



Artikel Penelitian

DETERMINAN SOSIAL DAN LINGKUNGAN PADA KASUS LIMFADENITIS TUBERKULOSIS: PENDEKATAN *FAMILY-CENTERED CARE* DI LAYANAN PRIMER

SOCIAL AND ENVIRONMENTAL DETERMINANTS IN A CASE OF TUBERCULOUS LYMPHADENITIS: A FAMILY-CENTERED CARE APPROACH IN PRIMARY HEALTHCARE

Lilik Djuari^a, Raihanette Amirasanti Fepiosardi^b, Theresa Josephina Angelin^b, Edi Nurcahyo Safii^c, Komang Heru Setiawan^c, Abdullah Machin^{a*}

^aFakultas Kedokteran, Universitas Airlangga

^bDokter Muda Fakultas Kedokteran, Universitas Airlangga

^cPuskesmas Pesanggaran, Banyuwangi

Histori Artikel

Diterima:
24 Juni 2026

Revisi:
29 Agustus 2026

Terbit:
1 Desember 2026

Kata Kunci

Limfadenitis
tuberkulosis,
tuberkulosis ekstraparu,
determinan sosial
kesehatan, lingkungan
keluarga, pendekatan
berbasis keluarga,
layanan kesehatan
primer

Keywords

Tuberculosis
lymphadenitis,
extrapulmonary
tuberculosis, social
determinants of health,
environmental factors,
family-centered care,
primary health care

*Korespondensi

Email:
abdulloh.m
@fk.unair.ac.id

ABSTRAK

Limfadenitis tuberkulosis merupakan salah satu bentuk tuberkulosis ekstraparu yang masih menjadi tantangan dalam pelayanan kesehatan primer, terutama karena keterkaitannya dengan determinan sosial dan lingkungan. Studi ini bertujuan untuk menganalisis peran faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan dalam kejadian limfadenitis tuberkulosis serta implementasi pendekatan *family-centered care* dalam penatalaksanaannya. Penelitian ini menggunakan desain studi kasus pada seorang perempuan usia 33 tahun dengan diagnosis limfadenitis tuberkulosis di wilayah kerja puskesmas. Data diperoleh melalui anamnesis komprehensif, pemeriksaan fisik, penilaian keluarga menggunakan instrumen Family APGAR dan SCREEM, serta evaluasi kondisi lingkungan rumah. Hasil menunjukkan bahwa faktor risiko utama meliputi riwayat tuberkulosis sebelumnya, kontak erat dengan penderita tuberkulosis, kondisi sosial ekonomi rendah, tidak adanya jaminan kesehatan, serta lingkungan rumah yang belum memenuhi kriteria sehat. Intervensi dilakukan secara komprehensif meliputi aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dengan melibatkan keluarga sebagai pendukung utama kepatuhan pengobatan. Pendekatan ini dilaporkan adanya peningkatan pemahaman pasien dan keluarga terhadap penyakit, serta mendukung keberlangsungan terapi. Studi ini menegaskan bahwa pengendalian tuberkulosis tidak hanya bergantung pada terapi medis, tetapi juga memerlukan intervensi berbasis keluarga dan perbaikan determinan sosial serta lingkungan. Pendekatan *family-centered care* di layanan primer berperan penting dalam meningkatkan keberhasilan pengobatan dan kualitas hidup pasien.

ABSTRACT

Tuberculous lymphadenitis is one of the most common forms of extrapulmonary tuberculosis and remains a challenge in primary health care due to its close association with social and environmental determinants. This study aimed to analyze the role of social, economic, and environmental factors in a case of tuberculous lymphadenitis and to explore the implementation of a family-centered care approach in its management. This study employed a case study design involving a 33-year-old female diagnosed with tuberculous lymphadenitis in a primary health care setting. Data were collected through comprehensive history taking, physical examination, family assessment using the Family APGAR and SCREEM instruments, and evaluation of the home environment. The results identified several key risk factors, including a history of previous tuberculosis, close contact with a tuberculosis patient, low socioeconomic status, lack of health insurance, and suboptimal housing conditions. A comprehensive intervention was implemented, encompassing promotive, preventive, curative, and rehabilitative aspects, with active family involvement to support treatment adherence. This approach improved the patient's and family's understanding of the disease and facilitated continuity of care. The findings highlight that tuberculosis control extends beyond medical treatment and requires integrated interventions addressing social and environmental determinants. The family-centered care approach in primary health care plays a crucial role in improving treatment outcomes and patient quality of life.

