



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERAN PENGETAHUAN TERHADAP PERILAKU PENCARIAN
PENGobatan PENDERITA SUSPEK TB PARU DI INDONESIA
(ANALISIS DATA SURVEI PENGETAHUAN, SIKAP DAN
PERILAKU TUBERKULOSIS TAHUN 2010)**

TESIS

LENY WULANDARI

NPM : 1006747050

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JULI, 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERAN PENGETAHUAN TERHADAP PERILAKU PENCARIAN
PENGobatan PENDERITA SUSPEK TB PARU DI INDONESIA
(ANALISIS DATA SURVEI PENGETAHUAN, SIKAP DAN
PERILAKU TUBERKULOSIS TAHUN 2010)**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Kesehatan Masyarakat**

**LENY WULANDARI
NPM : 1006747050**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
KEKHUSUSAN PROMOSI KESEHATAN
DEPOK
JULI, 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
Dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
Telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Leny Wulandari

NPM : 1006747050

Tanda Tangan : 

Tanggal : 12 Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Leny Wulandari
NPM : 1006747050
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Tesis : Peran Pengetahuan Terhadap Perilaku Pencarian Pengobatan Penderita Suspek TB Paru di Indonesia (Analisis Data Survei Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Tuberkulosis Tahun 2010)

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra. C. Endah, M.Kes (.....)

Penguji : DR.Drg.Ella N. Hadi, M.Kes (.....)

Penguji : dr.Zafriel Taffal, MPH (.....)

Penguji : DR. Riris Nainggolan, M.Kes (.....)

Penguji : Bambang P.Cadrana, SKM,MKM (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : Juli 2012

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Leny Wulandari
NPM : 1006747050
Mahasiswa Program : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2010/2011

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

Peran Pengetahuan Terhadap Perilaku Pencarian Pengobatan Penderita Suspek TB Paru di Indonesia (Analisis Data Survei Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Tahun 2010).

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah diterapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar- benarnya.

Depok, 12 Juli 2012



(Leny Wulandari)

RIWAYAT HIDUP

1. Nama : Leny Wulandari
2. Tempat/Tanggal Lahir : Jakarta, 22 Januari 1975
3. Status Perkawinan : Menikah
4. Agama : Islam
5. Alamat Kantor : Badan Litbang Kesehatan
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
Jl. Percetakan Negara 29, Jakarta Pusat
6. Alamat Rumah : Komp. Depkes, Jl Raya Hankam,
Gg. Melati II No. 19, Jatiwarna, Bekasi
7. Riwayat Pendidikan Formal
 - a. 1981 – 1987 : SDN Pasar Minggu 02 Pagi Jakarta
 - b. 1987 – 1990 : SMPN 41 Jakarta
 - c. 1990 – 1993 : SMAN 28 Jakarta Selatan
 - d. 1993 – 1996 : Akademi Kesehatan Lingkungan
Depkes RI Jakarta
 - e. 2001-2003 : Program Sarjana Fakultas Kesehatan
Masyarakat Universitas Indonesia
Kekhususan Kesehatan Lingkungan
 - f. 2010- 2012 : Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan
Masyarakat Universitas Indonesia
Kekhususan Promosi Kesehatan
8. Riwayat Pekerjaan
 - a. 1987- 1999 : Staf PT Pirulli dan Ganepo Consultant, Jakarta
 - b. 1999-2010 : Staf di Kementerian Kesehatan
Republik Indonesia
 - c. 2010-2011 : Kepala Sub Bagian Dokumentasi dan Publikasi
Badan Litbangkes, Kemenkes RI, Jakarta
 - d. 2011 – April 2012 : Kepala Sub Bagian Diseminasi dan Humas
Badan Litbangkes, Kemenkes RI, Jakarta
 - e. April 2012- sekarang : Kepala Sub Bagian Pengadaan dan Mutasi
Pegawai Badan Litbangkes,
Kemenkes RI, Jakarta

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas rahmat dan karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Penulis menyadari bahwa penulisan tesis ini tidak dapat terlaksana dengan baik tanpa bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Dra. Caroline Endah, M.Kes selaku dosen pembimbing yang dengan sabar dan teliti mengarahkan penulis dalam menyusun tesis ini.
2. DR. Drg.Ella N. Hadi, M.Kes, dr. Zafriel Taffal, MPH; DR. Riris Nainggolan, M.Kes dan Bambang Purwanto, SKM,MKM sebagai penguji yang telah meluangkan waktunya untuk memberi saran dalam penulisan untuk menyempurnakan penelitian ini.
3. DR. dr. Trihono, MSc, selaku Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemenkes RI; drg.Tini Suryanti Suhendi, M.Kes selaku Sekretaris Badan Litbangkes (Tahun 2010); Ria Soekarno, MCN selaku Sekretaris Badan Litbangkes (Tahun 2011-2012); Endang Sedyaningsih, SKM, M.Kes selaku Kepala Bagian Informasi, Publikasi dan Diseminasi Badan Litbangkes, R. Bimo Satriyo, SH, MH, M.Kes selaku Kepala Bagian Hukum, Organisasi dan Kepegawaian Badan Litbangkes yang telah mengizinkan, membantu dan memberi kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan dan menyelesaikan tesis ini
4. Dr. Dina Bisara, M.Kes; Agustina Lubis, M.Kes; dr Lamria; DR.Hapsari, M.Kes yang telah membantu penulis dalam hal ketersediaan data.
5. Bapak, Ibu, Ibunda mertua dan adik-adik serta keluarga tersayang atas doa, bantuan, menemani dan menyemangati penulis demi selesainya pendidikan ini.

6. Suamiku tercinta, Asep Rizkana atas doa, cinta, dan kesetiaannya menemani dan menyemangati penulis demi selesainya pendidikan ini.
7. Anak- anakku yang tercinta dan tersayang, Alfadhly Ghifari.R dan Syifa Rahmadina. R. yang telah menyemangati penulis dalam menyelesaikan penelitian ini.
8. Rekan – rekan Promkes seangkatan 2010 (Giri, Roro, Ade, Yuli, Karin, Gita, Sarma, Iyen, Puji, Bude, Ratu, Erdi, Cucu dan Ally) yang telah bekerjasama dalam mengikuti pendidikan.
9. Mbak Tika, Mbak Wardah, Mbak Dini dan Mbak Endang yang telah membantu penulis dalam hal pengolahan data.
10. Rekan – rekan di Bagian Informasi dan Publikasi, serta Bagian Hukorpeg Balitbangkes yang telah membantu penulis dan tidak bisa disebutkan satu – persatu.
11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu – persatu.

Akhir kata semoga Allah SWT, membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu dan pelayanan kesehatan.

Depok, Juli 2012

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Leny Wulandari
NPM : 1006747050
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen : Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Peran Pengetahuan Terhadap Perilaku Pencarian Pengobatan Penderita Suspek TB Paru di Indonesia (Analisis Data Survei Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Tuberkulosis, 2010)

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media atau memformatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 12 Juli 2012
Yang menyatakan



(Leny Wulandari)

ABSTRAK

Nama : Leny Wulandari
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : Peran Pengetahuan terhadap Perilaku Pencarian Pengobatan Penderita Suspek TB Paru di Indonesia (Analisis Data Survei Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Tuberkulosis, 2010)

Penelitian ini bertujuan untuk mengukur peran pengetahuan terhadap perilaku pencarian pengobatan penderita suspek TB Paru setelah dikontrol oleh umur, jenis kelamin, status perkawinan, status pekerjaan, tingkat pendidikan, jarak dan waktu tempuh ke Puskesmas dan RS. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain *cross sectional* yang menggunakan data sekunder hasil survei Pengetahuan Sikap Perilaku (PSP-TB) 2010. Sampel penelitian adalah anggota keluarga yang berumur ≥ 15 tahun yang mengalami gejala TB Paru sebanyak 443 responden. Hasil penelitian menemukan bahwa ada hubungan antara peran pengetahuan penderita suspek TB Paru dengan Perilaku Pencarian Pengobatan TB Paru di Indonesia setelah dikontrol pekerjaan (OR=2,3, CI=1,349-3,952). Serta adanya interaksi antara pengetahuan dan pekerjaan.

Kata kunci :
Tuberkulosis, perilaku pencarian pengobatan, pengetahuan, pekerjaan

ABSTRACT

Name : Leny Wulandari
Study Program : Public Health Science
Title : The Role of Knowledge on Treatment Seeking Behavior of Patients Suspected of Pulmonary Tuberculosis in Indonesia (Data analysis of Knowledge Attitude and Behavior Survey of Tuberculosis in 2010)

This study aims to quantify the role of knowledge on treatment seeking behavior of patients with suspected pulmonary TB after controlled by age, gender, marital status, employment status, education level, distance and travel time to health center and hospital. The study was a quantitative study with cross sectional design using secondary data of Knowledge Attitudes Behaviour (PSP-TB) Survey 2010. Research sample is a sample of respondents aged ≥ 15 years with symptoms of pulmonary TB as many as 443 respondents. Based on the results of the study found there is a relationship between the role of knowledge of patients with suspected pulmonary TB with treatment seeking Behavior of Pulmonary TB in Indonesia after controlled by variable of employment status (OR = 2.3, CI = 1.349 to 3.952), and there is interaction between knowledge and employment status.

Key words:

Tuberculosis, Health Seeking Behavior, Treatment Seeking Behavior, Knowledge, Employment Status.

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
RIWAYAT HIDUP	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Perumusan Masalah.....	7
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	8
1.4. Tujuan Penelitian.....	8
1.5. Manfaat Penelitian.....	9
1.6. Ruang Lingkup.....	9
2. TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1. Penyakit Tuberkulosis.....	10
2.1.1. Penyebab Tuberkulosis.....	10
2.1.2. Sumber dan Cara Penularan.....	10
2.1.3. Diagnosis Penyakit Tuberkulosis.....	11
2.1.4. Gambaran Situasi Tuberkulosis di Indonesia.....	12
2.1.5. Program Penanggulangan Tuberkulosis.....	13
2.2. Perilaku.....	15
2.2.1. Pengertian Perilaku.....	15
2.2.2. Perilaku Pencarian Pengobatan.....	19
2.2.3. Model-model Perilaku Pencarian Pengobatan.....	20
2.2.4. Perilaku Pencarian Pengobatan Suspek TB Paru dalam Mengatasi Gejala TB Paru	25
2.3. Kerangka Teori.....	33
3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	35
3.1. Kerangka Konsep.....	35
3.2. Hipotesis.....	36
3.3. Definisi Operasional.....	37
4. METODE PENELITIAN	40
4.1. Sumber Data.....	40
4.2. Rancangan Penelitian.....	40
4.3. Populasi dan Sampel Penelitian.....	41
4.3.1. Populasi Penelitian.....	41
4.3.2. Sampel Penelitian.....	42

4.4.	Waktu Analisis Data.....	43
4.5.	Manajemen Data.....	43
4.6.	Analisa Data.....	43
4.6.1.	Analisis Univariat	43
4.6.2.	Analisis Bivariat.....	44
4.6.3.	Analisi Multivariat.....	44
5.	HASIL PENELITIAN.....	45
5.1.	Ketersediaan Data.....	45
5.2.	Gambaran Variabel-variabel Penelitian.....	45
5.2.1.	Gambaran Perilaku Pencarian Pengobatan Penderita Suspek TB Paru.....	45
5.2.2.	Gambaran Pengetahuan.....	46
5.2.3.	Gambaran Umur, Jenis Kelamin, Status Perkawinan, Pendidikan, Pekerjaan, Jarak dan Waktu Tempuh Ke Puskesmas dan RS.....	47
5.3.	Hubungan antara Variabel Pengetahuan dan Variabel Counfounding dengan Perilaku Pencarian Pengobatan.....	48
5.3.1.	Hubungan Pengetahuan dan Perilaku Pencarian Pengobatan.....	48
5.3.2.	Hubungan Variabel Counfounder (Umur, Jenis Kelamin, Status Perkawinan, Pendidikan, Pekerjaan, Jarak dan Waktu Tempuh Ke Puskesmas dan RS) dengan Variabel Counfounder (Perilaku Pencarian Pengobatan).....	49
5.4.	Peran Pengetahuan terhadap Perilaku Pencarian Pengobatan.....	55
5.4.1.	Model Lengkap (<i>Full Model</i>).....	55
5.4.2.	Reduce Model Uji Interaksi.....	57
5.4.3.	Uji Counfounding.....	64
5.4.4.	Model Akhir.....	69
6.	PEMBAHASAN.....	72
6.1.	Keterbatasan Penelitian.....	72
6.2.	Pembahasan Hasil Penelitian.....	73
6.2.1.	Perilaku Pencarian Pengobatan.....	73
6.2.2.	Peran Pengetahuan Penderita Suspek TB Paru Terhadap Perilaku Pencarian Pengobatan.....	77
6.2.3.	Variabel Kovariat dalam Hubungannya antara Pengetahuan Penderita Suspek TB Paru dengan Perilaku Pencarian Pengobatan.....	81
6.2.3.1.	Pekerjaan.....	81
6.2.3.2.	Jenis Kelamin.....	84
6.2.3.3.	Status Perkawinan.....	84
6.2.3.4.	Pendidikan.....	85
6.2.3.5.	Umur.....	86
6.2.3.6.	Jarak dan Waktu Tempuh ke Tempat Pelayanan Kesehatan	87
7.	KESIMPULAN DAN SARAN.....	89
7.1.	Kesimpulan.....	89

7.2.	Saran.....	89
7.2.1.	Bagi Kementerian Kesehatan.....	90
7.2.2.	Bagi Peneliti Lain.....	90

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	<i>The Initial Behavioral Model (1960s)</i>	25
Gambar 2.2	<i>Precede Model</i>	26
Gambar 2.3	<i>Simplified Diagram Resulting from a Workshop to Analyse the Problem of Delay Among Patients Attending Urban Health Centres in Lusaka</i>	30
Gambar 2.4	Kerangka Teori	36
Gambar 3.1	Kerangka Konsep Peran Pengetahuan terhadap Perilaku Pencarian Pengobatan Suspek TB Paru di Indonesia	38



DAFTAR TABEL

Tabel 5.1	Distribusi Responden Menurut Perilaku Pencarian Pengobatan Berdasarkan Survei PSP-TB tahun 2010	51
Tabel 5.2	Distribusi Responden Menurut Pengetahuan Berdasarkan Survei PSP-TB tahun 2010	51
Tabel 5.3	Distribusi Responden Menurut Variabel Confounding Berdasarkan Survei PSP-TB tahun 2010	52
Tabel 5.4	Hasil Analisis Bivariat antara Pengetahuan dan Perilaku Pencarian Pengobatan Pada Survei PSP-TB Tahun 2010	54
Tabel 5.5	Hasil Analisis Bivariat antara Umur dan Perilaku Pencarian Pengobatan Pada Survei PSP	55
Tabel 5.6	Hasil Analisis Bivariat antara Jenis Kelamin dan Perilaku Pencarian Pengobatan Pada Survei PSP	56
Tabel 5.7	Hasil Analisis Bivariat antara Status Perkawinan dan Perilaku Pencarian Pengobatan Pada Survei PSP	57
Tabel 5.8	Hasil Analisis Bivariat antara Status Pendidikan dan Perilaku Pencarian Pengobatan Pada Survei PSP	58
Tabel 5.9	Hasil Analisis Bivariat antara Status Pekerjaan dan Perilaku Pencarian Pengobatan Pada Survei PSP	59
Tabel 5.10	Hasil Analisis Bivariat antara Jarak ke Puskesmas dan Perilaku Pencarian Pengobatan Pada Survei PSP	60
Tabel 5.11	Hasil Analisis Bivariat antara Jarak ke RS dan Perilaku Pencarian Pengobatan Pada Survei PSP	61
Tabel 5.12	Hasil Analisis Bivariat antara Lama Waktu ke Puskesmas dan Perilaku Pencarian Pengobatan Pada Survei PSP	62
Tabel 5.13	Hasil Analisis Bivariat antara Lama Waktu ke RS dan Perilaku Pencarian Pengobatan Pada Survei PSP	63
Tabel 5.14	Model Lengkap (<i>Full Model</i>) untuk Uji Interaksi	64
Tabel 5.15	Model Tanpa Lama ke PKM dengan Pengetahuan	65
Tabel 5.16	Model Tanpa Jarak PKM dengan Pengetahuan	66
Tabel 5.17	Model Tanpa pendidikan dengan Pengetahuan	67
Tabel 5.18	Model Tanpa Status Perkawinan dengan Pengetahuan	68
Tabel 5.19	Model Tanpa Jenis Kelamin dengan Pengetahuan	69
Tabel 5.20	Model Tanpa Umur dengan Pengetahuan	70
Tabel 5.21	Model Tanpa Lama Menuju RS dengan Pengetahuan	71
Tabel 5.22	Model Tanpa Jarak ke RS dengan Pengetahuan	71
Tabel 5.23	Model Tanpa Lama Menuju RS	72
Tabel 5.24	Model Tanpa Lama ke Puskesmas	73
Tabel 5.25	Model Tanpa Variabel Jarak ke PKM	74
Tabel 5.26	Model Tanpa Variabel Jarak ke RS	75
Tabel 5.27	Model Tanpa Variabel Jenis Kelamin	75
Tabel 5.28	Model Tanpa Variabel Pendidikan	76
Tabel 5.29	Model Tanpa Variabel Umur	76
Tabel 5.30	Model Tanpa Variabel Status Perkawinan	77
Tabel 5.31	Model Akhir	78

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kuesioner Survei Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Tuberkulosis,
2010
- Lampiran 2 Foto Copy Surat Izin Menggunakan Data



DAFTAR SINGKATAN

CDR	<i>Case Detection Rate</i>
MOU	<i>Memorandum of Understanding</i>
BCG	<i>Bacil Calmette-Guerin</i> (vaksin anti tuberculosis)
BS	Blok Sampel
CI	<i>Confident Interval</i>
Depkes	Departemen Kesehatan
Menakertrans	Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi
MDG'S	<i>Millenium Development Goals</i>
OR	Odds Ratio
PPS	<i>Probability Proportional to Size</i>
PRECEDE	<i>Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Diagnosis and Evaluation</i>
PROCEDE	<i>Policy Regulatory and Organizational Construct in Educational and Environmental Development</i>
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
Riskesdas	Riset Kesehatan Dasar
RS	Rumah Sakit
RT	Rumah Tangga
SDKI	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SMU	Sekolah Menengah Umum
TB	<i>Tuberculosis</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Sebagian besar Bakteri TB biasanya menyerang paru-paru, ada juga yang menyerang bagian tubuh lain seperti, tulang, kelenjar dan otak yang biasa disebut TB ekstra paru. Bakteri TB menular melalui udara bila orang yang mempunyai penyakit TB tersebut batuk dan menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak. Bila ruangan lembab dan gelap, maka penularan akan lebih mudah terjadi (Depkes, 2007).

