru. Pasien tuberkulosis yang telah mendapatkan pelayanan kesehatan sampai pada proses diagnosis sebagian besar berjenis kelamin laki-laki atau dengan kata lain, pada pasien tuberkulosis laki-laki lebih besar mendapatkan pelayanan sampai pada proses diagnosis dari pada pasien perempuan. Berdasarkan tabel sebelumnya dapat dilihat bahwa diagnosis BTA positif pada laki-laki sebanyak 84 orang dan pada perempuan sebanyak 66 orang. BTA negatif pada laki-laki sebanyak 120 orang dan pada perempuan sebanyak 99 orang. Sedangkan, ekstra paru pada laki-laki sebanyak 8 orang dan pada perempuan sebanyak 6 orang (Gambar 2).

Pengobatan Pasien Tuberkulosis

Hasil pengobatan pasien tuberkulosis dapat dikelompokkan dalam beberapa kategori, yaitu sembuh pengobatan lengkap, meninggal, pindah atau transfer, default atau *drop out*, dan gagal. Berdasarkan perbedaan gender dari hasil pengobatan pasien tuberkulosis lama



Gambar 5. Perbedaan Gender dalam Hasil Pengobatan Pasien Tuberkulosis Paru Lama atau Pengobatan Ulang



Gambar 4. Perbedaan Gender dalam Total Hasil Pengobatan Pasien Tuberkulosis Paru

dari gambar di atas dapat disimpulkan bahwa pasien kambuh banyak ditemukan pada pasien laki-laki daripada perempuan, dengan jumlah yang sangat jelas terlihat, yaitu 25 pasien laki-laki dan 11 pasien perempuan. Sedangkan, dari pasien yang kambuh atau *drop out* banyak ditemukan pada pasien perempuan (8 orang) daripada pasien laki-laki (6 orang). Untuk pasien yang gagal pengobatan ditemukan jumlah yang sama pada laki-laki dan perempuan masing-masing 6 orang (Gambar 3).

Seluruh hasil pengobatan tuberkulosis pada pasien laki-laki lebih banyak dibandingkan dengan pasien perempuan. Hal ini sejalan dengan jumlah pasien pada proses penemuan kasus pasien tuberkulosis, baik pasien baru maupun pasien lama, kemudian pada proses diagnosis sampai pada pengobatan (Gambar 4).

Pembahasan

Penemuan pasien tuberkulosis dilakukan secara pasif, yaitu penjarangan tersangka penderita dilakukan pada mereka yang berkunjung ke unit pelayanan kesehatan rumah sakit. Penemuan secara pasif tersebut didukung dengan promosi aktif, baik oleh petugas kesehatan maupun masyarakat untuk meningkatkan cakupan penemuan

kasus. Hal ini dikenal dengan sebutan *passive promotive case finding* (penemuan penderita secara pasif dengan promosi secara aktif).¹ Penemuan kasus baru di Indonesia masih tergolong rendah karena program deteksi penderita yang dilakukan selama masih terbatas secara pasif. Penderita yang mendapat pemeriksaan dan pengobatan adalah mereka yang berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan, sementara penularan terus terjadi melalui kontak antara anggota keluarga yang tinggal satu rumah dengan penderita.⁴ Dengan kata lain, penemuan kasus tuberkulosis dapat dilihat dari jumlah pasien tuberkulosis yang sudah mendapatkan pelayanan di rumah sakit atau puskesmas.¹ Tentu saja hal ini belum mencerminkan jumlah kasus tuberkulosis yang terjadi pada masyarakat.

Beberapa hasil studi telah mengidentifikasi beberapa alasan penyebab tertundanya pencarian pelayanan kesehatan oleh pasien tuberkulosis, baik laki-laki maupun perempuan meliputi ketidaknyamanan fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah dan diperparah lagi oleh biaya yang tinggi dalam mengakses pelayanan (jarak yang jauh, biaya transportasi ke klinik, waktu kerja yang hilang), stigma sosial dan keengganan untuk membuka kondisi dirinya pada orang lain, kegagalan dalam mengenali gejala penyakit tuberkulosis atau memahami gejala yang serius dan kebutuhan pengobatan.⁵

Kondisi yang dijelaskan pada hasil penelitian di atas berbeda dengan laporan *Department of Gender and Women's Health World Health Organization* (WHO) yang menyebutkan bahwa insiden dan prevalensi tuberkulosis lebih banyak ditemukan pada jenis kelamin laki-laki dewasa daripada perempuan dewasa. Angka insiden tuberkulosis lebih tinggi ditemukan pada laki-laki pada semua kategori umur kecuali pada usia anak-anak dimana jenis kelamin perempuan mendominasi. Hal ini seperti pada hasil penelitian di Kabupaten Rejang Lebong yang menyatakan bahwa menurut jenis kelamin, kejadian tuberkulosis paru sebagian besar (66%) terjadi pada laki-laki.⁶ Sedangkan, angka prevalensi tuberkulosis dari beberapa laporan penelitian menyebutkan bahwa perbedaan jenis kelamin mulai terlihat pada usia 10 – 16 tahun dan tetap laki-laki menduduki peringkat yang lebih tinggi daripada perempuan.⁵