DOI: <http://doi.org/10.30743/jkin.v15i2.1359>



This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) masih menjadi salah satu masalah kesehatan global yang signifikan, dengan beban penyakit yang tinggi terutama di negara berkembang. World Health Organization melaporkan bahwa Indonesia termasuk dalam kelompok negara dengan beban TB tertinggi di dunia, dengan kontribusi besar terhadap insidensi global TB setiap tahunnya.¹ Meskipun sebagian besar kasus TB menyerang paru, sekitar 15–20% kasus merupakan tuberkulosis ekstraparu, termasuk limfadenitis tuberkulosis yang merupakan bentuk paling sering ditemukan.^{2,3}

Limfadenitis tuberkulosis adalah infeksi *Mycobacterium tuberculosis* pada kelenjar getah bening yang umumnya ditandai dengan pembesaran kelenjar, terutama di regio servikal. Manifestasi klinis yang tidak spesifik sering menyebabkan keterlambatan diagnosis dan penatalaksanaan.^{4,5} Selain faktor biologis, kejadian TB ekstraparu juga sangat dipengaruhi oleh determinan sosial kesehatan seperti status ekonomi, kepadatan hunian, akses terhadap pelayanan kesehatan, serta kondisi lingkungan rumah.

Determinasi sosial dan lingkungan memainkan peran penting dalam transmisi dan progresivitas TB. Kondisi sosial ekonomi rendah, kurangnya ventilasi rumah, kepadatan hunian, serta paparan kontak erat dengan penderita TB merupakan faktor risiko yang terbukti meningkatkan kejadian TB.⁶⁻⁸ Selain itu, keterbatasan akses terhadap jaminan kesehatan dan pelayanan medis dapat menyebabkan keterlambatan diagnosis serta ketidakpatuhan dalam pengobatan, yang pada

akhirnya meningkatkan risiko komplikasi dan penularan.⁹

Dalam konteks pelayanan kesehatan primer, pendekatan berbasis keluarga (*family-centered care*) menjadi strategi penting dalam pengendalian TB. Pendekatan ini menempatkan keluarga sebagai unit utama dalam mendukung pengobatan pasien, termasuk dalam pengawasan minum obat, perubahan perilaku hidup sehat, serta pencegahan penularan.¹⁰ Integrasi pendekatan ini dengan konsep determinan sosial kesehatan memungkinkan intervensi yang lebih komprehensif dan berkelanjutan.

Meskipun berbagai studi telah membahas aspek klinis TB, kajian yang mengintegrasikan faktor sosial, lingkungan, dan pendekatan keluarga dalam kasus limfadenitis tuberkulosis di layanan primer masih terbatas, khususnya di Indonesia. Oleh karena itu, studi kasus ini bertujuan untuk menganalisis peran determinan sosial dan lingkungan dalam kejadian limfadenitis tuberkulosis serta mengeksplorasi implementasi pendekatan *family-centered care* dalam penatalaksanaannya di layanan kesehatan primer.

METODE

Penelitian ini merupakan studi kasus deskriptif dengan pendekatan kedokteran keluarga (*family-centered care*). Pendekatan ini digunakan untuk mengkaji faktor klinis, faktor keluarga, determinan sosial, dan faktor lingkungan yang berperan dalam kejadian serta penatalaksanaan limfadenitis tuberkulosis pada pasien di layanan kesehatan primer. Lokasi dan Waktu Penelitian. Penelitian dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Pesanggaran,

Kabupaten Banyuwangi, Jawa Timur, selama periode Maret–April 2026 dalam rangka kegiatan kepaniteraan Community Medicine.

Subjek penelitian adalah seorang perempuan berusia 33 tahun yang didiagnosis limfadenitis tuberkulosis berdasarkan pemeriksaan klinis dan hasil *fine needle aspiration biopsy* (FNAB) dengan diagnosis A18.2 Tuberculous peripheral lymphadenopathy dengan diagnosis banding C81 Hodgkin lymphoma, C85.9 Non Hodgkin lymphoma. Pemilihan subjek dilakukan secara purposive dengan kriteria meliputi pasien dengan diagnosis tuberkulosis ekstraparu, bersedia mengikuti seluruh rangkaian pemeriksaan dan intervensi, serta memiliki anggota keluarga yang dapat dilibatkan dalam pendekatan *family-centered care*. Jumlah subjek dalam penelitian ini adalah satu orang sesuai karakteristik studi kasus.

Pengumpulan data dilakukan secara komprehensif melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, telaah rekam medis, pemeriksaan penunjang, wawancara mendalam, dan observasi lingkungan. Data klinis diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, serta hasil pemeriksaan penunjang yang meliputi FNAB dan pemeriksaan laboratorium terkait. Penilaian fungsi keluarga dilakukan menggunakan instrumen Family APGAR, sedangkan sumber daya keluarga dievaluasi menggunakan instrumen SCREEM (*Social, Cultural, Religious, Economic, Educational, Medical*). Penilaian lingkungan dilakukan melalui observasi langsung kondisi rumah menggunakan indikator rumah sehat berdasarkan standar Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Selain itu, wawancara mendalam dilakukan

untuk menggali aspek sosial, ekonomi, perilaku kesehatan, serta persepsi pasien dan keluarga terhadap penyakit dan pengobatan.