Tuberkulosis merupakan masalah utama kesehatan dunia. Pada tahun 1993, WHO telah menyatakan TB sebagai kedaruratan masalah kesehatan dunia (*Global Public health emergency*). Pada saat itu diperkirakan terjadi 7-8 juta kasus dan 1,3–1,6 juta orang diperkirakan meninggal karena TB. Pada tahun 2010, diperkirakan telah terjadi 8,5–9,2 juta kasus TB dan 1,2–1,5 juta orang meninggal (termasuk kematian TB pada orang yang juga menderita HIV positif). TB adalah penyebab kematian kedua penyakit infeksi di dunia (WHO, 2011).

Di Indonesia TB merupakan masalah utama kesehatan masyarakat. Pada tahun 2010, jumlah kasus TB di Indonesia merupakan urutan keempat terbanyak di dunia setelah India, China dan Afrika Selatan, dengan jumlah kasus sekitar 0,37 juta- 0,54 juta (WHO, 2011). Dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010, *Periode Prevalence* TB Paru penduduk pada usia 15 tahun keatas 2009/2010 berdasarkan diagnosa tenaga kesehatan melalui pemeriksaan dahak dan atau foto paru (D) sebesar 725/100.000 penduduk (Kemenkes, 2010b).

Untuk *Periode Prevalence* (G) Suspek TB penduduk pada usia 15 tahun keatas di Indonesia adalah 2.728/100.000 penduduk. Terdapat 21 provinsi memiliki prevalensi di atas angka nasional, 2 provinsi memiliki prevalensi mendekati atau sama dengan angka nasional, dan 10 provinsi berada di bawah angka nasional. Adapun 5 provinsi dengan *Periode Prevalence* Suspek TB tertinggi adalah: Gorontalo 6.992 per 100.000 penduduk, Papua Barat 6.722 per

100.000 penduduk, Nusa Tenggara Timur 6.511 per 100.000 penduduk, Sulawesi Tengah 5.367 per 100.000 penduduk, dan Jambi 5.337 per 100.000 penduduk (Kemenkes, 2010b)

Penyakit TB juga sering dikaitkan dengan masalah kemiskinan, khususnya yang terjadi di negara berkembang. Kemiskinan menyebabkan penduduk kekurangan gizi, tinggal ditempat yang tidak sehat dan kurangnya kemampuan dalam pemeliharaan kesehatan sehingga meningkatkan risiko terjadinya penyakit TB (Mahpudin, 2005).

Sekitar 75% pasien TB adalah kelompok usia paling produktif secara ekonomis (15–50 tahun). Diperkirakan seorang pasien TB dewasa, akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3 sampai 4 bulan. Hal tersebut berakibat terjadinya kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20 – 30%. Jika ia meninggal akibat TB, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun (Kemenkes, 2011).

Risiko penularan setiap tahunnya ditunjukkan dengan *Annual Risk of Tuberculosis Infection* (ARTI) yaitu proporsi penduduk yang berisiko terinfeksi TB selama satu tahun. ARTI sebesar 1%, berarti 10 (sepuluh) orang diantara 1000 penduduk terinfeksi setiap tahun. ARTI di Indonesia bervariasi antara 1 – 3%. Hanya sekitar 10% yang terinfeksi TB akan menjadi sakit TB, dengan ARTI 1%, diperkirakan diantara 100.000 penduduk rata-rata terjadi 1000 terinfeksi TB dan 10% diantaranya (100 orang) menjadi sakit TB setiap tahun (Kemenkes, 2011).

Pengendalian penyakit TB di Indonesia, telah dilaksanakan sejak zaman penjajahan Belanda, namun terbatas pada kelompok umur tertentu. Pada tahun 1995, program nasional pengendalian TB mulai menerapkan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*). Strategi ini dinilai cukup *cost effective* oleh WHO. Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan penderita, yang diharapkan dapat memutus mata rantai penularan TB. Indikator yang digunakan untuk memantau program tersebut salah satunya adalah *Case Detection Rate* (CDR) atau angka penemuan kasus TB (Kemenkes, 2011).

Pada tahun 2010 menurut data dari Ditjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan RI, target CDR di Indonesia sudah mencapai 78,3 %, yang berarti sudah melampau target global (70%) dan

target dari Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI (73%). Namun telah terjadi disparitas dalam penemuan kasus TB, tidak semua wilayah di Indonesia mencapai target nasional. Dari 33 propinsi hanya ada 5 propinsi yang telah berhasil mencapai target Renstra dan global, tertinggi adalah Sulawesi Utara dengan angka 96,2%. Sedangkan untuk propinsi yang hanya bisa mencapai target global ada 2 propinsi yaitu Jawa Barat (72,5%) dan Sulawesi Tenggara (70,2%). Sisanya (26 propinsi) masih dibawah target (*Ministry of Health, 2011*).

Dalam mencapai Indikator tersebut, Kemenkes telah menetapkan indikator proses, yaitu angka penjarangan suspek. Angka penjarangan suspek adalah jumlah suspek yang diperiksa dahaknya diantara 100.000 penduduk pada suatu wilayah tertentu dalam 1 tahun. Angka ini digunakan untuk mengetahui akses pelayanan dan upaya penemuan pasien dalam suatu wilayah tertentu, dengan memperhatikan kecenderungannya dari waktu ke waktu (triwulan/tahunan) (Kemenkes, 2011).

Suspek/tersangka TB adalah orang diduga menderita TB. Oleh karena sebagian besar penderita TB di Indonesia adalah TB paru, maka suspek di sini adalah suspek TB paru dengan gejala utama batuk terus menerus selama 2-3 minggu atau lebih, dan gejala tambahan lain yang sering dijumpai yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan menurun, rasa kurang enak badan (*malaise*), berkeringat malam hari walaupun tanpa kegiatan, demam meriang lebih dari 1 bulan. Gejala tersebut sebenarnya tidak hanya dijumpai pada penyakit TB saja, juga bisa pada penyakit paru yang lain. Namun, karena prevalensi TB di Indonesia, masih cukup tinggi, maka orang yang mengalami gejala tersebut dianggap sebagai suspek TB (Kemenkes, 2011).

Penjarangan suspek TB memegang peranan yang sangat penting pada upaya penganggulangan penyakit TB di Indonesia dalam rangka memutus mata rantai penularan penyakit TB. Salah satu hal yang perlu diperhatikan dalam penjarangan suspek TB tersebut adalah pola pencarian pengobatan (Rye, 2009; Nizar, 2010). Ketidaktepatan dalam pencarian pengobatan dapat mengakibatkan meningkatnya jumlah penderita TB kronis yang merupakan sumber penularan di masyarakat (Manaf 1999 dalam Gaffar, 2000)

Menurut Notoatmodjo (2010) ada beberapa respon, apabila seseorang sakit, yaitu tidak bertindak/tidak melakukan apa-apa, mengobati sendiri, mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan tradisional dan mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern (professional). Begitu pula hanya dengan respon/perilaku pencarian pengobatan yang dilakukan oleh suspek TB untuk mengatasi gejala TB paru yang dialaminya.

Suatu penelitian kualitatif, tentang Perilaku Pencarian Pengobatan Tersangka penderita TB Paru di Wilayah Puskesmas Tanjung Paku Kota Solok, Sumatera Barat, terdapat variasi suspek TB dalam mencari pengobatan. Tersangka/suspek TB ada yang berobat ke dukun, mengobati sendiri, membeli obat di warung dan tidak melakukan tindakan pengobatan terhadap gejala TB yang dialaminya (Kadri, 2005). Penelitian lain yang dilakukan di daerah kepulauan tentang Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pencarian Pengobatan bagi Tersangka Penderita TB Paru di Kecamatan Banggai Kabupaten Banggai Kepulauan, ditemukan 8,3% penderita tersangka TB paru tidak mencari pengobatan, 16,3% mengobati sendiri, 9% mencari pengobatan ke tempat tradisional, 45,5% mencari pengobatan ke fasilitas pelayanan kesehatan swasta, dan 27,8% mencari pengobatan ke fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah (Gaffar, 2000). Di Bandung, juga telah dilakukan penelitian tentang Perilaku Pencarian Pengobatan Suspek TB di Puskesmas DTP Jayagiri, Lembang, Bandung, yang hasilnya menunjukkan bahwa perilaku pencarian pengobatan pertama kali Suspek TB ke Puskesmas adalah 30,7% dan ke non puskesmas sebesar 69,3% (Thawaf, 2000)

Suatu riset besar (Riskesdas 2010) yang berskala nasional juga mendapatkan hasil yang cukup memprihatinkan tentang perilaku suspek TB dalam mengatasi gejala TB yang dialaminya. Perilaku tersebut adalah tetap meneruskan kembali pengobatan ke tenaga kesehatan (32,2%), pengobatan program TB (11,1%), beli obat di apotek /toko Obat (31,9%), minum obat herbal/tradisional (7,8%) dan bahkan ada yang tidak diobati (16,9%). Hal ini seharusnya mendapatkan perhatian yang cukup, karena bila orang dengan gejala TB tidak segera ditangani dengan prosedur yang benar, maka bila dia memang ternyata menderita TB dapat menyebarkan penyakitnya ke orang lain. Selain itu bila

suspek TB membeli obat/antibiotika di apotek/toko obat dan menggunakannya dengan tidak benar, dapat memicu terjadinya resistensi. Pada Riskesdas 2010 ditemukan banyak alasan Suspek TB untuk tidak ke fasilitas kesehatan (faskes), yang paling besar menganggap bahwa gejala TB ini dapat diobati dan sembuh sendiri (38,2%), tidak ada biaya (26,4%), anggapan penyakit tidak berat (16,3%), akses ke faskes sulit (4,4%), tidak ada waktu (5,7%) dan lainnya (9,0%) (Kemenkes, 2010b).

Suatu survei nasional lain yang khusus membahas tentang Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Tuberkulosis (PSP-TB) di Indonesia telah dilaksanakan oleh Badan Litbangkes, Universitas Indonesia dan *Global fund* pada tahun 2010. Survei ini merupakan bentuk *Client Oriented Research Activity* (CORA) yang sejak awal melibatkan klien utama dari program, yaitu Ditjen Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen P2MPL). Survei ini dilaksanakan, karena sejak survei PSP-TB tahun 2004 sampai dengan tahun 2010, belum ada lagi survei representasi nasional adekuat yang bisa menggambarkan pengetahuan, sikap dan perilaku tuberkulosis. Padahal sejak tahun 2005 telah dilakukan kampanye elektronis Tuberkulosis secara besar-besaran melalui media massa pada semua lapisan masyarakat. Hal ini menyebabkan sulitnya para pembuat program dalam menentukan target pencapaian program, terutama dalam hal promosi TB lanjutan. Dari hasil survei PSP-TB 2010, ternyata masih ada responden yang tidak berobat ke tenaga kesehatan (sekitar 26%) ketika mengalami gejala TB Paru. Pengetahuan tentang TB di masyarakat juga masih rendah. Hanya 8% responden yang menjawab dengan betul tentang cara penularan TB, 66% yang mengetahui gejala dan tanda utama TB, dan 45,6% responden yang mengetahui pengobatan TB diberikan secara gratis (Kemenkes, 2011b).

Dalam menggunakan pelayanan kesehatan, Andersen (1995) menggambarkan adanya model sistem kesehatan, yang terdiri dari 3 kategori. Pertama yaitu karakteristik predisposisi (*predisposing characteristic*) yang terdiri dari demografi (jenis kelamin, umur, dll), struktur sosial (antara lain tingkat pendidikan, pekerjaan, kesukuan, ras, dsb), dan *health belief* (termasuk pengetahuan tentang kesehatan dan pelayanan kesehatan yang dapat mempengaruhi persepsi/ keyakinan mereka bahwa pelayanan kesehatan dapat

menolong proses penyembuhan penyakitnya). Karakteristik yang kedua adalah karakteristik pendukung (*Enabling characteristic*) yang meliputi *family resources* dan *community resources*. Terakhir, adalah karakteristik kebutuhan (*Need characteristics*) yang dirasakan (*perceived*) dan *evaluated (clinical diagnosis)*.

Menurut WHO (1990) dalam Notoatmodjo (2010), seseorang berperilaku kesehatan karena adanya 4 alasan pokok, yaitu Pemikiran dan perasaan (*Thought and feeling*), yang meliputi pengetahuan, kepercayaan (*belief*), sikap (*attitude*) dan nilai (*value*) terhadap kesehatan; Orang Penting sebagai Referensi (*Personal References*); Sumber daya (*Resouces*) yang meliputi fasilitas uang, waktu, tenaga, dsb; serta Kebudayaan (*Culture*).

Green (1980) dalam Notoatmodjo (2010), mengungkapkan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor *predisposisi* (pengetahuan, sikap, kepercayaan, dll), faktor *enabling* (lingkungan fisik dan ketersediaan sarana), faktor penguat/*reinforcing* (dukungan keluarga, petugas, dll).

Dalam melakukan perubahan perilaku diperlukan beberapa strategi. WHO mengelompokkan strategi tersebut ke dalam tiga kelompok, yaitu yang pertama dengan menggunakan kekuatan (*enforcement*), yang kedua dengan menggunakan kekuatan peraturan atau hukum (*regulation*) dan yang terakhir dengan melalui pendidikan (*education*). Perubahan perilaku melalui cara pendidikan diawali dengan memberikan informasi/pengetahuan tentang kesehatan, sehingga diharapkan pengetahuan masyarakat menjadi meningkat. Dengan meningkatnya pengetahuan, maka akan menimbulkan kesadaran, yang pada akhirnya mereka akan berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang mereka miliki. Perubahan perilaku dengan cara ini, memang membutuhkan waktu yang cukup lama, sehingga hasilnya kadang tidak langsung terlihat. Tetapi perubahan tersebut akan bersifat lebih langgeng dibandingkan dengan cara yang lain, karena didasari oleh kesadaran mereka sendiri, bukan karena paksaan dari pihak luar (Notoadmojo, 2010).

Pengetahuan memang merupakan salah satu faktor yang sangat menentukan dalam perubahan perilaku seseorang. Beberapa penelitian terkait dengan perilaku, khususnya perilaku pencarian pengobatan, telah membuktikan

bahwa pengetahuan mempunyai hubungan yang signifikan dengan perilaku pencarian pengobatan.

Suatu penelitian yang dilakukan oleh Hoa (2003) di Vietnam terhadap 559 responden yang mengalami gejala TB Paru (Suspek TB), ternyata masih ada yang menganggap bahwa TB disebabkan karena faktor keturunan serta karena seseorang bekerja terlalu keras. Dari hasil penelitiannya juga terlihat adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku pencarian pengobatan.

Penelitian lain, yang dilakukan oleh Samad (2001) tentang Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Pelayanan Kesehatan Bagi Tersangka Penderita TB Paru di Kecamatan Palu Selatan, Kota Palu, Tahun 2001, terdapat empat variabel yang berhubungan dengan penggunaan pelayanan kesehatan yaitu pengetahuan, pendidikan, persepsi bahaya, dan penerimaan informasi tentang TB Paru. Diantara semua variabel tersebut, variabel yang mempunyai kekuatan hubungan terbesar adalah pengetahuan dengan OR: 13,811, 95 % CI = 7,318 – 26,067, artinya penderita tersangka TB paru yang mempunyai pengetahuan rendah tentang TB paru mempunyai resiko sebesar 13,8 kali untuk tidak menggunakan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan yang mempunyai pengetahuan tinggi.

1.2. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka terlihat bahwa TB paru masih merupakan masalah kesehatan utama di dunia dan Indonesia. Salah satu cara untuk mengatasinya adalah dengan menemukan dan mengobati penderita yang pada akhirnya dapat memutuskan rantai penularan serta mencegah terjadinya MDR-TB. Salah satu faktor yang mempengaruhi penemuan kasus TB paru adalah kurangnya kesadaran penderita untuk mengakses pelayanan kesehatan serta penjarangan suspek TB. Hal yang perlu diperhatikan dalam penjarangan suspek TB tersebut adalah pola pencarian pengobatan penderita TB. Survei Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Tuberkulosis (PSP-TB) 2010 merupakan survei yang telah menyediakan beberapa data terkait dengan perilaku pencarian pengobatan TB. Berdasarkan survei ini masih ada sekitar 26 % suspek TB dalam mengatasi gejala TB Paru ternyata masih belum berobat ke tenaga kesehatan serta hanya 46%

responden saja yang tahu bahwa adanya pengobatan gratis TB di Puskesmas. Hal ini cukup memprihatinkan, mengingat pengetahuan merupakan salah satu faktor *predisposing* yang cukup penting dalam perubahan perilaku. Penelitian tentang Peran Pengetahuan terhadap Perilaku Pencarian Pengobatan Suspek TB dalam mengatasi Gejala TB dengan menggunakan data nasional, saat ini masih belum banyak dilakukan. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan analisis lanjut terhadap data Survei PSP TB 2010 guna melengkapi hasil penelitian sejenis yang pernah dilakukan sebelumnya.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan pada penelitian ini adalah :

- 1) Bagaimanakah perilaku pencarian pengobatan suspek TB Paru di Indonesia?
- 2) Apakah peran pengetahuan terhadap perilaku pencarian pengobatan suspek TB Paru di Indonesia setelah dikontrol variabel *confounding* (umur, jenis kelamin, status perkawinan, status pekerjaan, tingkat pendidikan, jarak dan waktu tempuh ke Puskesmas dan RS)

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Mengetahui peran pengetahuan terhadap perilaku pencarian pengobatan suspek TB Paru di Indonesia.