Pada rentang usia 0 – 34 tahun, pasien tuberkulosis baru lebih banyak ditemukan pada perempuan. Hal ini disebabkan oleh kultur budaya patriaki yang banyak dijumpai pada masyarakat Indonesia. Laki-laki memiliki akses kesehatan yang lebih baik daripada perempuan. Selain itu, pada keluarga miskin, pemenuhan kebutuhan pangan jauh lebih mendesak daripada kebutuhan akan kesehatan karena mereka memiliki keterbatasan sumber daya.⁷ Hal ini disebabkan oleh rendahnya posisi perempuan dalam pengambilan keputusan dalam keluarga sehingga akses dan kontrol perempuan dalam pengelolaan

sumber daya untuk kesehatan sangat terbatas.⁸

Pada rentang usia di atas 35 tahun, pasien tuberkulosis baru lebih banyak ditemukan pada pasien perempuan. Pasien tuberkulosis perempuan memiliki tingkat sosial ekonomi yang lebih rendah daripada laki-laki secara signifikan dalam hal tingkat pendidikan, kondisi lingkungan kerja, dan lingkungan tempat tinggal.⁹ Data prevalensi penyakit tuberkulosis terbaru menunjukkan bahwa penyakit tuberkulosis lebih banyak diderita oleh kaum laki-laki daripada perempuan. Perbedaan ini tidak hanya disebabkan oleh fungsi biologi, tetapi juga disebabkan oleh dampak dari faktor risiko dan paparan (gaya hidup seperti merokok, pekerjaan, polusi udara dalam ruang berkaitan dengan proses memasak, dan dari paparan industri).¹⁰

Di negara berkembang, dari sebagian besar keluarga miskin diperoleh fakta bahwa dalam proses memasak makanan, perempuan banyak terpapar oleh asap dari kayu bakar atau biogas (kotoran sapi) yang dibakar sebagai bahan bakar di dalam ruang. Hal ini meningkatkan kejadian tuberkulosis pada perempuan miskin di negara berkembang.¹¹ Karena peran domestik yang dominan di rumah tangga, perempuan miskin banyak berdiam di rumah dengan pencahayaan dan ventilasi yang buruk. Kondisi ini menambah risiko terinfeksi tuberkulosis. Berbeda dengan laki-laki miskin yang lebih sering di luar rumah, perempuan seringkali memasak dan menyalakan tungku pada tempat yang ventilasinya sangat kurang. Akibatnya endapan partikel karbon dalam paru-paru akan memperlemah ketahanan tubuh terhadap serangan penyakit, termasuk tuberkulosis.¹²

Kondisi tersebut memperlihatkan bahwa pada usia bayi, anak-anak, hingga usia dewasa awal, kaum perempuan masih memiliki akses yang baik dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak. Namun, ketika memasuki usia dewasa pertengahan dan akhir, kaum perempuan tidak mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang memadai. Padahal, perempuan yang memasuki usia dewasa madya, apalagi sudah menikah, memiliki beban ganda tidak hanya menyangkut diri pribadinya, tetapi juga menyangkut keluarganya, yaitu melayani suami dan sebagai pengasuh anak-anaknya. Perempuan memiliki hak untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai dalam hal kesehatan fisik dan mental. Hak tersebut penting untuk kehidupan dan kebaikan mereka serta kemampuan mereka untuk berpartisipasi dalam seluruh kegiatan masyarakat dan kehidupan pribadi.¹³ Dengan kata lain, penyakit tuberkulosis berhubungan sangat erat dengan kemiskinan yang menyebabkan kurangnya asupan gizi, permukiman yang tidak sehat, dan akses pelayanan kesehatan yang rendah.¹⁴ Penyakit tuberkulosis yang umumnya menyerang kelompok usia produktif, dapat berdampak langsung dan tidak langsung terhadap ekonomi keluarga. Dampak langsung berupa

biaya pengobatan, sedangkan dampak tidak langsung berupa hilangnya produktivitas kerja sehingga berdampak pada masalah sosial, keluarga, dan masyarakat.¹⁵