Fungsi keluarga dinilai menggunakan **Family APGAR**, yang dikembangkan oleh Smilkstein untuk menilai persepsi kepuasan individu terhadap fungsi keluarga. Instrumen ini mencakup lima domain, yaitu **Adaptation, Partnership, Growth, Affection, dan Resolve**. Masing-masing domain dinilai melalui satu pertanyaan dengan tiga pilihan respons, yaitu *hardly ever/almost never, some of the time, dan almost always*, yang masing-masing diberi skor 0, 1, dan 2. Dengan demikian, skor total berkisar antara **0–10**, dengan skor yang lebih tinggi menunjukkan fungsi keluarga yang lebih baik. Interpretasi skor yang digunakan adalah 0–3 menunjukkan disfungsi keluarga berat/rendah, 4–6 menunjukkan disfungsi sedang, dan 7–10 menunjukkan fungsi keluarga baik. Beberapa publikasi menggunakan batas 8–10 sebagai kategori fungsi keluarga tinggi; oleh karena itu, kategori yang digunakan harus dinyatakan secara eksplisit dan konsisten dengan referensi yang dipilih.

Sumber daya keluarga dinilai menggunakan pendekatan **SCREEM**, yang mencakup enam domain, yaitu **Social, Cultural, Religious, Economic, Educational, dan Medical**. SCREEM digunakan untuk mengidentifikasi sumber daya yang dapat menjadi pendukung maupun hambatan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Untuk interpretasi skor total, digunakan kategori 0–12 = sumber daya keluarga sangat tidak memadai, 13–24 = cukup/tidak memadai sedang, dan 25–36 = sumber daya keluarga memadai. Pada

tingkat domain, skor 0–2 menunjukkan sangat tidak memadai, 3–4 tidak memadai sedang, dan 5–6 memadai.

Data yang diperoleh dikumpulkan, diklasifikasikan, dan disajikan dalam bentuk narasi serta tabel. Analisis dilakukan secara deskriptif kualitatif menggunakan pendekatan *Mandala of Health* untuk mengidentifikasi hubungan antara faktor individu, keluarga, perilaku kesehatan, lingkungan fisik, kondisi sosial ekonomi, dan sistem pelayanan kesehatan terhadap kejadian serta perjalanan penyakit. Hasil analisis digunakan sebagai dasar dalam penyusunan intervensi berbasis keluarga.

Intervensi

Intervensi dilakukan secara komprehensif dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Intervensi promotif berupa edukasi mengenai tuberkulosis, perilaku hidup bersih dan sehat, serta prinsip rumah sehat. Intervensi preventif meliputi skrining kontak serumah dan edukasi mengenai terapi pencegahan tuberkulosis. Intervensi kuratif dilakukan melalui pendampingan pengobatan sesuai pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis, sedangkan intervensi rehabilitatif dilakukan melalui dukungan psikososial dan penguatan peran keluarga dalam mendukung keberhasilan terapi. Pendekatan *family-centered care* diterapkan dengan melibatkan anggota keluarga sebagai pengawas menelan obat (PMO) dan pendukung utama selama proses pengobatan.

Pada saat evaluasi, pasien dengan diagnosis *tuberculous peripheral lymphadenopathy* (A18.2) sedang menjalani

OAT fase lanjutan berupa kombinasi isoniazid dan rifampisin (HR) dalam bentuk KDT, 1 kali sehari sebanyak 3 tablet. Riwayat pengobatan menunjukkan bahwa pasien pernah mengalami TB paru pada tahun 2024 dan dinyatakan menyelesaikan pengobatan pada tahun yang sama. Pada episode TB sebelumnya, pasien pernah mengalami *drug-induced liver injury* (DILI) akibat rifampisin sehingga pernah menjalani perawatan di rumah sakit. Pendampingan diberikan untuk memastikan obat dikonsumsi setiap hari sesuai instruksi dokter dan tidak dihentikan sebelum waktunya. Keluarga dilibatkan dalam pengawasan pengobatan; suami pasien direkomendasikan sebagai Pengawas Menelan Obat (PMO) untuk membantu mengingatkan konsumsi OAT, mendukung keteraturan kontrol, serta memantau kemungkinan efek samping pengobatan. Investigasi kontak dilakukan terhadap anggota keluarga serumah. Pasien memiliki kontak erat dengan ibu mertua yang sedang menjalani pengobatan OAT bulan ketiga. Pada saat evaluasi, suami dan dua anak pasien tercatat sedang mendapatkan terapi pencegahan tuberkulosis (TPT) dari Puskesmas Pesanggaran, dan tidak dilaporkan adanya keluhan serupa pada anggota keluarga.