1.4.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran perilaku pencarian pengobatan suspek TB Paru di Indonesia.
2. Mengetahui peran pengetahuan terhadap perilaku pencarian pengobatan suspek TB Paru di Indonesia setelah dikontrol variabel *confounding* (umur, jenis kelamin, status perkawinan, status pekerjaan, tingkat pendidikan, jarak dan waktu tempuh ke Puskesmas dan RS)

1.5 Manfaat Penelitian

Manfaat yang didapat dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Bagi Program

Sebagai bahan masukan bagi Kementerian Kesehatan (khususnya Ditjen PPM dan PLP serta Pusat Promosi Kesehatan) dan pembuat kebijakan program TB paru lain di Indonesia dalam menyusun strategi pengendalian TB paru di Indonesia.

2. Bagi Peneliti

Dapat berguna sebagai pengalaman belajar dalam melakukan penelitian selanjutnya di masa mendatang serta sebagai bahan pembandingan untuk penelitian selanjutnya.

3. Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Menjadi bahan referensi bagi penelitian penelitian yang berhubungan dengan masalah penyakit TB dan perilakunya.

1.6 Ruang lingkup

Penelitian ini bersifat deskriptif analitik, dengan desain penelitian *cross sectional* dan merupakan analisis lanjut berdasarkan data sekunder hasil Survei Pengetahuan Sikap dan Perilaku Tuberkulosis (PSP-TB) 2010 yang mencakup 6 provinsi Indonesia, masing-masing provinsi diwakili oleh satu kabupaten dan satu kota, sehingga totalnya terdapat 12 kabupaten/kota. Analisis lanjut ini dilakukan untuk mengetahui peran pengetahuan terhadap perilaku pencarian pengobatan suspek TB paru di Indonesia dan faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan suspek TB Paru di Indonesia.

Sampel pada penelitian ini diambil dari sampel Survei PSP TB 2010, dengan kriteria inklusi responden berumur 15 tahun yang mengalami gejala TB Paru, dengan gejala utama batuk terus - menerus dan berdahak selama 2 minggu atau lebih. Pengumpulan data Survei PSP 2010 dilakukan pada bulan Februari 2010. Sedangkan analisis lanjut data ini dilaksanakan pada bulan Mei-Juni 2012.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Penyakit Tuberkulosis

2.1.1. Penyebab Tuberkulosis

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya seperti, tulang, kelenjar dan otak yang biasa disebut TB ekstra paru (Depkes, 2007). Kuman ini ditemukan oleh Robert Koch di Berlin pada tanggal 24 Maret 1882. Publikasi resmi tentang penemuan ini pertama kali dimuat pada media mingguan di Berlin tanggal 10 April 1882 (Robert Koch dalam Aditama, 1990). Kuman ini berbentuk batang, mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam pada pewarnaan. Oleh karena itu disebut pula sebagai Basil Tahan Asam (BTA). Kuman TB cepat mati dengan sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup beberapa jam ditempat yang gelap dan lembab. Dalam jaringan tubuh kuman ini dapat tertidur lama selama beberapa tahun. (Depkes, 2002).

2.1.2 Sumber dan Cara Penularan

Sumber penularan TB adalah penderita TB BTA Positif. Pada waktu batuk atau bersin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk *droplet nuclei* (percikan dahak). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak. *Droplet* yang mengandung kuman dapat bertahan selama beberapa jam pada keadaan yang lembab dan gelap. Pada umumnya penularan akan terjadi di dalam ruangan, dan dalam waktu yang lama. Dengan adanya ventilasi yang baik, dapat mengurangi jumlah percikan, dan sinar matahari langsung dapat membunuh kuman. Daya penularan pasien TB ditentukan oleh berapa banyaknya kuman TB yang dikeluarkan dari paru –parunya. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, makin menular penderita tersebut. Bila hasil pemeriksaan dahak negatif (tidak terlihat kuman), maka penderita tersebut dianggap tidak menular. Faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman TB akan

ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut. Penderita tuberkulosis dapat menularkan penyakit tersebut kepada 10 – 15 orang dalam setahun (Depkes 2006).

Risiko penularan TB setiap tahunnya ditunjukkan dengan *Annual Risk of Tuberculosis Infection* (ARTI) yaitu proporsi penduduk yang berisiko terinfeksi TB selama satu tahun (Kemkes, 2010). Indonesia tercatat memiliki ARTI bervariasi antara 1–3 %. Hanya sekitar 10% yang terinfeksi TB akan berkembang menjadi sakit TB. Pada ARTI 1% diperkirakan diantara 100.000 penduduk, terjadi 1000 orang terinfeksi TB dan 10% diantaranya (100 orang) akan menjadi sakit TB (Kemenkes, 2011).

Faktor yang mempengaruhi kemungkinan seseorang menjadi pasien TB adalah daya tahan tubuh yang rendah, diantaranya infeksi HIV/AIDS dan malnutrisi (gizi buruk). HIV merupakan faktor risiko yang paling kuat bagi yang terinfeksi TB menjadi sakit TB. Infeksi HIV mengakibatkan kerusakan luas sistem daya tahan tubuh seluler (*cellular immunity*), sehingga jika terjadi infeksi penyerta (*opportunistic*), seperti tuberkulosis, maka yang bersangkutan akan menjadi sakit parah bahkan bisa mengakibatkan kematian. Bila jumlah orang terinfeksi HIV meningkat, maka jumlah pasien TB akan meningkat, dengan demikian penularan TB di masyarakat akan meningkat pula. (Kemenkes, 2011).

2.1.3 Diagnosis Penyakit Tuberkulosis

Diagnosis TB pada orang dewasa dapat ditegakkan dengan ditemukannya kuman TB pada pemeriksaan dahak secara mikroskopis. Hasil pemeriksaan dinyatakan positif apabila sedikitnya 2 dari 3 spesimen SPS BTA hasilnya positif. Pada program TB nasional, pemeriksaan dahak mikroskopis merupakan diagnosis utama. Pemeriksaan dengan cara lain seperti foto toraks, biakan dan uji kepekaan hanya digunakan sebagai penunjang. Tidak dibenarkan mendiagnosis TB hanya berdasarkan pemeriksaan foto thoraks saja karena tidak selalu memberikan gambaran yang khas pada TB Paru, sehingga sering terjadi *overdiagnosis* (Kemenkes, 2011).

2.1.5 Gambaran Situasi Tuberkulosis di Indonesia

Tuberkulosis merupakan masalah utama kesehatan dunia. Pada tahun 1993, WHO telah menyatakan TB sebagai kedaruratan masalah kesehatan dunia (*Global Public health emergency*). Pada saat itu diperkirakan terjadi 7-8 juta kasus dan 1,3 – 1,6 juta orang diperkirakan meninggal karena TB. Pada tahun 2010, diperkirakan telah terjadi 8,5 – 9,2 kasus TB dan 1,2 – 1,5 juta orang meninggal (termasuk kematian TB pada orang yang juga menderita HIV positif). TB adalah penyebab kematian kedua untuk penyakit infeksi di dunia (setelah HIV, dimana diperkirakan 1,8 juta kematian pada tahun 2008). Di Indonesia TB merupakan masalah utama kesehatan masyarakat. Pada tahun 2010, jumlah kasus TB di Indonesia merupakan keempat terbanyak di dunia setelah India, China dan Afrika Selatan, dengan jumlah kasus sekitar 0,37 juta- 0,54 juta (WHO, 2011).

Berdasarkan hasil survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995, penyakit TB merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit kardiovaskular dan saluran pernafasan serta nomor satu untuk golongan penyakit infeksi (Kemenkes, 2011).

Meskipun memiliki beban penyakit TB yang tinggi, Indonesia merupakan negara pertama diantara *High Burden Country* (HBC) di wilayah WHO *South-East Asian* yang mampu mencapai target global TB untuk deteksi kasus dan keberhasilan pengobatan pada tahun 2006. Pada tahun 2009, tercatat sejumlah 294.732 kasus TB telah ditemukan dan diobati (data awal Mei 2010) dan lebih dari 169.213 diantaranya terdeteksi BTA positif. Pencapaian target global tersebut merupakan tonggak pencapaian program pengendalian TB nasional yang utama. (Kemenkes, 2011). Meskipun secara nasional menunjukkan perkembangan yang meningkat dalam penemuan kasus dan tingkat kesembuhan, pencapaian di tingkat provinsi masih menunjukkan disparitas antar wilayah. Sebanyak 28 provinsi di Indonesia belum dapat mencapai angka penemuan kasus (CDR) 70%, dan hanya 5 provinsi menunjukkan pencapaian 70% CDR dan 85% kesembuhan (Kemenkes, 2011).

2.1.6. Program Penanggulangan Tuberkulosis

Penanggulangan Tuberculosis di Indonesia dilakukan sejak zaman penjajahan Belanda, namun hanya pada kelompok tertentu. Setelah merdeka, ditanggulangi melalui Balai Pengobatan Penyakit TB Paru. Pada tahun 1969 penanggulangan TB dilakukan secara nasional melalui Puskesmas. Sejak tahun 1995, program nasional penanggulangan TB telah dilaksanakan secara bertahap dengan menerapkan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*) yang direkomendasikan oleh WHO dan telah terbukti sebagai suatu strategi yang sangat *cost effective*.

Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan pasien, prioritas diberikan kepada pasien TB tipe menular. Strategi ini akan memutuskan penularan TB dan dengan demikian menurunkan insiden TB di masyarakat. Menemukan dan menyembuhkan pasien merupakan cara terbaik dalam upaya pencegahan penularan TB (Kemenkes, 2011).

Dalam melakukan strategi DOTS ini ada 5 komponen kunci yaitu : Komitmen Politik; Pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya; Pengobatan jangka pendek yang standar bagi semua kasus TB dengan tatalaksana kasus yang tepat, termasuk pengawasan langsung pengobatan; Jaminan ketersediaan OAT yang bermutu; Sistem pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien dan kinerja program secara keseluruhan.

Dalam program penanggulangan TB Nasional dikeluarkan visi dan misi. Visinya adalah Menuju masyarakat bebas masalah TB, sehat, mandiri dan berkeadilan sedangkan misinya adalah meningkatkan pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani dalam pengendalian program TB; menjamin ketersediaan pelayanan yang paripurna, merata, bermutu, dan berkeadilan, menjamin ketersediaan dan pemerataan sumberdaya pengendalian TB; dan menciptakan tata kelola program TB yang baik.

Untuk mewujudkan hal itu ditetapkanlah tujuan dan Sasaran. Tujuan yang akan dicapai yaitu menurunkan angka kesakitan dan kematian TB dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Sasaran strategi nasional yang ingin dicapai mengacu pada

rencana strategis Kemenkes dari tahun 2009 – 2014 yakni menurunkan prevalensi TB menjadi 224 per 100.000 penduduk. Untuk sasaran keluarnya antara lain meningkatkan prosentase kasus TB paru (BTA +) yang ditemukan dari 73% menjadi 90 % serta meningkatnya prosentase provinsi dengan CDR diatas 70% mencapai 50% pada tahun 2014. (Kemenkes, 2011).

Prosentase kasus TB paru (BTA+) dihitung dengan angka penemuan kasus. Angka penemuan kasus (*Case Detection Rate/CDR*) adalah persentase jumlah pasien baru BTA positif yang ditemukan dibanding jumlah pasien baru BTA positif yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut. CDR menggambarkan cakupan penemuan pasien baru BTA positif pada wilayah tersebut (Kemenkes, 2011).

Langkah langkah awal dalam rangka penemuan kasus TB BTA (+) adalah dengan penjarangan Suspek TB. Penjarangan suspek TB merupakan hal yang sangat penting dan merupakan salah satu indikator proses dalam rangka mencapai sasaran program pengendalian TB di Indonesia.

Mengingat sebagian besar penderita TB di Indonesia adalah TB paru, maka suspek di sini adalah suspek TB Paru. Suspek /tersangka TB adalah seseorang yang mengalami gejala-gejala TB Paru. Gejala utama penyakit TB paru adalah batuk terus menerus dan berdahak selama 2 - 3 (tiga) minggu atau lebih, dan gejala tambahan lain yang sering dijumpai adalah dahak bercampur darah/ batuk darah, sesak nafas, badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan turun, rasa kurang enak badan (*malaise*), berkeringat malam hari walaupun tanpa kegiatan, demam meriang lebih dari sebulan. Gejala tersebut sebenarnya bisa juga dijumpai pada penyakit paru yang lain. Mempertimbangkan prevalensi TB di Indonesia saat ini masih cukup tinggi, maka setiap orang yang mengalami gejala tersebut dianggap sebagai tersangka (suspek) pasien TB, sehingga seharusnya perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung (Kemenkes, 2011).

Untuk mengukur penjarangan suspek TB, digunakan angka penjarangan suspek. Angka penjarangan suspek adalah jumlah suspek yang diperiksa dahaknya diantara 100.000 penduduk pada suatu wilayah tertentu dalam 1 tahun. Angka ini digunakan untuk mengetahui akses pelayanan dan upaya penemuan

pasien dalam suatu wilayah tertentu, dengan memperhatikan kecenderungannya dari waktu ke waktu (triwulan/tahunan). Rumus untuk angka penjarangan suspek adalah :

$$\frac{\text{Jumlah suspek yang diperiksa dahak}}{\text{Jumlah penduduk}} \times 100.000$$

Jumlah suspek yang diperiksa bisa didapatkan dari buku daftar suspek (TB.06). Unit Pelayanan Kesehatan yang tidak mempunyai wilayah cakupan penduduk, misalnya rumah sakit, BP4 atau dokter praktek swasta, untuk indikator ini tidak dapat dihitung (Kemenkes, 2011).

Menurut beberapa literatur, salah satu hal yang perlu diperhatikan dalam penjarangan suspek TB tersebut adalah pola pencarian pengobatan (Rye, 2009; Nizar, 2010).

2.2. Perilaku

2.2.1. Pengertian perilaku

Menurut teori S-O-R (*Stimulus* → *organisme* → *Respons*) yang dikeluarkan oleh Skinner dalam Notoatmodjo (2010), perilaku adalah respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Berdasarkan hal tersebut, maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu perilaku tertutup (*Covert Behavior*) dimana respons yang ada masih terselubung, masih terbatas pada perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan, kesadaran, dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Dari perilaku ini dapat diukur pengetahuan dan sikap. Kemudian perilaku terbuka (*Overt Behavior*), dimana respons individu dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka yang dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

Walaupun perilaku dibedakan antara perilaku tertutup dan terbuka, namun sebenarnya perilaku merupakan keseluruhan pemahaman dan aktivitas seseorang (Notoatmodjo, 2010).

Bloom (1908) dalam Notoadmojo (2010) membagi ranah (*domain*) perilaku menjadi tiga tingkatan, yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan :

1. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari penginderaan atau hasil tahu pada obyek melalui indra yang dimilikinya yang dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap obyek tersebut. Pengetahuan itu sendiri secara garis besar dibagi menjadi 6 tingkatan. Tingkatan yang paling rendah adalah Tahu (*know*), karena hanya untuk *me-recall* (memanggil) memori yang sudah ada sebelumnya setelah ia mengamati sesuatu, contohnya penyakit TB disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*. Untuk mengukurnya dapat digunakan pertanyaan seperti apa penyebab penyakit TB. Setelah seseorang tahu, dia akan memahami (*comprehension*). Pada tahap ini dia bisa sudah bisa menginterpretasikannya secara benar terhadap obyek tersebut. Misalnya dia tidak hanya tahu penyebab penyakit TB, tetapi juga paham mengapa TB berbahaya. Apabila seseorang sudah tahu dan memahami suatu obyek, maka dia harus dapat menggunakan atau mengaplikasikannya (*application*) pada situasi lain. Kemudian melakukan analisis (*analysis*) yang merupakan kemampuan untuk menjabarkan dan memisahkan serta mencari hubungan antara komponen-komponen yang ada dalam suatu obyek yang diketahui atau masalah yang ada. Tahap selanjutnya adalah Sintesis (*synthesis*), dimana seseorang diharapkan bisa menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada atau kemampuan untuk merangkum atau meletakkan komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki dalam hubungan yang logis. Tahap terakhir adalah Evaluasi (*evaluation*), kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap obyek tertentu, bisa berdasarkan kriteria yang ditentukan sendiri maupun berdasarkan norma yang ada di masyarakat.

Dalam mengukur pengetahuan dalam bidang kesehatan, bisa melalui apa yang diketahui tentang obyek (masalah kesehatan). Indikator yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan adalah pengetahuan tentang sakit dan penyakit (penyebab, gejala, cara penularan, pengobatan, cara mencari pengobatan, dll) (Notoatmodjo, 2000 dalam Junaedi, 2005).

2. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan respon tertutup terhadap stimulan atau obyek tertentu serta sudah melibatkan pendapat dan emosi, seperti senang atau tidak senang, baik

atau tidak baik (Notoatmodjo, 2010). Campbell (1950) dalam Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa sikap itu adalah suatu kumpulan gejala ketika akan merespons obyek. Dilihat dari hal tersebut, maka sikap akan melibatkan pikiran, perasaan, perhatian dan gejala kejiwaan yang lain.