Diagnosis yang tertunda berdampak pada kesehatan pasien tuberkulosis perempuan sehingga menyebabkan penyebaran infeksi. Rendahnya diagnosis BTA positif pada pasien tuberkulosis perempuan dapat disebabkan dari ketidakmampuan perempuan untuk mengeluarkan sputum atau dahak sesuai dengan kuantitas dan kualitas yang dibutuhkan dalam pemeriksaan laboratorium. Kejadian *false negative* lebih banyak terjadi pada pasien perempuan daripada pasien laki-laki. Hasil yang hampir sama ditemukan di Tamil Nadu India, yang menyebutkan bahwa angka prevalensi penyakit tuberkulosis paru BTA positif lebih tinggi pada laki-laki daripada perempuan dengan rasio sebesar 6,5 : 1.⁵

Kondisi tersebut sesuai dengan hasil penelitian WHO yang menyebutkan bahwa penemuan kasus tuberkulosis BTA positif pada perempuan lebih sedikit daripada laki-laki berdasarkan hasil pemeriksaan sputum. Angka yang lebih rendah pada pasien tuberkulosis perempuan daripada pasien laki-laki merupakan konsekuensi dari rendahnya proporsi perempuan dibandingkan laki-laki pada penderita tuberkulosis yang mengunjungi fasilitas pelayanan kesehatan dan menyerahkan sampel dahak atau sputum untuk dilakukan tes laboratorium, dengan alasan kesulitan dalam mengakses pelayanan kesehatan, mengutamakan jasa dukun tradisional, kurangnya tenaga kesehatan perempuan, serta adanya kekhawatiran akan munculnya stigma pada pasien tuberkulosis perempuan. Stigma pasien tuberkulosis lebih mudah diterima kaum perempuan daripada laki-laki ketika sudah menikah.⁷ Masalah sosial seperti perceraian dan kesempatan kerja lebih banyak diderita perempuan. Sekali perempuan didiagnosa positif tuberkulosis, maka ia akan mendapat stigma lebih berat daripada laki-laki.¹²

Analisis perbedaan gender mengindikasikan bahwa perempuan yang telah didiagnosis tuberkulosis kemudian melakukan pengobatan tuberkulosis lebih patuh untuk menuntaskan pengobatan daripada laki-laki.⁵ Hal ini dibuktikan dengan data hasil penelitian yang menunjukkan bahwa jumlah pasien tuberkulosis yang kambuh lebih banyak terdapat pada pasien laki-laki daripada pasien perempuan. Dalam proses pengobatan pasien tuberkulosis, secara keseluruhan jumlah pasien laki-laki jauh lebih banyak daripada pasien perempuan. Dengan kata lain, rata-rata pasien perempuan mendapatkan kesempatan yang lebih sedikit dibandingkan dengan pasien laki-laki dalam mendapatkan pengobatan. Kondisi perempuan yang lebih sedikit mendapat kesempatan untuk sembuh dari penyakit tuberkulosis terjadi akibat dari kemiskinan yang berdampak pada laki-laki lebih cepat terdiagnosis dan memperoleh pengobatan secara

dini, karena mereka lebih banyak di luar rumah dan mempunyai penghasilan sendiri. Namun, karena hambatan mencari nafkah, seringkali menjadi kendala bagi laki-laki untuk menuntaskan pengobatannya. Perempuan seringkali menunda berobat karena mereka terlalu sibuk di rumah; perempuan menunda berobat karena mereka tidak dapat pergi jauh dari rumah; perempuan enggan menggunakan keuangan keluarga untuk kesehatannya; perempuan tidak mempunyai akses untuk menggunakan uang, meskipun untuk kepentingan pengobatan penyakit.¹²

Penting untuk dipahami bahwa kemiskinan bukan hanya terjadi akibat struktur yang tidak memihak, tetapi juga karena rendahnya perlindungan komunitas atas kepemilikan dan pengelolaan aset oleh perempuan. Rendahnya kontrol perempuan terhadap aset keluarga dan sumber daya adalah pendorong terjebaknya perempuan dalam lingkaran kemiskinan.¹⁶ Sudah saatnya perempuan memiliki kesetaraan dengan laki-laki dalam pengelolaan sumber daya dalam keluarga, termasuk penggunaannya dalam bidang kesehatan yang tercermin di tingkat rumah tangga, perempuan dan laki-laki mempunyai alokasi yang sama untuk mengakses pelayanan kesehatan, dan di tingkat ekonomi, perempuan dan laki-laki mempunyai kemampuan yang sama untuk membelanjakan pendapatannya untuk keperluan kesehatan.¹²