Penelitian ini telah memperoleh persetujuan dari subjek penelitian melalui penandatanganan *informed consent* sebelum pelaksanaan kegiatan. Kerahasiaan identitas dan data pribadi subjek dijaga sesuai prinsip etika penelitian kesehatan. Penelitian ini telah memperoleh persetujuan etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya, Indonesia

dengan nomor 41/EC/KEPK/FKUA/2026 tanggal 20 Februari 2026.

HASIL

Karakteristik Subjek

Subjek penelitian adalah seorang perempuan berusia 33 tahun yang didiagnosis dengan limfadenitis tuberkulosis berdasarkan pemeriksaan klinis dan sitologi (FNAB). Pasien memiliki riwayat tuberkulosis paru pada tahun

2024 yang telah menyelesaikan pengobatan, serta riwayat kontak erat dengan penderita tuberkulosis dalam keluarga serumah. Secara klinis, pasien datang dengan keluhan utama berupa pembesaran kelenjar getah bening di regio servikal kiri yang disertai nyeri lokal tanpa gejala sistemik seperti batuk kronis, demam, atau penurunan berat badan.

Tabel 1. Karakteristik Klinis, Sosial, dan Lingkungan Pasien

Variabel	Temuan	Interpretasi
Usia/Jenis Kelamin	33 tahun / Perempuan	Usia produktif
Diagnosis	Limfadenitis tuberkulosis	TB ekstraparu
Keluhan utama	Benjolan leher nyeri	Manifestasi khas
Riwayat TB	TB paru tahun 2024	Risiko reaktivasiKemungkinan relapas
Kontak erat TB	Ibu mertua TB aktif	Risiko penularan tinggi
Status gizi	IMT 24,5 kg/m ²	Normal
Komorbid	Tidak ada	Prognosis lebih baik
Status ekonomi	Rendah (penghasilan tidak tetap)	Akses layanan terbatas
Jaminan kesehatan	Tidak memiliki BPJS	Risiko keterlambatan layanan
Paparan rokok	Perokok pasif	Faktor risiko tambahan
Fungsi keluarga (APGAR)	Skor 8	Fungsi keluarga baik
SCREEM	Kendala ekonomi & medis	Dukungan terbatas
Kondisi rumah	Tidak sehat (skor < standar)	Risiko transmisi meningkat

Temuan Klinis dan Status Kesehatan

Pemeriksaan fisik menunjukkan kondisi umum baik dengan tanda vital dalam batas normal. Ditemukan pembesaran kelenjar getah bening yang nyeri, dengan konsistensi berubah menjadi lebih lunak. Status gizi pasien tergolong normal (IMT 24,5 kg/m²). Pemeriksaan penunjang menunjukkan hasil negatif untuk HIV dan kadar glukosa darah dalam batas normal. Diagnosis klinis ditegakkan sebagai tuberculous peripheral lymphadenopathy tanpa komplikasi.

Faktor Risiko Internal dan Eksternal

Analisis faktor risiko menunjukkan adanya kombinasi determinan internal dan eksternal. Faktor internal meliputi riwayat TB

sebelumnya yang berpotensi menyebabkan reaktivasi infeksi serta pola makan yang kurang seimbang. Faktor eksternal meliputi status sosial ekonomi rendah, tidak adanya jaminan kesehatan, serta paparan kontak erat dengan penderita TB dalam keluarga. Selain itu, pasien juga terpapar asap rokok sebagai perokok pasif.

Penilaian Keluarga

Hasil penilaian fungsi keluarga menggunakan Family APGAR menunjukkan skor 8 yang mengindikasikan fungsi keluarga baik. Namun, penilaian SCREEM mengidentifikasi adanya keterbatasan pada aspek ekonomi dan akses terhadap layanan kesehatan. Keluarga berperan aktif dalam

mendukung pengobatan pasien, termasuk dalam pengawasan minum obat dan pendampingan kontrol ke fasilitas kesehatan.

Kondisi Lingkungan

Evaluasi lingkungan rumah menunjukkan bahwa kondisi fisik rumah belum memenuhi kriteria rumah sehat, dengan skor penilaian di bawah standar. Beberapa faktor yang ditemukan antara lain ventilasi yang kurang optimal, tidak adanya plafon, serta sistem pembuangan limbah yang masih terbuka. Kondisi ini berpotensi meningkatkan risiko transmisi penyakit infeksi, termasuk tuberkulosis.