Seperti halnya pengetahuan, sikap juga memiliki beberapa tingkatan, yaitu menerima (*receiving*), menanggapi (*Responding*), menghargai (*Valuing*) dan Bertanggung jawab (*Responsible*). Pada tingkat awal, seseorang baru mau menerima rangsangan yang diberikan oleh obyek, misalnya saja seseorang yang mau hadir untuk mendengarkan penyuluhan tentang kesehatan. Tingkatan selanjutnya orang tersebut memberikan tanggapan terhadap pertanyaan/obyek yang dihadapi, misalnya pada acara penyuluhan kesehatan tersebut, ketika penyuluh bertanya kepadanya, ia akan menjawab atau menanggapi. Setelah menanggapi, ia akan menghargai dengan cara memberikan nilai yang positif terhadap obyek/rangsangan, misalnya membahas obyek tersebut dengan orang lain, bahkan mengajak/mempengaruhi orang lain untuk ikut merespon secara positif. Tingkatan yang tertinggi adalah ketika orang tersebut bertanggung jawab, mengambil sikap berdasarkan keyakinan yang dimilikinya. Ia berani mengambil resiko, bila ada orang lain yang tidak sependapat dengannya atau menghadapi resiko lain. (Notoatmodjo, 2010)

Menurut Allport (1954) dalam Notoatmodjo (2010), sikap dibagi menjadi 3 komponen, yaitu yang pertama kepercayaan atau keyakinan, ide dan konsep terhadap obyek, artinya bagaimana keyakinan, pendapat atau pemikiran seseorang terhadap obyek, contohnya bagaimana keyakinan atau pendapat seseorang terhadap penyakit TB. Komponen yang kedua adalah kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap obyek, artinya bagaimana penilaian (terkandung di dalamnya faktor emosi) orang tersebut terhadap obyek, misalnya bagaimana orang menilai penyakit TB, apakah penyakit ini penyakit yang biasa saja atau sangat membahayakan. Komponen yang terakhir adalah kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*), artinya sikap merupakan komponen yang mendahului tindakan atau anjang-ancang periku terbuka, misalnya dari kasus di atas, apa yang akan dilakukan seseorang bila ia menderita penyakit TB.

3. Tindakan/Praktek (*Practice*)

Tindakan merupakan bentuk perilaku terbuka (*over behavior*), karena dapat diamati oleh orang lain dari luar (*Observable behavior*). Menurut kualitasnya tindakan bisa dibagi menjadi tiga tingkatan, yaitu terpimpin (*guided response*), secara mekanisme (*mechanism*) dan Adopsi (*adoption*). Tindakan disebut terpimpin apabila masih menggunakan panduan/tuntunan dalam tindakannya, misalnya seseorang yang minum obat TB, masih diingatkan oleh pengawas minum obat. Sedangkan tindakan secara mekanisme maksudnya bila seseorang telah mempraktekkannya secara otomatis, tanpa harus menunggu perintah dari orang lain. Adopsi merupakan tindakan yang sudah berkembang, tidak hanya rutinitas atau mekanisme saja, tetapi terjadi modifikasi, sehingga tindakannya menjadi lebih berkualitas, misalnya melakukan pencegahan penyebaran penyakit dengan teknik yang benar.

Berdasarkan batasan perilaku menurut Skinner, Notoatmodjo (2010) mendefinisikan perilaku kesehatan (*health Behavior*) adalah :

“Respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehat-sakit (kesehatan) seperti lingkungan, makanan, minuman dan pelayanan kesehatan”.

Dengan kata lain adalah seluruh kegiatan yang dilakukan seseorang, baik yang bisa diamati (*observable*) maupun yang tidak bisa diamati (*unobservable*), dan semua kegiatan itu berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

Becker dalam Notoatmodjo (2010) membuat klasifikasi lain tentang perilaku kesehatan yang membedakannya menjadi tiga, yaitu :

1. Perilaku sehat (*healthy behavior*), yaitu perilaku atau kegiatan yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, antara lain makan dengan menu seimbang, tidak merokok, kegiatan fisik secara teratur, istirahat yang cukup, dan manajemen stress.

2. Perilaku sakit (*illness behavior*), yaitu perilaku yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan orang yang sakit atau mendapat masalah kesehatan atau keluarganya untuk mencari kesembuhan atau mengatasi masalah kesehatan yang lain.
3. Perilaku peran orang sakit (*the sick role behavior*), yaitu hak-hak dan kewajiban orang sakit meliputi tindakan untuk memperoleh kesembuhan, mengenal atau mengetahui fasilitas kesehatan, mematuhi nasehat orang yang merawat/mengobatinya, dan lain-lain.

Kasl dan Cobb dalam Becker (1974). Mendefinisikan perilaku kesehatan dalam tiga kategori, yaitu :

1. Perilaku pencegahan kesehatan (*preventive health behavior*), yaitu kegiatan yang dilakukan seseorang untuk pencegahan atau mendeteksi penyakit pada tingkat dini (asimtomatis)
2. Perilaku sakit (*illness behavior*), yaitu kegiatan yang dilakukan seseorang yang sakit untuk mengetahui keadaan status kesehatannya dan untuk mendapatkan pengobatan yang sesuai
3. Perilaku peran orang sakit (*sick role behavior*), yaitu kegiatan yang dilakukan seseorang yang sakit yang bertujuan untuk memperoleh kesehatan.

2.2.2 Perilaku Pencarian Pengobatan

Notoatmodjo (2010) menjelaskan bahwa masyarakat atau anggota masyarakat yang mendapat sakit namun tidak merasakan sakit (*diseases but no illness*) sudah barang tentu tidak akan bertindak apa-apa terhadap penyakitnya tersebut. Tetapi bila mereka menderita sakit dan merasakan sakit maka baru akan timbul berbagai macam perilaku dan usaha agar sembuh dari penyakitnya. Berbagai respons dilakukan orang apabila menderita suatu penyakit, yaitu :

1. Tidak bertindak apa-apa (*no action*).

Alasanannya antara lain bahwa kondisi demikian tidak mengganggu aktifitas mereka. Atau karena fasilitas kesehatan letaknya jauh, petugas kesehatan tidak simpatik, dan sebagainya.

2. Mengobati sendiri (*self treatment*), dengan alasan tambahan karena orang atau masyarakat tersebut sudah percaya pada diri sendiri, dan sudah merasa bahwa dengan pengalaman pengobatan dengan usaha sendiri sudah mendatangkan kesembuhan. Hal ini mengakibatkan pencarian pengobatan di luar tidak diperlukan
3. Mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*). Untuk masyarakat pedesaan khususnya, pengobatan tradisional menduduki tempat teratas dibandingkan dengan pengobatan lain. Dukun, yang melakukan pengobatan tradisional merupakan bagian masyarakat, dekat dengan masyarakat dan biasanya dia lebih diterima oleh masyarakat daripada dokter, mantri atau bidan.
4. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan ke dalam balai pengobatan, puskesmas, rumah sakit dan dokter praktek (*private medicine*)

2.2.3 Model-model Perilaku pencarian pengobatan

Ada beberapa teori atau model yang berhubungan dengan perilaku sakit. Teori-teori tersebut berbeda dalam menentukan faktor dominan yang menjelaskan gejala yang dirasakan, pemanfaatan layanan kesehatan, atau perilaku sakit secara umum. Berikut beberapa teori yang berhubungan dengan Perilaku Pencarian Pengobatan:

A. Model Andersen

Dalam menjelaskan keputusan dalam pencarian pengobatan/pemanfaatan layanan kesehatan, Model Andersen adalah yang paling banyak digunakan (Becker, 1974).

Model perilaku penggunaan layanan kesehatan ini dikembangkan sekitar tahun 1960 an, untuk memahami mengapa keluarga menggunakan pelayanan kesehatan, mengukur kelayakan akses ke pelayanan kesehatan, dan untuk membantu mengembangkan kebijakan dalam mempromosikan akses yang layak (Andersen, 1995).

Menurut model ini, penggunaan pelayanan kesehatan oleh seseorang merupakan fungsi dari predisposisi dalam menggunakan pelayanan kesehatan, faktor pemungkin dan kebutuhan akan pengobatan.

Karakteristik predisposing, faktor demografi seperti umur dan jenis kelamin merepresentasikan secara biologis bahwa orang-orang akan memerlukan perawatan kesehatan (Whuka dan Eat dalam Andersen, 1995). Struktur sosial diukur dengan faktor-faktor determinan status seseorang di masyarakat, kemampuan dia untuk mengatasi masalah-masalah dan mengatur sumber daya yang berhubungan dengan masalah-masalah tersebut. Pengukuran tradisional untuk menilai struktur sosial adalah pendidikan, pekerjaan dan suku bangsa (Andersen, 1995).

Health belief/kepercayaan kesehatan adalah sikap, nilai-nilai dan pengetahuan yang dimiliki seseorang tentang kesehatan dan pelayanan kesehatan yang bisa mempengaruhi persepsi mereka akan kebutuhan dan penggunaan pelayanan kesehatan. *Health belief* menyediakan sebuah arti untuk menjelaskan bagaimana struktur sosial bisa mempengaruhi sumber daya pemungkin (*enabling resources*), persepsi kebutuhan, dan kebutuhan subsekuent (*subsequent use*).

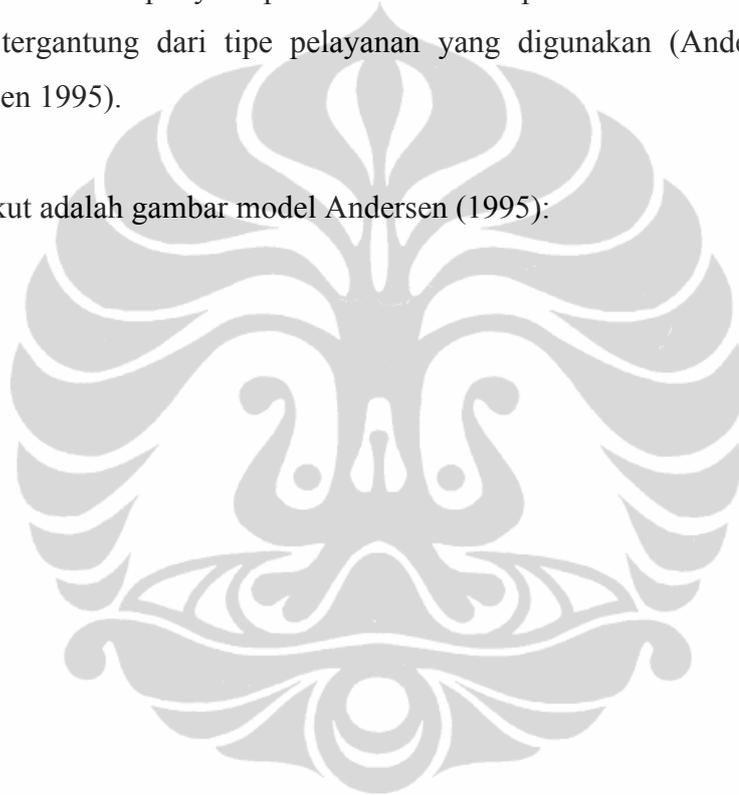
Sumber daya yang memungkinkan dari masyarakat dan pribadi harus ada untuk penggunaan pelayanan kesehatan. Pertama, petugas kesehatan dan fasilitas kesehatan harus tersedia dimana orang-orang tinggal dan bekerja. Kemudian orang-orang harus mempunyai tujuan dan mengetahui bagaimana mendapatkan dan menggunakan pelayanan tersebut. Perjalanan dan waktu tunggu merupakan pengukuran yang penting di sini (Andersen, 1995).

Model *health service* harus mempertimbangkan bagaimana orang-orang memandang kesehatan mereka secara umum, bagaimana mereka merasakan gejala-gejala penyakit, nyeri dan kekhawatiran tentang kesehatan mereka. Hal ini bisa menjadikan keputusan penting bagi mereka dalam pencarian pengobatan. *Perceived need* adalah fenomena sosial dan harus dijelaskan dengan struktur sosial dan kepercayaan kesehatan (*health belief*). *Evaluated need* (kebutuhan yang dievaluasi) menggambarkan pernyataan tenaga profesional tentang status kesehatan seseorang dan kebutuhan mereka akan pelayanan kesehatan. Tentunya untuk *evaluated need* tidaklah sederhana. Untuk pengukuran validitas dan

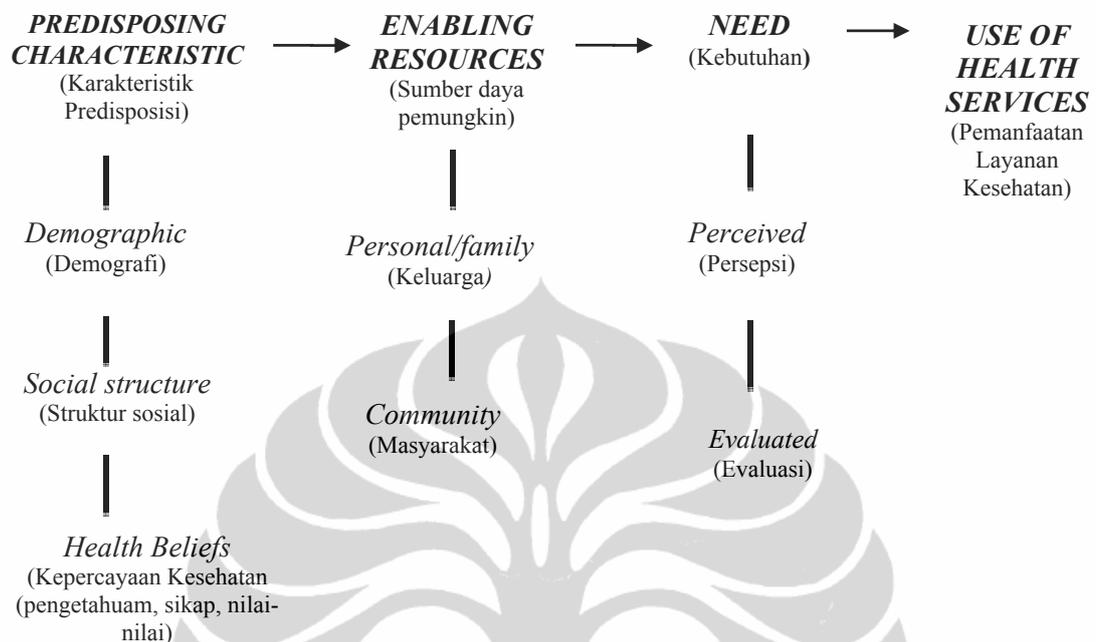
reliabilitasnya harus melalui ilmu biologi dan membutuhkan kompetensi dari para ahli/professional dalam melakukan penilaian. Harapan logis dari model adalah bahwa *perceived need* akan lebih menolong kita dalam pencarian pengobatan. Sedangkan *evaluated need* akan lebih dekat menghubungkan untuk jenis-jenis *treatment*/pengobatan/perlakuan yang akan disediakan setelah seorang pasien dipertemukan dengan penyedia layanan kesehatan.

Hipotesis Andersen menyatakan bahwa faktor *predisposing*, *enabling* dan *need* akan mempunyai perbedaan kemampuan dalam menjelaskan penggunaan, tergantung dari tipe pelayanan yang digunakan (Andersen 1968 dalam Andersen 1995).

Berikut adalah gambar model Andersen (1995):



Gambar 2.1
The Initial Behavioral model (1960s)



(Sumber : Andersen, Ronald M. *Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?*. *Journal of Health and Social Behavior*; Mar 1995; 36, 1; Social Science Module p.2)

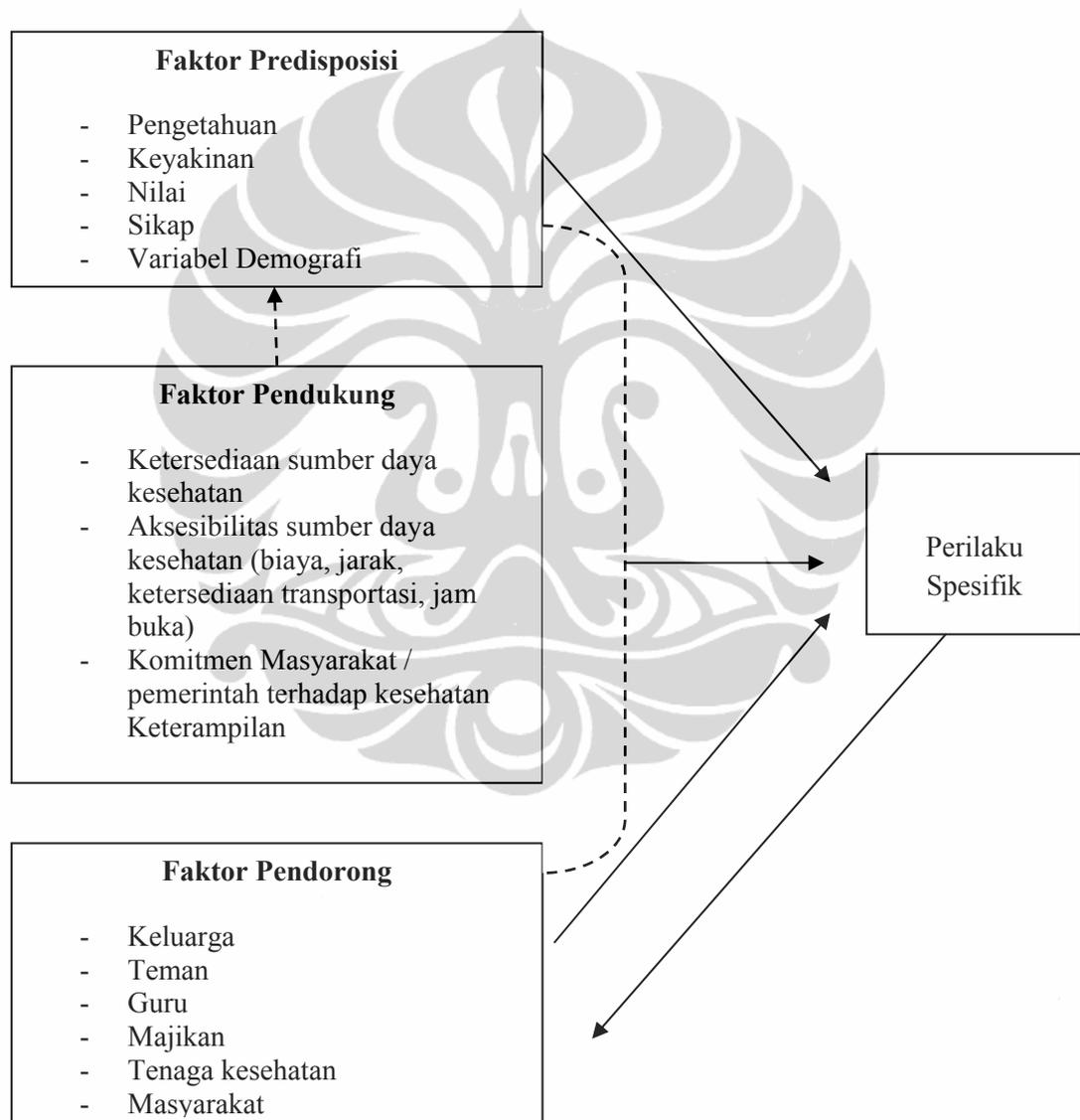
B. Model precede

Model Precede (*Predisposing, Enabling, dan Reinforcing Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*) yang dikeluarkan oleh Green (1980) menyebutkan bahwa perilaku itu terbentuk dari 3 faktor, yaitu : predisposisi (*predisposing factors*), faktor pendukung (*enabling factors*) dan faktor pendorong/penguat (*reinforcing factors*).