Kesimpulan

Perbedaan gender berdampak pada angka kejadian tuberkulosis, baik pada proses penemuan kasus, diagnosis, maupun pengobatan. Pada proses penemuan kasus tuberkulosis, pada usia 0 – 34 tahun jumlah pasien perempuan lebih besar dibandingkan pasien laki-laki. Hal ini berbanding terbalik dengan rentang usia 35 – 65 tahun atau lebih yang menunjukkan bahwa jumlah pasien tuberkulosis perempuan berjumlah lebih kecil dari pasien tuberkulosis laki-laki. Selanjutnya pada proses diagnosis, pasien tuberkulosis laki-laki lebih besar dari pada pasien perempuan. Dari hasil pengobatan pada pasien tuberkulosis, jenis kelamin laki-laki lebih banyak dibandingkan dengan pasien perempuan. Kondisi ini menunjukkan bahwa perempuan masih belum mendapatkan pelayanan yang optimal karena dari sisi penemuan kasus mereka lebih banyak daripada laki-laki, tetapi memasuki proses diagnosis dan pengobatan justru laki-laki lebih banyak daripada perempuan. Hal ini disebabkan oleh stigma dan rendahnya akses dan kontrol perempuan dalam pengelolaan sumber daya untuk kesehatan.

Saran

Berdasarkan analisis hasil penelitian, maka diperlukan adanya komitmen yang sensitif gender bagi pe-

merintah sebagai pedoman intervensi dalam pelaksanaan Program Tuberkulosis DOTS. Selain itu, diperlukan pula adanya komitmen yang sensitif gender pula bagi masyarakat untuk meningkatkan keterlibatan perempuan dalam Program Tuberkulosis DOTS, serta diperlukan penelitian lebih lanjut terkait penghalang keikutsertaan perempuan dalam Program Tuberkulosis DOTS.

Daftar Pustaka

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis. Edisi ke-8. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2011.
2. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis. Edisi ke-2. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2007 [diakses tanggal 20 September 2011]. Diunduh dalam: http://tbcindonesia.or.id/pdf/BUKU_PEDOMAN_NASIONAL.pdf
3. Departement of Gender and Women's Health of WHO. Gender and tuberculosis. Geneva: Departement of Gender and Women's Health of WHO; 2002.
4. Kodim N. Seberkas harapan deteksi kasus tuberculosis dini di tingkat rumah tangga. Kesmas Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional. 2012; 6 (5): 193-4.
5. Somma D, Auer C, Abouihia A, Weiss ME. Gender and tuberculosis and research: status of the field and implication for research. WHO Department of Gender and Womens's Health. Geneva: World Health Organization; 2004.
6. Simbolon D. Faktor risiko tuberculosis paru di Kabupaten Rejang Lebong. Kesmas Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional. 2007; 2 (5): 112-9.
7. Ganapathy S, Thomas BE, Jawahar MS, Selvi KJA, Sivasubramanian, Weiss M. Perceptions of gender and tuberculosis in a south indian urban community. Indian J Tuberc [serial on the internet]. 2008; 55: 9-14 [cited 2011 Nov 12]. Available from: <http://medind.nic.in/ibr/t08/i1/ibr08i1p9.pdf>.
8. Rokhmah D. Kesehatan ibu: sebuah perspektif gender. Prosiding Seminar Nasional: 26 November 2011; Jember, Indonesia. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember; 2011.
9. Tungdim MG, Kapoor S. Gender differentials in tuberculosis: impact of socio-economic and cultural factors among the tribals of Northeast India. Open Soc Sci J [serial on the internet]. 2010; 5: 68-74 [cited 2011 Des 20]. Available from: <http://www.benthamscience.com/open/toss-cij/articles/V>.
10. Allotey P, Gyapong M. Gender in tuberculosis research. Int J Tuberc Lung Dis [serial on the internet]. 2008; 12 (7): 831-6 [cited 2011 Jan 8]. Available from: http://apps.who.int/tdr/publications/journal-supplements/gender-tbresearch/pdf/gender-tb_research.pdf
11. Advocacy for Control TB Internationally (ACTION). Woman and tuberculosis : taking a look at a neglected issue [online]. 2010 [cited 2011 Jan 10]. Available from: http://c1280432.cdn.cloudfiles.rackspacecloud.com/Women_Tuberculosis.pdf
12. Makarao NR. Gender dalam bidang kesehatan. Bandung: Alfabeta; 2009.
13. Wendt S, Shireen L. Daftar periksa (cecklist) gender. Jakarta: Asian Development Bank (ADB); 2010.
14. Mahpudin AH, Mahkota R. Faktor lingkungan fisik rumah, respon biologis dan kejadian tuberculosis paru di Indonesia. Kesmas Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional. 2007; 1 (4): 147-53.
15. Aditama TY. Tuberculosis dan kemiskinan. Majalah Kedokteran Indonesia 2005; 55 (2): 49-50.
16. Subiyantoro EB. Perempuan miskin di ujung negeri. Jurnal Perempuan. 2005; 42: 33-43.