Implementasi Intervensi

Intervensi dilakukan secara komprehensif meliputi aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Edukasi kesehatan diberikan kepada pasien dan keluarga terkait penyakit TB, pentingnya kepatuhan pengobatan, serta perilaku hidup bersih dan sehat. Terapi farmakologis dilanjutkan sesuai pedoman nasional, dengan keterlibatan anggota keluarga sebagai pengawas minum obat (PMO). Selain itu, dilakukan upaya peningkatan kesadaran terhadap perbaikan lingkungan rumah dan akses layanan kesehatan.

Tabel 2. Identifikasi Faktor Risiko Berdasarkan Pendekatan *Mandala of Health*

Domain	Faktor Risiko	Dampak terhadap TB
Individu	Riwayat TB sebelumnya	Reaktivasi infeksi
Perilaku	Pola makan kurang seimbang	Penurunan imunitas
Lingkungan fisik	Ventilasi buruk, rumah tidak sehat	Meningkatkan transmisi
Sosial ekonomi	Pendapatan rendah	Hambatan akses layanan
Sistem kesehatan	Tidak ada asuransi	Keterlambatan pengobatan
Keluarga	Kontak erat TB	Risiko infeksi tinggi

Outcome Awal Intervensi

Evaluasi Intervensi dan Tindak Lanjut

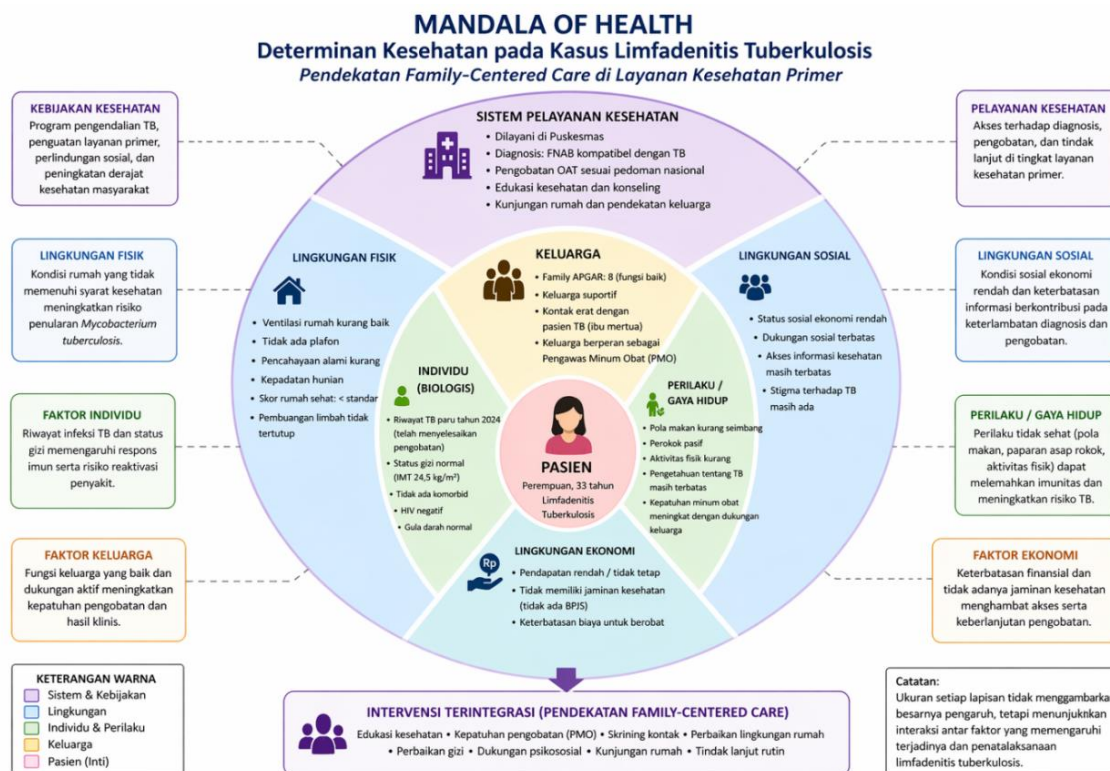
Intervensi dilakukan melalui edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai tuberkulosis, cara penularan, pengobatan, kepatuhan OAT, efek samping obat, perilaku hidup bersih dan sehat, nutrisi, serta penguatan peran keluarga sebagai Pengawas Menelan Obat (PMO). Evaluasi dilakukan pada saat kunjungan awal dan selama pemantauan pengobatan. Berdasarkan catatan kasus, pada saat evaluasi pasien telah menjalani **fase lanjutan OAT bulan ketiga** dengan regimen HR sebanyak 3 tablet sekali sehari. Suami berperan sebagai PMO dengan tugas mengingatkan konsumsi