Faktor predisposisi merupakan faktor yang menjadi dasar atau motivasi bagi perilaku yang meliputi pengetahuan, sikap, keyakinan dan nilai. Saat ini sudah ada sejumlah penelitian yang membuktikan adanya hubungan positif antara perilaku dengan pengetahuan. Faktor pemungkin mencakup berbagai keterampilan dan sumber daya yang perlu untuk melakukan perilaku kesehatan yang antara lain meliputi fasilitas pelayanan kesehatan, keterjangkauan berbagai

sumber daya, biaya, jarak, ketersediaan transportasi, jam buka, dan keterampilan petugas kesehatan menyangkut penggunaan teknik dan alat medik. Sedangkan Faktor penguat merupakan faktor yang menentukan apakah tindakan kesehatan akan memperoleh dukungan atau tidak. Penguat dapat diberikan oleh teman, pimpinan, atau keluarga. Berikut gambar *precede model* :

Gambar 2.2
Precede Model



Dari kedua model tersebut terlihat bahwa pengetahuan merupakan salah satu faktor *predisposing* yang cukup penting dalam menentukan perilaku seseorang.

2.2.4. Perilaku Pencarian Pengobatan Suspek TB Paru dalam mengatasi Gejala TB Paru

Informasi tentang perilaku pencarian pengobatan TB merupakan hal yang penting dalam rangka penanggulangan Penyakit TB, terutama dalam hal upaya penjarangan suspek/penemuan kasus TB. Apabila ada penderita TB yang tidak terjarang atau terlambat didiagnosis, maka akan berpotensi menularkan kepada orang lain, yang pada akhirnya akan terjadi peningkatan kasus TB di masyarakat.

Penelitian kualitatif yang dilakukan di Kota Yangon, Myanmar tahun 2004 tentang *Public and/or private health care: Tuberculosis patients' perspectives in Myanmar* terlihat bahwa sebagian besar informan dalam pertama kali mencari perawatan di luar rumah adalah ke praktek dokter, sebelum konfirmasi hasil diagnosis TB di laboratorium keluar. Suatu penelitian kualitatif lain yang dilakukan di Indonesia tentang Perilaku Pencarian Pengobatan Tersangka penderita TB Paru di Wilayah Puskesmas Tanjung Paku Kota Solok, Sumatera Barat, ternyata masih ada tersangka/suspek TB yang berobat ke dukun, mengobati sendiri, membeli obat di warung dan tidak melakukan tindakan pengobatan terhadap gejala TB yang dialaminya (Kadri, 2005).

Beberapa penelitian kuantitatif yang dilakukan di Indonesia, juga menunjukkan variasi dalam pencarian pengobatan suspek TB. Pada penelitian Gaffar (2000) tentang Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pencarian Pengobatan Bagi Tersangka Penderita TB Paru di Kecamatan Banggai Kabupaten Banggai Kepulauan, menyimpulkan bahwa sebanyak 8,28% penderita tersangka TB paru tidak mencari pengobatan, 16,32% mengobati sendiri, 9% mencari pengobatan ke tempat tradisional, 45,54% mencari pengobatan ke fasilitas pelayanan kesehatan swasta, dan 27,81% mencari pengobatan ke fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah. Penelitian Thawaf (2000) tentang Perilaku Pencarian Pengobatan Suspek TB di Puskesmas DTP Jayagiri, Lembang, Bandung, diperoleh proporsi tersangka TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Jayagiri, Bandung adalah 0,79 %. Perilaku pencarian pengobatan pertama kali ke Puskesmas 30,7%, ke non puskesmas 69,3%. Sedangkan penelitian Mardjono Samad (2001) pada suspek TB di Kecamatan Palu Selatan, Kota Palu, di

dapatkan 26,1% tersangka TB Paru tidak menggunakan pelayanan kesehatan, dan 73,9% menggunakan pelayanan kesehatan

Pada Riset besar skala nasional yang dilakukan di Indonesia (Riskesdas) oleh Kementerian Kesehatan RI Tahun 2010 terlihat bahwa ada beberapa upaya yang dilakukan oleh suspek TB untuk mengatasi gejala TB paru yaitu tetap meneruskan kembali ketenaga kesehatan (32,2%), pengobatan program TB (11,1%), beli obat di Apotek /Toko Obat (31,9%), minum obat herbal/tradisional (7,8%) dan tidak diobati (16,9%). Persentase Suspek TB berdasarkan alasannya tidak ke faskes yang paling besar dapat diobati dan sembuh sendiri (38,2%), tidak ada biaya (26,4%), anggapan penyakit tidak berat (16,3%), akses ke faskes sulit (4,4%), tidak ada waktu (5,7%) dan lainnya (9,0%). Selain itu persentase RT yang lebih mengetahui faskes yang melayani pemeriksaan dahak di rumah sakit (78,1%) daripada di puskesmas (54,3%) dan RT yang mengetahui adanya fasilitas foto paru di rumah sakit sebesar 82,4 persen. Sedangkan RT yang memanfaatkan faskes untuk diagnosa TB paru dengan pemeriksaan dahak cukup rendah, hanya 19,3 persen RT memanfaatkan Rumah Sakit, dan 2,1 persen RT memanfaatkan puskesmas (Kemenkes, 2010).

2.2.5. Peran Pengetahuan dan Faktor- Faktor lain yang Berhubungan dengan Perilaku Pencarian Pengobatan.

A. Peran Pengetahuan terhadap Perilaku Pencarian Pengobatan

Pengetahuan merupakan hasil tahu seseorang melalui penginderaan (penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba) terhadap suatu obyek tertentu. Dari semua itu, sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam terbentuknya perilaku seseorang. (Notoadmojo, 2010). Green (1980) dalam Notoatmodjo (2010) bahwa pengetahuan merupakan faktor yang penting dalam mempermudah atau mempredisiposi timbulnya perilaku pada diri seseorang.

Andersen (1974), Green (1986), Suchman (1965) dalam Samad (2001) menyatakan bahwa pengetahuan tentang sakit dan penyakit dapat digunakan sebagai dasar kelompok bangsa untuk menggunakan pelayanan kesehatan, dengan

asumsi bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan masyarakat tentang penyakit, maka akan semakin tinggi untuk menggunakan layanan kesehatan.

Menurut WHO (1990) dalam Notoatmodjo (2010), salah satu alasan pokok seseorang berperilaku kesehatan karena adanya pemikiran dan perasaan (*Thought and feeling*), yang meliputi antara lain pengetahuan. Dalam strategi perubahan perilaku, WHO menyarankan melakukan perubahan perilaku melalui pendidikan/pengetahuan yang diawali dengan memberikan informasi/pengetahuan tentang kesehatan, sehingga diharapkan pengetahuan masyarakat menjadi meningkat. Dengan meningkatnya pengetahuan, maka akan menimbulkan kesadaran, yang pada akhirnya mereka akan berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang mereka miliki. Perubahan perilaku dengan cara ini, memang membutuhkan waktu yang cukup lama, sehingga hasilnya kadang tidak langsung terlihat. Tetapi perubahan tersebut akan bersifat lebih langgeng dibandingkan dengan cara yang lain, karena didasari oleh kesadaran mereka sendiri, bukan karena paksaan dari pihak luar (Notoadmojo, 2010).

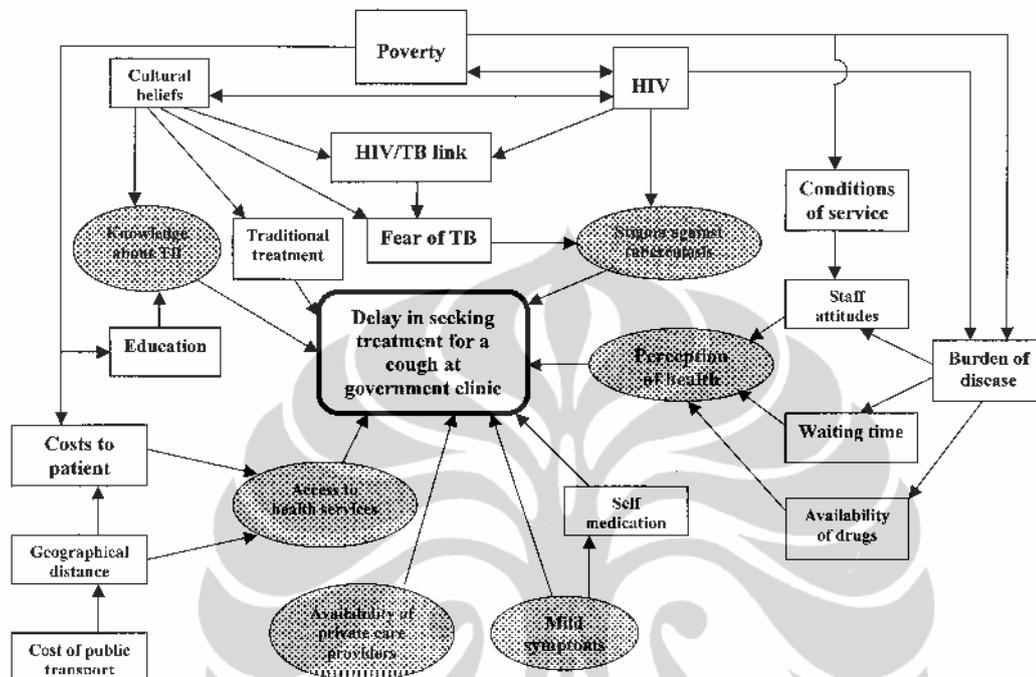
Pengetahuan memang merupakan salah satu faktor yang sangat menentukan dalam perubahan perilaku seseorang. Beberapa penelitian terkait dengan perilaku, khususnya perilaku pencarian pengobatan, telah membuktikan bahwa pengetahuan mempunyai hubungan yang signifikan dengan perilaku pencarian pengobatan.

Suatu penelitian yang dilakukan oleh Hoa (2003) di Vietnam terhadap 559 responden yang mengalami gejala TB Paru (Suspek TB), ternyata masih ada yang menganggap bahwa TB disebabkan karena faktor keturunan serta karena seseorang bekerja terlalu keras. Dari hasil penelitiannya juga terlihat adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku pencarian pengobatan.

Fauset (2002), memasukkan pengetahuan sebagai salah satu unsur yang berperan dalam penundaan pencarian pengobatan, seperti terlihat pada gambar di bawah ini :

Gambar 2.3

Simplified diagram resulting from a workshop to analyse the problem of delay among patients attending urban health centres in Lusaka



Bold box—core problem; shaded ovals—major themes; boxes—other determinants; arrows—perceived causes.

Sumber : Faussett , P. Godfrey- (2002). *Why do patients with a cough delay seeking care at Lusaka urban health centres? A health systems research approach*. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 6(9):796–805 © 2002 IUATLD

Beberapa penelitian di Indonesia juga menyatakan hal yang sama. David Gordon dalam penelitiannya di Kapuas, Kalimantan, menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan penderita TB Paru BTA (+) dengan pemanfaatan puskesmas (OR: 2,16, 95% CI, P=0,024).

Pada studi yang dilakukan oleh Sukmahadi Thawaf pada penelitiannya tentang Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencarian Pengobatan Pertama Tersangka Penderita TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas DTP Jayagiri, Lembang, Bandung (Thawaf, 2000) diperoleh proporsi responden yang tidak mengetahui gejala TB dan berobat ke puskesmas sebesar 24,9%, sedangkan untuk yang berobat ke non puskesmas sebesar 75,1 %, dengan OR: 2,039. Artinya responden yang tidak mengetahui gejala TB mempunyai resiko sebesar 2,039 kali untuk tidak berobat ke Puskesmas dibandingkan dengan dengan yang tahu.

Dari hasil penelitian Madjono Samad (2001) tentang Faktor-faktor yang berhubungan dengan Penggunaan Pelayanan Kesehatan Bagi Penderita Tersangka TB Paru di Kecamatan Palu Selatan, Kota Palu Tahun 2001, didapatkan bahwa variabel yang mempunyai kekuatan hubungan terbesar adalah pengetahuan dengan OR: 13, 811, 95 % CI = 7,318 – 26,067, artinya penderita tersangka TB paru yang mempunyai pengetahuan rendah tentang TB paru mempunyai resiko sebesar 13,8 kali untuk tidak menggunakan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan yang mempunyai pengetahuan tinggi.

B. Faktor-faktor Lain yang Berhubungan dengan Perilaku Pencarian Pengobatan

1. Umur

Hasil studi Cheng, dkk (2005) tentang Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penundaan Diagnosis TB di Shandong, Cina serta studi yang dilakukan oleh Faussett (2002), yang berjudul *Why do patients with a cough delay seeking care at Lusaka urban health centres? A health systems research approach*, diperoleh hasil bahwa umur yang tua, berhubungan secara signifikan dengan penundaan dalam mencari pengobatan dan diagnosis. Begitu pula dengan hasil review oleh Saikh (2004) tentang perilaku pencarian pengobatan dan pemanfaatan layanan kesehatan di Pakistan, faktor umur berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan di sana.

2. Jenis Kelamin

Dari hasil penelitian Cheng, dkk (2005) tentang Faktor-faktor yang mempengaruhi Penundaan Diagnosis TB di Shandong, Cina menunjukkan bahwa jenis kelamin berhubungan secara signifikan dengan penundaan dalam mencari pengobatan dan diagnosis.

Suatu studi di India yang dilakukan oleh Rajeswari, dkk (2002) tentang *Factors associated with patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in South India*, terlihat bahwa laki-laki lebih lama dalam hal penundaan diagnosis TB dibandingkan perempuan.

Penelitian di Bangladesh oleh Ahsan (2004), tentang *Gender Difference in Treatment Seeking Behaviors of tuberculosis Cases in Rural Communities of Bangladesh* diperoleh bahwa ada hubungan yang signifikan dalam pencarian pengobatan TB antara laki-laki dan perempuan (OR : 4,2 , 95% CI : 2,0-8,4).

3. Status Perkawinan

Suatu penelitian yang dilakukan Thawaf (2000), tentang Pencarian Pengobatan Suspek TB di Puskesmas DTP Jayagiri, Lembang, Bandung menunjukkan bahwa proporsi suspek TB yang kawin adalah sebesar 59,5%.

4. Pendidikan

Tingkat Pendidikan berkaitan dengan seseorang dalam menyerap dan menerima informasi. Mereka yang mempunyai tingkat pendidikan lebih tinggi umumnya lebih dalam menyerap dan menerima informasi masalah kesehatan dibandingkan dengan yang berpendidikan lebih rendah, sehingga mempengaruhi terhadap keputusan didalam memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia.

Cheng, dkk (2005) pada penelitiannya tentang tentang Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penundaan Diagnosis TB di Shandong, Cina, menunjukkan bahwa pendidikan yang rendah berhubungan secara signifikan dengan penundaan dalam mencari pengobatan dan diagnosis.

Pada penelitian Suherman (1995), menyebutkan bahwa penderita TB paru yang berlatar belakang pendidikan SLTA, dalam mencari pengobatan terhadap penyakitnya mempunyai peluang 2 kali untuk menggunakan pelayanan kesehatan dibanding yang berpendidikan SLTP kebawah. (dalam Samad, 2001). Begitu pula halnya dengan Ghafar (2000) yang menyebutkan bahwa ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan perilaku pencarian pengobatan.

5. Pekerjaan

Jenis pekerjaan mempengaruhi seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, menurut Wibowo (1992), pegawai negeri atau pegawai swasta lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan pekerjaan buruh atau petani (dalam Ananda, 2011).

Menurut Walansky (1980), menyatakan bahwa orang yang mempunyai latar belakang tertentu yaitu bekerja/tidak bekerja akan memiliki pandangan tersendiri terhadap pengobatan dan penggunaan pelayanan kesehatan (dalam Samad, 2001).

6. Sikap

Sikap adalah bagaimana pendapat atau penilaian orang terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan (Notoatmodjo, 2010). Dalam penelitian Dyah Wulan Sumekar RW tentang Perilaku Masyarakat dalam Pencarian pengobatan Tuberkulosis Paru di Kecamatan Rajabasa, dapat disimpulkan bahwa sikap mempengaruhi pencarian pengobatan TB paru dan responden yang mempunyai sikap tidak baik 61,2% akan mencari pengobatan selain puskesmas.

7. Status Ekonomi

Kemiskinan menjadi isu yang cukup menyita perhatian berbagai kalangan termasuk kesehatan. Keterjangkauan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan terkait dengan daya beli ekonomi.

Garis kemiskinan adalah besarnya nilai rupiah pengeluaran per kapita setiap bulan untuk memenuhi kebutuhan dasar minimum makanan dan nonmakanan yang dibutuhkan oleh seorang individu untuk tetap berada pada kehidupan yang layak. Badan Pusat Statistik (BPS) menetapkan garis kemiskinan (dalam rupiah) (*poverty line*) tahun 2010 untuk masyarakat di perkotaan sebesar Rp. 232.989,-, sedangkan untuk masyarakat di perdesaan ditetapkan Rp. 192.354,-. (BPS, 2011 dalam Ananda, 2011).