obat dan mendukung keteraturan kontrol. Lama tindak lanjut dalam laporan kasus belum didokumentasikan secara serial, sehingga durasi follow-up dalam satuan minggu atau bulan serta tanggal setiap kunjungan tidak dapat ditentukan secara pasti dari data yang tersedia. Pemahaman pasien dan keluarga dinilai secara kualitatif melalui anamnesis dan wawancara, terutama berdasarkan kemampuan pasien/keluarga menjelaskan kembali mengenai penyakit, pengobatan, kepatuhan minum OAT, efek samping, serta tindakan pencegahan penularan. Kepatuhan pengobatan dinilai berdasarkan informasi pasien dan keluarga mengenai

keteraturan konsumsi OAT, keterlibatan PMO, serta keteraturan kunjungan kontrol.

Pada evaluasi setelah intervensi, pasien dan keluarga menunjukkan pemahaman mengenai penyakit dan pengobatan berdasarkan hasil wawancara. Pasien juga dilaporkan mengikuti konsumsi OAT dan melakukan

kontrol secara rutin, dengan dukungan suami sebagai PMO. Namun, karena pemahaman dan kepatuhan tidak diukur menggunakan instrumen kuantitatif pada kondisi sebelum dan sesudah intervensi, temuan tersebut tidak dapat diinterpretasikan sebagai peningkatan yang terukur.



Gambar 1. Mandala of Health Determinan Kesehatan pada Kasus Limfadenitis Tuberkulosis

DISKUSI

Kasus limfadenitis tuberkulosis pada penelitian ini menunjukkan bahwa perjalanan penyakit tidak hanya dipengaruhi oleh faktor klinis, tetapi juga oleh determinan sosial dan lingkungan yang kompleks. Limfadenitis tuberkulosis merupakan bentuk paling umum dari tuberkulosis ekstraparu dan sering terjadi akibat reaktivasi infeksi laten atau penyebaran hematogen maupun limfogen dari infeksi

sebelumnya.^{11,12} Pada kasus ini, riwayat tuberkulosis paru sebelumnya menjadi faktor risiko penting yang mendukung kemungkinan reaktivasi, sejalan dengan temuan penelitian yang menyebutkan bahwa individu dengan riwayat TB memiliki risiko lebih tinggi mengalami TB rekuren atau ekstraparu.¹³

Selain faktor biologis, determinan sosial kesehatan memiliki peran yang signifikan dalam kejadian dan keberlangsungan penyakit. Kondisi

sosial ekonomi rendah dan tidak adanya jaminan kesehatan pada pasien dalam studi ini berkontribusi terhadap keterlambatan akses layanan kesehatan dan beban pembiayaan. Hal ini konsisten dengan Ferreira dkk. yang menegaskan bahwa kemiskinan, ketidaksetaraan sosial, dan keterbatasan akses layanan kesehatan merupakan pendorong utama epidemi tuberkulosis.¹⁴ Selain itu, pasien tanpa jaminan kesehatan cenderung mengalami keterlambatan diagnosis dan memiliki risiko lebih tinggi terhadap kegagalan pengobatan.^{15,16}

Faktor lingkungan rumah juga menjadi determinan penting dalam kasus ini. Kondisi ventilasi yang kurang optimal, kepadatan hunian, serta sistem sanitasi yang belum memenuhi standar berpotensi meningkatkan transmisi *Mycobacterium tuberculosis*. Penelitian lain menunjukkan bahwa kepadatan hunian dan kualitas ventilasi yang buruk berhubungan signifikan dengan peningkatan risiko infeksi TB. Lingkungan rumah yang tidak sehat tidak hanya meningkatkan risiko penularan, tetapi juga dapat memperburuk kondisi kesehatan pasien melalui paparan berulang terhadap patogen.¹⁷

Pendekatan *family-centered care* yang diterapkan dalam penelitian ini mendukung keberlangsungan penatalaksanaan TB melalui keterlibatan keluarga sebagai PMO. Keterlibatan keluarga sebagai pengawas minum obat (PMO) meningkatkan kepatuhan pasien terhadap terapi, yang merupakan faktor kunci dalam keberhasilan pengobatan TB. Hal ini sejalan dengan studi lain yang mengemukakan bahwa keluarga memiliki peran sentral dalam mendukung perilaku kesehatan individu,

termasuk dalam penyakit kronis dan menular.¹⁸ Selain itu, dukungan keluarga yang kuat berhubungan dengan peningkatan kepatuhan pengobatan dan *outcome* klinis yang lebih baik pada pasien TB.^{19,20}

Selain itu, integrasi pendekatan keluarga dengan intervensi berbasis promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif memberikan manfaat yang lebih komprehensif dibandingkan pendekatan klinis semata. Pendekatan ini memungkinkan identifikasi faktor risiko secara menyeluruh serta intervensi yang lebih tepat sasaran, termasuk edukasi kesehatan, perbaikan perilaku, dan modifikasi lingkungan. Hal ini mendukung paradigma pelayanan kesehatan primer yang menekankan pendekatan holistik dan berkelanjutan.²¹

Meskipun demikian, studi ini memiliki keterbatasan, yaitu menggunakan desain studi kasus sehingga hasilnya tidak dapat digeneralisasi secara luas. Namun, kekuatan studi ini terletak pada analisis mendalam yang mengintegrasikan aspek klinis, sosial, dan lingkungan dalam satu kerangka konseptual. Temuan ini memberikan implikasi penting bahwa pengendalian tuberkulosis, khususnya di layanan primer, memerlukan pendekatan multidimensional yang tidak hanya berfokus pada terapi medis, tetapi juga pada perbaikan determinan sosial dan lingkungan melalui keterlibatan aktif keluarga.

Studi ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, desain satu kasus tanpa kelompok pembanding membatasi generalisasi dan tidak memungkinkan penentuan hubungan kausal antara *family-centered care* dan *outcome* pasien. Kedua, tindak lanjut relatif singkat, sehingga

keberlanjutan perubahan klinis, pemahaman, kepatuhan, serta kondisi sosial dan lingkungan belum dapat dinilai. Ketiga, pemahaman dan kepatuhan terutama dinilai melalui **wawancara, laporan pasien/keluarga, dan observasi**, tanpa pengukuran *pre-post* terstandar, sehingga temuan tidak dapat dianggap sebagai bukti peningkatan akibat intervensi. Selain itu, terdapat potensi bias atribusi karena perubahan yang diamati dapat dipengaruhi oleh OAT, perjalanan penyakit, dukungan tenaga kesehatan, maupun faktor lainnya.

Kekuatan studi ini terletak pada pendekatan multidimensional yang mengintegrasikan aspek klinis, keluarga, sosial, dan lingkungan dalam konteks layanan primer. Keterlibatan suami sebagai PMO dan dukungan keluarga merupakan bagian penting dalam proses pengobatan; selama tindak lanjut yang terdokumentasi, pasien tetap menjalani OAT dan dilaporkan melakukan kontrol secara rutin. Perspektif tersebut merupakan pengalaman individual dan tidak dapat digunakan untuk membuktikan efektivitas intervensi secara luas.

Dengan demikian, temuan ini lebih tepat dipandang sebagai eksplorasi awal mengenai potensi peran *family-centered care* dalam penatalaksanaan limfadenitis tuberkulosis. Penelitian selanjutnya dengan sampel lebih besar, tindak lanjut longitudinal, outcome terstandar, dan desain komparatif diperlukan untuk menguji temuan tersebut secara lebih objektif.

KESIMPULAN

Kasus limfadenitis tuberkulosis ini menegaskan bahwa keberhasilan

penatalaksanaan tidak hanya ditentukan oleh terapi medis, tetapi sangat dipengaruhi oleh determinan sosial dan lingkungan. Riwayat tuberkulosis sebelumnya, kontak erat dalam keluarga, keterbatasan ekonomi, tidak adanya jaminan kesehatan, serta kondisi rumah yang belum memenuhi standar kesehatan merupakan faktor yang saling berinteraksi dalam memperburuk risiko dan keberlangsungan penyakit.

Pendekatan *family-centered care* terbukti menjadi strategi kunci berperan sebagai komponen pendukung dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan dan keberlanjutan terapi melalui keterlibatan aktif keluarga sebagai sistem pendukung utama. Integrasi pendekatan klinis dengan intervensi berbasis keluarga dan lingkungan di layanan kesehatan primer memberikan dampak positif terhadap pemahaman pasien, kepatuhan terapi, serta potensi keberhasilan pengobatan. Dengan demikian, pengendalian tuberkulosis memerlukan pendekatan multidimensional yang melampaui aspek biomedis semata.