Nilai garis kemiskinan ini ditetapkan berdasarkan kebutuhan minimal 2100 kkal per kapita per hari ditambah kebutuhan minimal non makanan seperti papan, sandang, pendidikan, kesehatan dan kebutuhan dasar lainnya. Penduduk miskin adalah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran per kapita per bulan dibawah rata-rata garis kemiskinan (BPS, 2009 dalam Ananda, 2011).

Dari hasil penelitian Saw di Kota Yangon, Myanmar tahun 2004 tentang *Public and/or private health care: Tuberculosis patients' perspectives in Myanmar* menunjukkan langkah-langkah yang diambil oleh informan dalam

pertama kali mencari perawatan diluar rumah adalah ke praktek dokter, sebelum konfirmasi hasil diagnosis TB di laboratorium keluar. Alasan mereka lebih memilih dokter keluarga, ialah meskipun mengeluarkan biaya mereka lebih suka melakukannya karena merasa keakraban dan kepercayaan yang diberikan oleh dokter. Sementara alasan utama untuk merubah pola pemanfaatan pelayanan kesehatan dari praktek dokter ke rumah sakit umum adalah dikarenakan alasan keuangan dimana pengobatan TB memerlukan waktu pengobatan yang panjang (Saw, et al, 2009).

8. Jarak

Menurut kamus Besar Bahasa Indonesia (2009), jarak adalah jauh antara dua benda atau tempat, angka yang menunjukkan seberapa jauh suatu benda berubah posisi melalui lintasan tertentu. Dalam fisika atau dalam pengertian sehari-hari, jarak dapat berupa estimasi jarak fisik dari dua posisi berdasarkan kriteria tertentu (misalnya jarak tempuh) (Arwinda, 2011).

Menurut Eko Susanto dan Mubasisyir Hasan Basri (2006) dalam Arwinda (2011), dinyatakan bahwa jarak tempuh dari sarana kesehatan merupakan faktor penting dalam utilisasi rawat sarana kesehatan. Masyarakat cenderung memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan yang ada di sekitar tempat tinggalnya. Jarak lima kilometer dianggap jarak yang dekat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Penelitian G. Cheng, dkk (2005) di Cina dan Fausett (2002) di Lusaka serta Rajeswari (2002) di India, menunjukkan bahwa jarak dari rumah ke pusat pelayanan kesehatan berhubungan secara signifikan dengan penundaan dalam mencari pengobatan dan diagnosis.

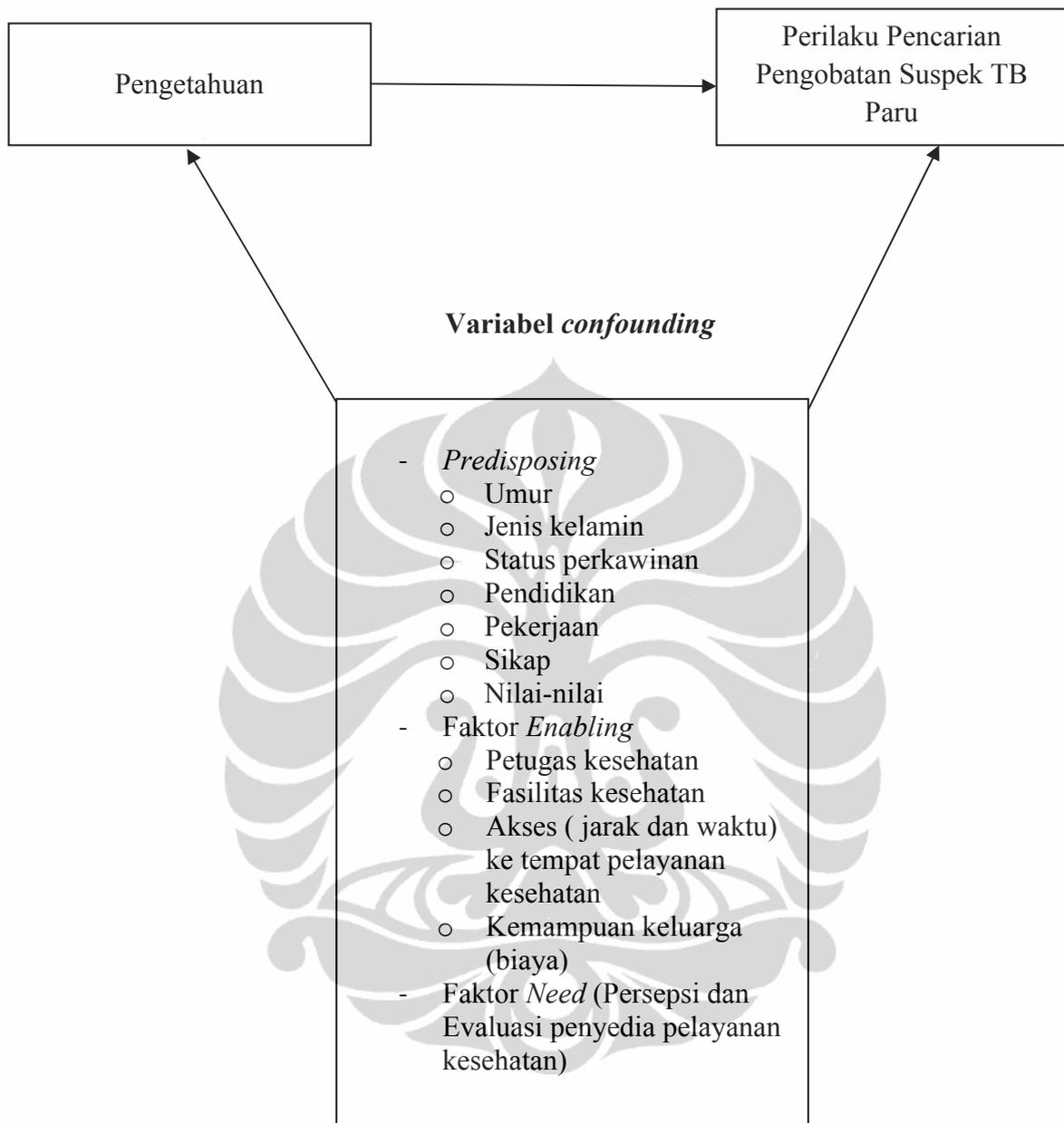
9. Persepsi tentang Tempat Pelayanan Kesehatan

Menurut hasil penelitian Ghafar (2000) bahwa ada hubungan antara persepsi penyakit, terutama mengenai kegawatan penyakit dengan perilaku pencarian pengobatan.

2.3. Kerangka Teori

Berdasarkan teori/model penggunaan layanan kesehatan serta penelitian - penelitian yang ada pada literatur, maka disusunlah kerangka teori untuk menjelaskan faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku suspek TB Paru dalam mengatasi gejala TB Paru di Indonesia. Kerangka teori ini mengacu pada model pemanfaatan pelayanan kesehatan yang dikeluarkan oleh Andersen pada sekitar tahun 1960 an. (Andersen, 1995). Pada teori ini ada tiga faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan layanan kesehatan yaitu *Predisposing, Enabling dan Need*. Berdasarkan model Andersen tersebut, kerangka teori penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:





Gambar 2.4
Kerangka Teori

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

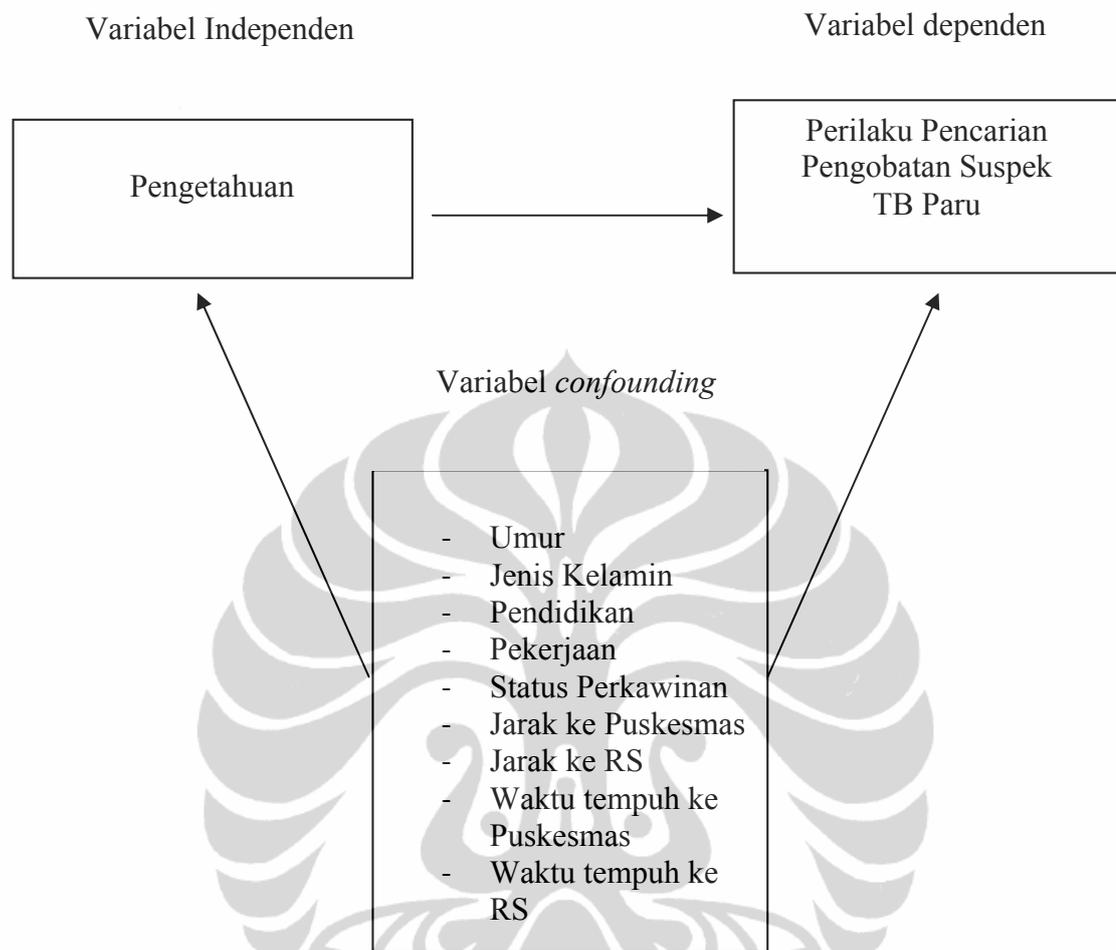
3.1. Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada penelitian ini berdasarkan pada model penggunaan layanan kesehatan yang dikeluarkan oleh Andersen (1995) seperti yang terdapat dalam kerangka teoritis. Konsep pada penelitian ini untuk mengetahui peran pengetahuan terhadap perilaku pencarian pengobatan dan faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan suspek TB di Indonesia. Berdasarkan kerangka teori, terdapat banyak faktor yang merupakan determinan perilaku pencarian pengobatan suspek TB Paru di Indonesia, akan tetapi hanya beberapa faktor dari kerangka teori yang akan diteliti. Hal ini karena pertimbangan kesesuaian faktor tersebut dengan apa yang telah ditunjukkan oleh penelitian sejenis sebelumnya serta ketersediaan data dalam survei PSP-TB 2010. Pengetahuan dijadikan faktor utama, karena berdasarkan beberapa hasil penelitian, pengetahuan mempunyai hubungan yang sangat erat dengan perilaku pencarian pengobatan (Thawaf dan Samad, 2000).

Variabel-variabel pada penelitian ini adalah variabel independen, dependen dan *confounding*. Variabel independen adalah pengetahuan suspek TB di Indonesia dan variabel *confounding* terdiri dari umur, jenis kelamin, status perkawinan, status pekerjaan, tingkat pendidikan, jarak dan waktu tempuh ke tempat pelayanan kesehatan. Sedangkan variabel dependen adalah perilaku pencarian pengobatan suspek TB di Indonesia.

Adapun kerangka konsep penelitian ini dapat dilihat pada gambar berikut

:



Gambar 3.1.1.
Kerangka Konsep Peran Pengetahuan terhadap
Perilaku Pencarian Pengobatan Suspek TB Paru di Indonesia

3.2. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Pengetahuan berperan terhadap perilaku pencarian pengobatan suspek TB Paru di Indonesia setelah dikontrol variabel *confounding* (umur, jenis kelamin, status perkawinan, status pekerjaan, tingkat pendidikan, jarak dan waktu tempuh ke Puskesmas dan RS)

3.3. Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Variabel Dependent					
1	Perilaku pencarian pengobatan suspek TB	Pernyataan tentang tindakan responden dalam mengatasi gejala TB paru dalam 2 tahun terakhir	Kuesioner Survei PSP-TB 2010 (Blok IX. 33)	Ordinal	0 = Baik (Berobat ke tenaga kesehatan) 1 = Buruk (Tidak berobat ke tenaga kesehatan)
Variabel Independent					
2	Pengetahuan penyakit TB	Pernyataan tentang tingkat pemahaman responden tentang penyakit TB paru . Pengetahuan diukur dengan memberikan skor pada jawaban responden. Klasifikasi tingkat pengetahuan dibagi berdasarkan mean	Kuesioner Survei PSP-TB 2010 (Blok VII.07, 15, 16, 17, 19, 26)	Ordinal	0 = Tinggi, jika skor pengetahuan yang ditanyakan \geq mean. 1 = Rendah, jika skor pengetahuan yang ditanyakan kurang dari mean
Variabel Confounding					
3	Umur	Pernyataan tentang usia responden ketika diwawancarai.	Kuesioner Survei PSP-TB 2010 (Blok IV .5)	Ordinal	0 = < 44 Tahun 1 = \geq 44 Tahun Pembagian kategori berdasarkan median, yaitu nilai tengah umur responden 44 tahun

4	Jenis Kelamin	Pernyataan tentang jenis kelamin berdasarkan pengakuan responden	Kuesioner Survei PSP-TB 2010 (Blok IV.4)	Nominal	0 = 1 =	Wanita Laki-laki
5	Status Perkawinan	Pernyataan tentang status perkawinan responden berdasarkan pengakuan yang bersangkutan	Kuesioner Survei PSP-TB 2010 (Blok IX. 6)	Nominal	0 = 1 =	Belum kawin Kawin
6	Pendidikan	Pernyataan tentang jenjang sekolah formal tertinggi yang pernah ditempuh responden	Kuesioner Survei PSP-TB 2010 (Blok V. 03)	Ordinal	0 = 1 =	Tinggi (Bila lulus SMU/Sederajat atau lebih) Rendah (Bila tidak lulus SMU/ sederajat)
7	Pekerjaan	Pernyataan tentang kedudukan dalam melakukan pekerjaan di suatu tempat yang berkaitan dengan mata pencaharian	Kuesioner Survei PSP-TB 2010 (BlokV. 04)	Ordinal	0 = 1 =	Bekerja Tidak bekerja
8	Jarak ke Puskesmas (PKM)	Pernyataan tentang persepsi responden mengenai rentang perjalanan yang harus di tempuh antara rumah dan Puskesmas	Kuesioner Survei PSP-TB 2010 (Blok VI.05.a)	Ordinal	0 = 1 =	Dekat (< 5 km) Jauh (\geq 5 km)

						(Survei PSP, Kemenkes, 2010)
9	Jarak ke Rumah Sakit (RS)	Pernyataan tentang persepsi responden mengenai rentang perjalanan yang harus di tempuh antara rumah dan RS	Kuesioner Survei PSP-TB 2010 (Blok VI.05.b)	Ordinal	0 = 1 =	Dekat (< 5 km) Jauh (\geq 5 km) (Survei PSP, Kemenkes, 2010)
10	Waktu ke Puskesmas (PKM)	Pernyataan tentang persepsi responden mengenai waktu perjalanan yang harus di tempuh antara rumah dan PKM	Kuesioner Survei PSP-TB 2010 (Blok VI.06.a)	Ordinal	0 = 1 =	Sebentar (< 1 jam) Lama (\geq 1 jam) (Survei PSP, Kemenkes, 2010)
11	Waktu ke RS	Pernyataan tentang persepsi responden mengenai waktu perjalanan yang harus di tempuh antara rumah dan RS	Kuesioner Survei PSP-TB 2010 (Blok VI.06.b)	Ordinal	0 = 1 =	Sebentar (< 1 jam) Lama (\geq 1 jam) (Survei PSP, Kemenkes, 2010)

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Sumber Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data dari Survey Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Tuberkulosis (PSP-TB) 2010. PSP-TB 2010 adalah sebuah survei dengan desain *cross sectional* yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan RI bekerjasama dengan Universitas Indonesia dan *Global Fund*. PSP-TB 2010 terutama dimaksudkan untuk mengevaluasi pengetahuan, sikap dan perilaku Tuberkulosis (PSP-TB) di masyarakat Indonesia Tahun 2010 secara skala nasional. Pengumpulan data PSP –TB 2010 dilakukan pada bulan Februari 2010

Populasi dalam PSP-TB 2010 adalah anggota rumah tangga yang berusia \geq 15 tahun pada enam propinsi di Indonesia. Proses pemilihan sampel berdasarkan *stratified cluster sampling*. Dari perhitungan tersebut, diperoleh besar sampel adalah 7680 rumah tangga dengan 384 klaster, 12 kabupaten kota dan 6 provinsi di Indonesia. Wilayah yang terpilih sebagai sampel pada survei PSP-TB 2010 adalah Jawa Barat (Kota Bogor, Kab. Cirebon), Bali (Kab. Gianyar, Kab. Jembrana) Kalsel (Kota Banjarmasin , Kab. Tanah bumbu), Papua dan Papua Barat (Kab. Jayapura , Kab. Sorong), Sumut (Kota P. Siantar, Kab. Pakpak Barat) dan Sulut (Kab. Minut, Kab. Mitra). Survei PSP-TB 2010 telah berhasil mengumpulkan data dari 7671 responden, sehingga *respon rate* survei ini sebesar 99,9%.