DAFTAR REFERENSI

1. World Health Organization. *Global Tuberculosis Report*.; 2025. http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/index.html
2. Kadariswantiningsih IN, Ramadhan RN, Rampengan DDCH. Prevalence of extrapulmonary tuberculosis in Indonesia: protocol for systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2025;15(5):e098140. doi:10.1136/BMJOPEN-2024-098140
3. Sharma SK, Mohan A, Kohli M. Extrapulmonary tuberculosis. *Expert Rev Respir Med*. 2021;15(7):931-948. doi:10.1080/17476348.2021.1927718

4. Jha H, Baveja CP, Kamal V, et al. Comparative Diagnostic of Cervical Tuberculous Lymphadenitis: PCR is a Fast, Efficient, and Improved Diagnostic Approach. *Can J Infect Dis Med Microbiol = J Can des Mal Infect la Microbiol medicale*. 2023;2023. doi:10.1155/2023/3312250
5. Wanda DSA, Rahaju AS, Sari AS. Clinicopathological Profile of Cervical Tuberculous Lymphadenitis: Experience from Universitas Airlangga Hospital. *Indones J Clin Pathol Med Lab*. 2025;32(1):30-35. doi:10.24293/IJCPML.V32I1.2436
6. Septamari Budi W, Raharjo M, Nurjazuli, Poerwati S. Hubungan Kualitas Lingkungan Fisik Rumah dengan Kejadian Tuberkulosis di Kecamatan Panekan. *Media Publ Promosi Kesehat Indones*. 2024;7(4):1012-1018. doi:10.56338/MPPKI.V7I4.5106
7. Muthmainnah, Yuliza E, Zovianny Rahakbauw G, Mariani A, Assagaff F. POLA KEJADIAN TB PARU: STUDI TENTANG HUBUNGAN STATUS EKONOMI DAN KONDISI FISIK RUMAH. *Ensiklopedia J*. 2024;6(3):119-123. doi:10.33559/EOJ.V6I3.2432
8. Jannah RZ, Azizah R, Jalaludin JB, Sulistyorini L, Lestari KS. Meta-Analysis Study: Environmental Risk Factors of Tuberculosis (TB). *J Kesehat Lingkung* . 2023;15(2):84-91. doi:10.20473/JKL.V15I2.2023.84-91
9. The Lancet Regional Health – Southeast Asia. Eliminating tuberculosis by addressing access and equity. *Lancet Reg Heal - Southeast Asia*. 2024;31. doi:10.1016/j.lansea.2024.100520
10. Latifah Y. Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien tuberkulosis paru. *J Heal Soc*. 2025;14(2):112-120. doi:10.62094/jhs.v14i2.241
11. Fontanilla JM, Barnes A, Von Reyn CF. Current diagnosis and management of peripheral tuberculous lymphadenitis. *Clin Infect Dis*. 2011;53(6):555-562. doi:10.1093/CID/CIR454
12. Yu Y, Xiang Y, Liu H, et al. Analysis of epidemiological characteristics of extrapulmonary tuberculosis from South-Central China. *Front Public Heal*. 2024;12:1405358. doi:10.3389/FPUBH.2024.1405358/FULL
13. Vega V, Cabrera-Sanchez J, Rodríguez S, et al. Risk factors for pulmonary tuberculosis recurrence, relapse and reinfection: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open Respir Res*. 2024;11(1). doi:10.1136/BMJRESP-2023-002281
14. Ferreira MRL, Bonfim RO, Bossonario PA, et al. Social protection as a right of people affected by tuberculosis: a scoping review and conceptual framework. *Infect Dis poverty*. 2023;12(1). doi:10.1186/S40249-023-01157-1
15. Maciel ELN, Golub JE, Peres RL, et al. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2010;14(11):1403. Accessed June 24, 2026. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3697918/>
16. Wulandari E, Ronoatmodjo S. Determinan Kegagalan Pengobatan pada Pasien Tuberkulosis Sensitif Obat Dewasa di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2022. *J Epidemiol Kesehat Indones*. 2024;8(1):6. doi:10.7454/epidkes.v8i1.1100
17. Lee JY, Kwon N, Goo G yeon, Cho S il. Inadequate housing and pulmonary tuberculosis: a systematic review. *BMC Public Health*. 2022;22(1). doi:10.1186/S12889-022-12879-6
18. Lutfian L, Azizah A, Wardika IJ, Wildana F, Maulana S, Wartakusumah R. The role of family support in medication adherence and quality of life among tuberculosis patients: A scoping review. *Jpn J Nurs Sci*. 2025;22(1). doi:10.1111/JJNS.12629
19. Handayani N, Ningrum WA, Rahmatullah S, Permadi YW, A'yun Q. Peran Pengawas Menelan Obat dalam Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat Pasien Tuberkulosis di Puskesmas Kedungwuni I: The Role of Treatment

- Supporter in Improving Medication Adherence of Tuberculosis Patients at Kedungwuni I Public Health Center. *J Sains dan Kesehat.* 2026;8(1):63-69. doi:10.25026/JSK.V8I1.2584
20. World Health Organisation. *State of Inequality: HIV, Tuberculosis and Malaria.* World Health Organization; 2021.
21. Sun S, Li T, Zheng A, et al. Doctor-patient-family collaboration in community-based chronic disease management to enhance multidimensional value. *Patient Educ Couns.* 2025;132. doi:10.1016/j.pec.2024.108604