4.2. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan studi analitik dengan menggunakan data survei PSP-TB 2010. Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan penelitian potong lintang (*cross sectional*), dimana variabel independen dan variabel dependen diukur secara bersama dalam kurun waktu yang bersamaan.

4.3. Populasi dan Sampel Penelitian

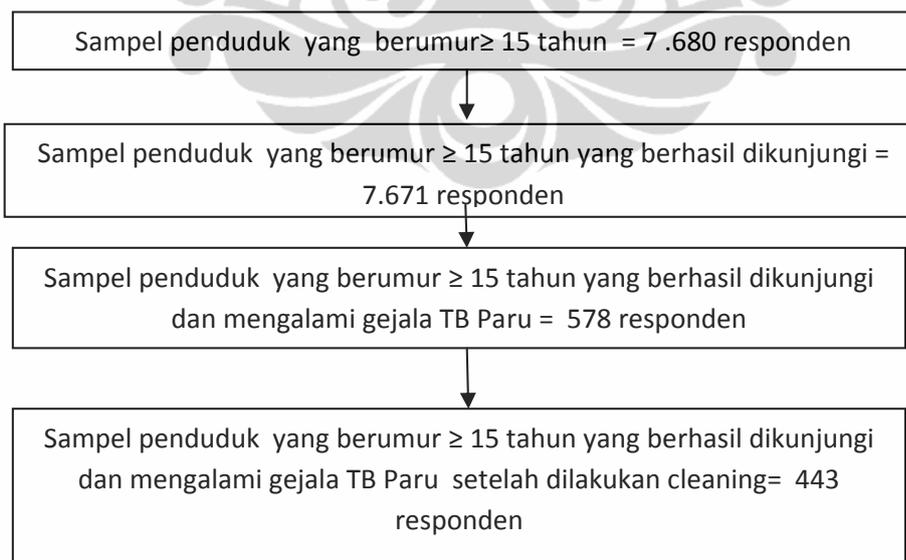
4.3.1. Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anggota rumah tangga pada 6 provinsi di Indonesia dan berusia 15 tahun ke atas yang mengalami gejala TB Paru pada survei PSP-TB 2010

4.3.2. Sampel Penelitian

Sampel atau unit analisis dari penelitian ini adalah anggota rumah tangga di Indonesia dan berusia 15 tahun ke atas yang mengalami gejala TB Paru pada survei PSP-TB 2010 yang berhasil diwawancarai oleh survei PSP-TB 2010 dan didapatkan (*disampling*) sesuai dengan rancangan sampel survei PSP-TB 2010. Untuk keperluan analisis, maka yang menjadi sampel penelitian adalah yang memenuhi kriteria inklusi. Kriteria inklusi yang digunakan adalah anggota rumah tangga usia 15 tahun keatas, yang data sekundernya lengkap setelah melalui proses *cleaning* yaitu sebanyak 443 responden. Berikut proses restriksi sampel dari data survei PSP-TB 2010:

Gambar. 4.2.
Proses Restriksi Sampel dari Data survei PSP-TB 2010



Rumus pengambilan sampel yang digunakan dalam analisis lanjut data survei PSP-TB 2010 adalah rumus besar sample untuk uji hipotesis beda 2 proporsi (hipotesis 2 sisi/arah) (Lameshow et al., 1997) :

$$n = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{(P_1 - P_2)^2} \quad *DEFF$$

Keterangan:

- n = Besar sampel minimal
- P_1 = Proporsi pada faktor resiko dengan *outcome* yang diteliti
(Proporsi penderita suspek/ TB yang berpengetahuan buruk yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan)
- P_2 = Proporsi pada faktor tidak beresiko dengan *outcome* yang diteliti
(Proporsi penderita suspek/ TB yang berpengetahuan baik yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan)
- \bar{P} = $(P_1 - P_2)/2$
- α = Probabilitas melakukan kesalahan tipe I (Probabilitas menolak H_0 yang benar).

Pada penelitian ini digunakan $\alpha = 0,05$, sehingga $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

$Z_{(1-\alpha/2)}$ = Nilai Z pada derajat kepercayaan tertentu

$Z_{1-\beta}$ = Nilai Z pada kekuatan uji tertentu.

Kekuatan uji yang dipakai pada analisis lanjut ini sebesar 80%

DEFF= Desain efek yang digunakan dalam perhitungan jumlah sampel penelitian adalah 2

Berikut proporsi Pengetahuan dan jumlah sampel dari beberapa hasil penelitian :

No.	Sumber	P1	P2	N	n Total
1	Mardjono Samad (2001)	0,21	0,44	64	256
2	David Gordon (2001)	0,39	0,61	80	320

Dari penelitian tersebut, diambil jumlah sampel yang terbesar yaitu 320 responden. Namun, dalam analisis ini dipergunakan semua sampel pada PSP-TB

2010 yang memenuhi syarat inklusi dan telah melalui proses cleaning yaitu sebesar 443 responden.

4.4. Waktu Analisis Data

Untuk analisis lanjut data Survei PSP-TB 2010 dilaksanakan pada bulan Mei-Juni 2012.

4.5. Manajemen Data

Manajemen data menggunakan sistem komputerisasi dengan program untuk pengolahan data survei. Tahapan manajemen data dilakukan sebagai berikut:

1. Dari daftar pertanyaan dalam kuesioner yang ada dilakukan telaah terhadap variabel yang akan di analisis
2. Melakukan transformasi data seperti membuat kode ulang terhadap variable yang disesuaikan dengan kepentingan analisis.
3. Melakukan pembersihan/*cleaning* data yang tidak sesuai dengan kepentingan analisis ataupun data yang hilang (*missing*), sehingga tidak diikutkan dalam analisis selanjutnya.

4.6. Analisis Data

Variabel-variabel terpilih yang telah disimpan dalam bentuk program database, kemudian ditransfer ke program komputer SPSS untuk proses analisis selanjutnya. Analisa data yang dilakukan pada penelitian ini adalah univariat, bivariat, dan multivariat.

4.6.1. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan/mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti, yaitu perilaku suspek TB, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, pengetahuan, jarak dan waktu ke tempat pelayanan kesehatan. Untuk kepentingan analisis, data yang mempunyai data awal dalam skala numerik dilakukan pengkatagorian.

4.6.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk melihat hubungan dua variabel yaitu antara variabel independen dengan variabel dependen. Metode statistik yang digunakan adalah uji Kai Kuadrat (*Chi Square*) dua arah, karena variabel independen dan dependennya bersifat kategorik. Sedangkan untuk mengetahui keeratan hubungan antara masing – masing variabel independen dengan variabel dependen menggunakan nilai *Odds Ratio* (OR).

4.6.3. Analisis Multivariat

Dalam analisis ini digunakan analisis regresi logistik, karena untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen kategorik yang bersifat dikotom/binary, yaitu variabel yang memiliki dua nilai variasi, misalnya ya dan tidak. Analisis regresi logistik yang digunakan adalah analisis regresi logistik ganda, agar bisa memasukkan beberapa variabel ke dalam satu model. Dalam hal ini digunakan model faktor resiko yang bertujuan mengestimasi secara valid hubungan satu variabel utama dengan variabel dependen dengan mengontrol beberapa variabel *confounding*.

Tahap-tahap yang dilakukan adalah :

1. Melakukan pemodelan lengkap yang mencakup variabel utama, semua kandidat *confounding* dan kandidat interaksi (interaksi dibuat antara variabel utama dengan semua variabel *confounding*).
2. Melakukan penilaian interaksi, caranya dengan mengeluarkan variabel interaksi yang nilai P wald-nya tidak signifikan dikeluarkan dari model secara berurutan satu persatu dari nilai P wald yang terbesar.
3. Melakukan penilaian *confounding*, caranya dengan mengeluarkan variabel *covariat/confounding* satu persatu dimulai dari yang memiliki nilai P wald terbesar. Bila setelah dikeluarkan diperoleh selisih OR faktor/variabel utama antara sebelum dan sesudah variabel kovariat (X1) dikeluarkan lebih besar dari 10%, maka variabel tersebut dinyatakan sebagai *confounding* dan harus tetap berada dalam model.

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1. Ketersediaan Data

Data Survei PSP-TB 2010 ini didapatkan dari Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, dimana data tersebut dipilih berdasarkan variabel yang dibutuhkan dalam penelitian ini. Responden adalah penderita suspek TB berumur 15 tahun ke atas yang ada dalam survei tersebut. Dari 578 sampel yang dianalisis, terdapat 48 data missing. Setelah dilakukan *cleaning*, jumlah responden yang dianalisis dalam analisis lanjut ini berjumlah 443 orang.

Dalam analisis lanjut survei PSP-TB ini dilakukan analisis univariat, Bivariat dan Multivariat. Analisis univariat dengan membuat distribusi frekuensi dari masing-masing variabel yang ada dalam kerangka konsep. Untuk analisis bivariat, dengan menggunakan uji *chi square* pada tingkat kemaknaan (α) 0,05. Selanjutnya dilakukan analisis multivariat dengan analisis regresi logistik ganda model faktor resiko. Analisis ini bertujuan untuk mengestimasi hubungan satu variabel utama dengan variabel dependen dengan mengontrol beberapa variabel *confounding*.

5.2. Gambaran Variabel – Variabel Penelitian

5.2.1 Gambaran Perilaku Pencarian Pengobatan Penderita Suspek TB Paru

Tabel 5.1
Distribusi Responden Menurut Perilaku Pencarian Pengobatan Berdasarkan Survei PSP-TB tahun 2010

Perilaku Pencarian Obat	Jumlah	Persentase
Berobat ke Nakes	339	76.5
Tidak Berobat ke Nakes	104	23.5
Total	443	100.0

Dari tabel 5.1, terlihat distribusi responden berdasarkan hasil analisis berbeda pada tiap kategori perilaku pencarian obatnya. Responden yang berobat ke tenaga kesehatan lebih banyak dari pada yang tidak berobat ke tenaga

kesehatan yaitu sebesar 339 orang (76.5%). Sedangkan yang tidak berobat ke tenaga kesehatan yaitu 104 orang (23,5%)

5.2.2 Gambaran Pengetahuan

Tabel 5.2
Distribusi Responden Menurut Pengetahuan
Berdasarkan Survei PSP-TB tahun 2010

Pengetahuan	Jumlah	Persentase
Tinggi	227	51,2
Rendah	216	48,8
Total	443	100.0

Dari tabel 5.2, terlihat distribusi responden berdasarkan hasil analisis berbeda antara responden yang berpengetahuan tinggi dengan yang rendah. Jumlah responden terbanyak adalah yang berpengetahuan tinggi yaitu 227 orang (51,2%) sedangkan yang berpengetahuan rendah sebanyak 216 orang (48,8%).

5.2.3 Gambaran Umur, Jenis Kelamin, Status Perkawinan, Pendidikan, Pekerjaan, Jarak dan Waktu tempuh ke Puskesmas dan RS

Tabel 5.3
Distribusi Responden Menurut Variabel Confounding
Berdasarkan Survei PSP-TB tahun 2010

Variabel	Frekuensi	Persentase
Umur		
≥ 44 Tahun	194	43.8
< 44 Tahun	249	56.2
Jenis kelamin		
Perempuan	250	56.4
laki-laki	193	43.6
Status Perkawinan		
Belum Kawin	47	10.6
Kawin	396	89.4
Pendidikan		
Tinggi	128	28.9
Rendah	315	71.1
Pekerjaan		
Bekerja	305	68.8
Tidak Bekerja	138	31.2
Jarak Rumah Ke Puskesmas		
Dekat	363	81.9
Jauh	80	18.1
Jarak Rumah Ke RS		
Dekat	156	35.2
Jauh	287	64.8
Lama Waktu Menuju Puskesmas		
Sebentar	422	95.3
Lama	21	4.7
Lama Waktu menuju RS		
Sebentar	302	68.2
Lama	141	31.8
Total	443	100

Dari tabel 5.3, terlihat perbedaan distribusi untuk masing-masing variabel. Responden terbanyak yaitu yang berumur kurang dari 44 tahun (56.2%). Untuk jenis kelamin, antara laki-laki dan perempuan tidak terlalu jauh berbeda, responden yang berjenis kelamin perempuan yaitu 250 orang (56,4%) dan laki-laki ada sebanyak 193 orang (43,6%). Sebagai besar responden sudah menikah (89,4%), berpendidikan rendah (71,1%) dan sudah bekerja (68,8%).

Distribusi responden berdasarkan hasil analisis berbeda antara jarak dan waktu tempuh ke tempat pelayanan kesehatan, baik Puskesmas maupun Rumah Sakit. Sebagian besar responden mempunyai jarak tempuh yang dekat ke Puskesmas (81,9%), sedangkan untuk jarak tempuh yang dekat ke Rumah Sakit hanya 35,2%. Untuk waktu tempuh, sebagian besar responden mempunyai waktu tempuh yang relatif dekat, baik ke Puskesmas (95,3%) maupun RS (68,2%).

5.3. Hubungan Antara Variabel Pengetahuan dan variabel konfounding dengan Perilaku Pencarian Pengobatan.

5.3.1. Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Pencarian Pengobatan

Tabel 5.4
Hasil Analisis Bivariat antara Pengetahuan dan Perilaku Pencarian Pengobatan (Survei PSP-TB tahun 2010)

Pengetahuan	Perilaku				Total	OR	- Value
	Berobat ke Nakes		Tidak Berobat ke Nakes				
Tinggi	184	81,1	43	18,9	227	100,0	1,68 (1,08-2,63)
Rendah	155	71,8	61	28,2	216	100,0	1
Jumlah	339	76,;	04	3,5	443	100,0	

Hasil analisis hubungan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku pencarian pengobatan pada tabel 5.4, menunjukkan bahwa ada sebanyak 43 orang (18,9%) responden dengan pengetahuan tinggi tidak berobat ke tenaga kesehatan

dan ada sebanyak 61 orang (28,2%) responden dengan pengetahuan rendah tidak berobat ke tenaga kesehatan. Hasil uji statistik diperoleh *p-value* sebesar 0,025, maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi perilaku tidak berobat ke tenaga kesehatan antara responden dengan pengetahuan tinggi dan responden dengan pengetahuan kurang (berhubungan). Hasil analisis diperoleh juga nilai OR = 1,7 yang artinya responden dengan pengetahuan tinggi cenderung untuk berobat ke tenaga kesehatan 1,7 kali dibanding dengan reponden yang berpengetahuan rendah.

5.3.2. Hubungan Variabel Confounder (Umur, Jenis Kelamin, Status Perkawinan, Pendidikan, Pekerjaan, Jarak dan Waktu tempuh ke Puskesmas dan RS) dengan Variabel Confounder (Perilaku Pencarian Pengobatan)

a. Umur

Tabel 5.5
Hubungan Umur dengan Perilaku Pencarian Pengobatan
(Survei PSP-TB tahun 2010)

Umur	Perilaku				Total		OR (95% CI)	<i>P-Value</i>
	Berobat ke Nakes		Tidak Berobat ke Nakes					
	N	%	N	%	N	%		
≥ 44 thn	152	78,4	42	21,6	194	100,0	1,2 (0,77 - 1,9)	0,492
< 44 thn	187	75,1	62	24,9	249	100,0	1	
Jumlah	339	76,5	104	23,5	443	100,0		

Dari tabel 5.5 terlihat hasil analisis hubungan antara Umur dengan perilaku pencarian pengobatan menunjukkan bahwa ada sebanyak 42 orang (21,6%) responden berumur lebih besar dan sama dengan 44 tahun tidak berobat ke tenaga kesehatan dan ada sebanyak 62 orang (24,9%) responden yang berumur lebih kecil dan sama dengan 44 tahun tidak berobat ke tenaga kesehatan. Hasil uji statistik diperoleh *p-value* sebesar 0,492, maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi perilaku tidak berobat ke tenaga kesehatan antara responden

yang berumur lebih besar dan sama dengan 44 tahun dengan responden yang berumur kurang dari 44 tahun (tidak berhubungan).

b. Jenis Kelamin

Tabel 5.6
Hubungan Jenis Kelamin dan Perilaku Pencarian Pengobatan
(Survei PSP-TB tahun 2010)

Jenis Kelamin	Perilaku				Total		OR (95% CI)	P-Value
	Berobat ke Nakes		Tidak Berobat ke Nakes					
	N	%	N	%	N	%		
Perempuan	195	78,0	55	22,0	250	100,0	1,21 (0,78 - 1,9)	0,471
Laki-laki	144	74,6	49	25,4	193	100,0	1	
Jumlah	339	76,5	104	23,5	443	100,0		

Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku pencarian pengobatan menunjukkan bahwa ada sebanyak 55 orang (22,0%) responden perempuan tidak berobat ke tenaga kesehatan dan ada sebanyak 49 orang (25,4%) responden laki-laki tidak berobat ke tenaga kesehatan. Hasil uji statistik diperoleh *p-value* sebesar 0,471, maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi perilaku tidak berobat ke tenaga kesehatan antara responden perempuan dan laki-laki (tidak berhubungan).

c. Status Perkawinan

Tabel 5.7
Hubungan Status Perkawinan dengan Perilaku Pencarian Pengobatan
(Survei PSP-TB tahun 2010)

Status Perkawinan	Perilaku				Total		OR (95% CI)	P-Value
	Berobat ke Nakes		Tidak Berobat ke Nakes					
	N	%	N	%	N	%		
Belum Kawin	39	83,0	8	17,0	47	100,0	1,56 (0,70 – 3,5)	0,356
kawin	300	75,8	96	24,2	396	100,0	1	
Jumlah	339	76,5	104	23,5	443	100,0		

Hasil analisis hubungan antara status perkawinan dengan perilaku pencarian pengobatan menunjukkan bahwa ada sebanyak 8 orang (17,0%) responden yang belum menikah tidak berobat ke tenaga kesehatan dan ada sebanyak 96 orang (24,2%) responden yang sudah menikah tidak berobat ke tenaga kesehatan. Hasil uji statistik diperoleh *p-value* sebesar 0,356, maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi perilaku tidak berobat ke tenaga kesehatan antara responden yang belum menikah dan yang sudah menikah (tidak berhubungan).

d. Status Pendidikan

Tabel 5.8
Hubungan Status Pendidikan dengan Perilaku Pencarian Pengobatan
(Survei PSP-TB tahun 2010)

Pendidikan	Perilaku				Total		OR	<i>P-Value</i>
	Berobat ke Nakes		Tidak Berobat ke Nakes					
	N	%	N	%	N	%	(95% CI)	
Tinggi	103	80,5	25	19,5	128	100,0	1,38 (0,83 - 2,29)	0,261
Rendah	236	74,9	79	25,1	315	100,0	1	
Jumlah	339	76,5	104	23,5	443	100,0		

Pada tabel 5.8 terlihat hasil analisis hubungan antara status pendidikan dengan perilaku pencarian pengobatan menunjukkan bahwa ada sebanyak 25 orang (19,5%) responden dengan pendidikan tinggi tidak berobat ke tenaga kesehatan dan ada sebanyak 79 orang (25,1%) responden dengan pendidikan rendah tidak berobat ke tenaga kesehatan. Hasil uji statistik diperoleh *p-value* sebesar 0,261 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi perilaku tidak berobat ke tenaga kesehatan antara responden dengan pendidikan tinggi dan pendidikan rendah (tidak berhubungan).

e. Status Pekerjaan

Tabel 5.9
Hubungan Status Pekerjaan dengan Perilaku Pencarian Pengobatan
(Survei PSP-TB tahun 2010)

Status pekerjaan	Perilaku				Total		OR	<i>P-Value</i>
	Berobat ke Nakes		Tidak Berobat ke Nakes					
	N	%	N	%	N	%	(95% CI)	
Bekerja	232	76,1	73	23,9	305	100,0	0,92 (0,57 - 1,49)	0,735
Tidak Bekerja	107	77,5	31	22,5	138	100,0	1	
Jumlah	339	76,5	104	23,5	443	100,0		

Hasil analisis hubungan antara status pekerjaan dengan perilaku pencarian pengobatan menunjukkan bahwa ada sebanyak 73 orang (23,9%) responden yang bekerja tidak berobat ke tenaga kesehatan dan ada sebanyak 31 orang (22,5%) responden yang tidak bekerja tidak berobat ke tenaga kesehatan. Hasil uji statistik diperoleh p-value sebesar 0,735 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi perilaku tidak berobat ke tenaga kesehatan antara responden yang bekerja dan yang tidak bekerja (tidak berhubungan).

f. Jarak ke Puskesmas (PKM)

Tabel 5.10
Hubungan Jarak ke Puskesmas dengan Perilaku Pencarian Pengobatan
(Survei PSP-TB tahun 2010)

Jarak Ke PKM	Perilaku				Total		OR	<i>P-Value</i>
	Berobat ke Nakes		Tidak Berobat ke Nakes					
	N	%	N	%	N	%	(95% CI)	
Dekat	282	77,7	81	22,3	363	100,0	1,41 (0,82 - 2,4)	0,278
Jauh	57	71,3	23	28,8	80	100,0	1	
Jumlah	339	76,5	104	23,5	443	100,0		

Hasil analisis hubungan antara jarak rumah ke Puskesmas dengan perilaku pencarian pengobatan menunjukkan bahwa ada sebanyak 81 orang (22,3%) responden yang jarak rumahnya dekat dengan Puskesmas tidak berobat ke tenaga kesehatan dan ada sebanyak 23 orang (28,8%) responden yang jarak rumahnya jauh ke Puskesmas tidak berobat ke tenaga kesehatan. Hasil uji statistik diperoleh *p-value* sebesar 0,278 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi perilaku tidak berobat ke tenaga kesehatan antara responden yang jarak rumahnya jauh dan yang jarak rumahnya dekat (tidak berhubungan).

g. Jarak ke RS

Tabel 5.11.
Hubungan Jarak ke RS dengan Perilaku Pencarian Pengobatan
(Survei PSP-TB tahun 2010)

Jarak Ke RS	Perilaku				Total		OR (95% CI)	<i>P-Value</i>
	Berobat ke Nakes		Tidak Berobat ke Nakes					
	N	%	N	%	N	%		
Dekat	125	80,1	31	19,9	156	100,0	1,38 (0,86 – 2,2)	0,229
Jauh	214	74,6	73	25,4	287	100,0	1	
Jumlah	339	76,5	110	23,5	443	100,0		

Hasil analisis hubungan antara jarak rumah ke RS dengan perilaku pencarian pengobatan menunjukkan bahwa ada sebanyak 31 orang (19,9%) responden yang jarak rumahnya dekat dengan RS tidak berobat ke tenaga kesehatan dan ada sebanyak 73 orang (25,4%) responden yang jarak rumahnya jauh ke RS tidak berobat ke tenaga kesehatan. Hasil uji statistik diperoleh *p-value* sebesar 0,229 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi perilaku tidak berobat ke tenaga kesehatan antara responden yang jarak rumahnya jauh dan yang jarak rumahnya dekat (tidak berhubungan).

h. Lama Waktu ke Puskesmas (PKM)

Tabel 5. 12
Hubungan Lama Waktu ke Puskesmas dengan Perilaku Pencarian
Pengobatan (Survei PSP-TB tahun 2010)

Lama Waktu Ke PKM	Perilaku				Total		OR (95% CI)	P-Value
	Berobat ke Nakes		Tidak Berobat ke Nakes					
	N	%	N	%	N	%		
Sebentar	323	76,5	99	23,5	442	100,0	1,02 (0,37- 2,85)	1,000
Lama	16	76,2	5	23,8	21	100,0	1	
Jumlah	339	76,5	104	23,5	443	100,0		

Hasil analisis hubungan antara lama waktu ke Puskesmas dengan perilaku pencarian pengobatan menunjukkan bahwa ada sebanyak 99 orang (23,5%) responden yang waktu menuju Puskesmas sebentar tidak berobat ke tenaga kesehatan dan ada sebanyak 5 orang (23,8%) responden yang waktu menuju ke Puskesmas lama tidak berobat ke tenaga kesehatan. Hasil uji statistik diperoleh *p-value* sebesar 1, maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi perilaku tidak berobat ke tenaga kesehatan antara responden yang waktu menuju PKM nya sebentar dan lama (tidak berhubungan).

i. Lama Waktu ke RS

Tabel 5.13
Hubungan Lama Waktu ke RS dengan Perilaku Pencarian
Pengobatan (Survei PSP-TB tahun 2010)

Lama Waktu Ke RS	Perilaku				Total		OR (95% CI)	P-Value
	Berobat ke Nakes		Tidak Berobat ke Nakes					
	N	%	N	%	N	%		
Sebentar	235	77,8	67	22,2	302	100,0	1,25 (0,78 – 1,98)	0,413
Lama	104	73,8	37	26,2	141	100,0	1	
Jumlah	339	76,5	104	23,5	443	100,0		

Hasil analisis hubungan antara lama waktu ke RS dengan perilaku pencarian obat menunjukkan bahwa ada sebanyak 67 orang (22,2%) responden yang waktu menuju RS sebentar tidak berobat ke tenaga kesehatan dan ada sebanyak 37 orang (26,2%) responden yang waktu menuju ke RS lama tidak berobat ke tenaga kesehatan. Hasil uji statistik diperoleh p-value sebesar 0,413, maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi perilaku tidak berobat ke tenaga kesehatan antara responden yang waktu menuju RS nya sebentar dan lama (tidak berhubungan).

5.4. Peran Pengetahuan terhadap Perilaku Pencarian Pengobatan

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui pengaruh peran pengetahuan terhadap Perilaku Pencarian Pengobatan dengan mengontrol variabel konfonder dan melaporkan adanya variabel yang berinteraksi atau tidak. Jika terdapat variabel interaksi yang signifikan ($p < 0,05$), maka model harus melibatkan variabel interaksi tersebut dan variabel kandidat lainnya. Uji statistik yang digunakan adalah regresi logistik ganda model faktor resiko.

5.4.1. Model Lengkap (*Full Model*)

Pada pemodelan lengkap ini dimasukkan variabel utama, semua kandidat confounding dan kandidat interaksi. Berikut model lengkap (*Full Model*) untuk penelitian ini.

Tabel 5.14.
Full Model untuk uji Interaksi

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	P value	OR	95,0% C.I.for OR	
							Lower	Upper
Pengetahuan	-0.573	1.606	0.127	1.000	0.721	0.564	0.024	13.121
Umur	0.034	0.378	0.008	1.000	0.929	1.034	0.493	2.169
Jenis Kelamin	- 0.041	0.396	0.011	1.000	0.918	0.960	0.442	2.085
Status Perkawin	0.053	0.623	0.007	1.000	0.932	1.055	0.311	3.574
Pendidikan	0.546	0.444	1.513	1.000	0.219	1.726	0.723	4.118
Pekerjaan	0.344	0.410	0.703	1.000	0.402	1.410	0.631	3.151
Jarak ke PKM	-0.024	0.512	0.002	1.000	0.963	0.977	0.358	2.662
Jarak ke RS	-0.148	0.395	0.140	1.000	0.708	0.863	0.398	1.870
Lama menuju PKM	-0.185	0.894	0.043	1.000	0.836	0.831	0.144	4.798
Lama menuju RS	0.452	0.418	1.166	1.000	0.280	1.571	0.692	3.564
Umur by pengetahuan	0.490	0.510	0.922	1.000	0.337	1.632	0.601	4.436
Jenis Kelamin by pengetahuan	0.481	0.536	0.808	1.000	0.369	1.618	0.566	4.623
Kawin by pengetahuan	0.731	0.878	0.693	1.000	0.405	2.077	0.371	11.619
Pendidikan by pengetahuan	-0.457	0.583	0.614	1.000	0.433	0.633	0.202	1.986
Pekerjaan by pengetahuan	- 0.811	0.563	2.078	1.000	0.149	0.444	0.148	1.339
Jarak ke PKM by pengetahuan	0.333	0.669	0.248	1.000	0.618	1.396	0.376	5.183
Jarak ke RS by pengetahuan	0.654	0.556	1.381	1.000	0.240	1.923	0.646	5.719
Lama PKM by pengetahuan	- 0.081	1.198	0.005	1.000	0.946	0.922	0.088	9.653
Lama RS by pengetahuan	- 0.686	0.546	1.578	1.000	0.209	0.504	0.173	1.469
Constant	- 2.126	1.141	3.470	1.000	0.063	0.119		

5.4.2. Reduce Model Uji Interaksi

Dari output *Full model* (model penuh/lengkap) diatas dilakukan uji interaksi, variabel dikatakan berinteraksi bila p valuenya $<0,05$. Seleksinya dilakukan secara bertahap dari variabel interaksi yang tidak signifikan ($p \text{ value} > 0,05$). Dari tabel 5.14 di atas terlihat variabel interaksi "Lama menuju ke PKM dengan pengetahuan" mempunyai nilai p terbesar ($p=0,79$) sehingga variabel tersebut dikeluarkan dari model, dan model menjadi:

Tabel 5.15
Model Tanpa Interaksi Lama Ke PKM dengan Pengetahuan

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	P value	OR	95,0% C.I. for OR	
							Lower	Upper
Pengetahuan	-0.631	1.354	0.217	1.000	0.641	0.532	0.037	7.556
Umur	0.033	0.378	0.007	1.000	0.931	1.033	0.493	2.166
Jenis Kelamin	-0.038	0.393	0.009	1.000	0.924	0.963	0.446	2.080
Kawin	0.055	0.622	0.008	1.000	0.930	1.056	0.312	3.577
Pendidikan	0.545	0.444	1.511	1.000	0.219	1.725	0.723	4.115
Pekerjaan	0.345	0.410	0.706	1.000	0.401	1.412	0.632	3.154
Jarak PKM	-0.017	0.502	0.001	1.000	0.973	0.983	0.367	2.631
Jarak RS	-0.148	0.395	0.141	1.000	0.707	0.862	0.398	1.869
Lama PKM	-0.230	0.596	0.149	1.000	0.699	0.794	0.247	2.554
Lama RS	0.455	0.414	1.213	1.000	0.271	1.577	0.701	3.547
Umur by Pengetahuan	0.491	0.510	0.929	1.000	0.335	1.634	0.602	4.439
Jenis Kelamin by Pengetahuan	0.478	0.533	0.804	1.000	0.370	1.612	0.567	4.582
Kawin by Pengetahuan	0.729	0.878	0.689	1.000	0.406	2.073	0.371	11.577
Pendidikan by Pengetahuan	-0.457	0.583	0.614	1.000	0.433	0.633	0.202	1.986
Pekerjaan by Pengetahuan	-0.812	0.562	2.087	1.000	0.149	0.444	0.147	1.336
Jarak PKM by Pengetahuan	0.320	0.639	0.251	1.000	0.617	1.377	0.394	4.816
Jarak RS by Pengetahuan	0.655	0.556	1.391	1.000	0.238	1.926	0.648	5.722
Lama RS by Pengetahuan	-0.693	0.536	1.674	1.000	0.196	0.500	0.175	1.429
Constant	-2.093	1.033	4.108	1.000	0.043	0.123		

Dari tabel di atas terlihat bahwa variabel interaksi “jarak PKM dengan pengetahuan” harus dikeluarkan dari model, karena p valuenya $>0,05$ ($P\ value = 0,61$), dan setelah dikeluarkan hasilnya menjadi :

Tabel 5.16
Model Tanpa Interaksi Jarak PKM dengan Pengetahuan

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	P Value	OR	95,0% C.I.for OR	
							Lower	Upper
Pengetahuan	-0.484	1.320	0.134	1.000	0.714	0.617	0.046	8.193
Umur	0.016	0.376	0.002	1.000	0.966	1.016	0.486	2.125
Jenis Kelamin	-0.039	0.393	0.010	1.000	0.920	0.961	0.445	2.077
Kawin	0.060	0.622	0.009	1.000	0.923	1.062	0.314	3.592
Pendidikan	0.518	0.440	1.382	1.000	0.240	1.678	0.708	3.977
Pekerjaan	0.332	0.409	0.658	1.000	0.417	1.394	0.625	3.111
Jarak PKM	0.171	0.328	0.272	1.000	0.602	1.186	0.624	2.256
Jarak RS	-0.192	0.386	0.246	1.000	0.620	0.826	0.387	1.761
Lama PKM	-0.214	0.593	0.130	1.000	0.719	0.807	0.252	2.583
Lama RS	0.427	0.411	1.081	1.000	0.298	1.533	0.685	3.427
Umur by Pengetahuan	0.518	0.507	1.043	1.000	0.307	1.678	0.621	4.533
Jenis Kelamin by pengetahuan	0.481	0.533	0.816	1.000	0.366	1.618	0.569	4.598
Kawin by Pengetahuan	0.738	0.877	0.707	1.000	0.400	2.091	0.375	11.661
Pendidikan by Pengetahuan	-0.404	0.573	0.497	1.000	0.481	0.667	0.217	2.053
Pekerjaan by Pengetahuan	-0.790	0.560	1.988	1.000	0.159	0.454	0.151	1.361
Jarak RS by Pengetahuan	0.726	0.538	1.825	1.000	0.177	2.067	0.721	5.930
pengetahuan by lama RS	-0.658	0.531	1.533	1.000	0.216	0.518	0.183	1.467
Constant	-2.196	1.007	4.758	1.000	0.029	0.111		

Dari tabel 5.16 di atas terlihat variabel interaksi “pendidikan dengan pengetahuan” harus dikeluarkan dari model, karena p valuenya $>0,05$ ($P\ value = 0,48$), dan setelah dikeluarkan hasilnya menjadi :

Tabel 5.17
Model Tanpa Interaksi Pendidikan dengan Pengetahuan

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	P Value	OR	95,0% C.I.for OR	
							Lower	Upper
Pengetahuan	-0.717	1.277	0.315	1.000	0.574	0.488	0.040	5.965
Umur	-0.022	0.372	0.003	1.000	0.953	0.979	0.472	2.029
Jenis Kelamin	-0.066	0.390	0.029	1.000	0.866	0.936	0.436	2.010
Kawin	0.119	0.615	0.037	1.000	0.847	1.126	0.338	3.757
Pendidikan	0.288	0.286	1.011	1.000	0.315	1.333	0.761	2.336
Pekerjaan	0.354	0.407	0.757	1.000	0.384	1.425	0.641	3.168
Jarak PKM	0.168	0.328	0.263	1.000	0.608	1.183	0.622	2.251
Jarak RS	-0.189	0.385	0.242	1.000	0.623	0.828	0.389	1.760
Lama PKM	-0.228	0.593	0.148	1.000	0.700	0.796	0.249	2.543
Lama RS	0.462	0.407	1.292	1.000	0.256	1.587	0.715	3.522
Umur by Pengetahuan	0.594	0.496	1.435	1.000	0.231	1.811	0.686	4.782
Jenis Kelamin by Pengetahuan	0.511	0.531	0.928	1.000	0.335	1.667	0.589	4.716
Kawin by Pengetahuan	0.717	0.876	0.669	1.000	0.413	2.048	0.368	11.409
Pekerjaan by Pengetahuan	-0.816	0.559	2.131	1.000	0.144	0.442	0.148	1.322
Jarak RS by Pengetahuan	0.711	0.537	1.755	1.000	0.185	2.036	0.711	5.829
Pengetahuan by lama RS	-0.714	0.525	1.849	1.000	0.174	0.490	0.175	1.370
Constant	-2.082	0.990	4.423	1.000	0.035	0.125		

Dari tabel 5.17 di atas terlihat variabel interaksi “status perkawinan dengan pengetahuan” harus dikeluarkan dari model, karena p valuenya $>0,05$ (P value = 0,413), dan setelah dikeluarkan hasilnya menjadi :

Tabel 5.18
Model Tanpa Interaksi Status Perkawinan dengan Pengetahuan

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	P Value	OR	95,0% C.I.for OR	
							Lower	Upper
Pengetahuan	-0.084	1.015	0.007	1.000	0.934	0.919	0.126	6.722
Umur	0.034	0.363	0.009	1.000	0.925	1.035	0.508	2.110
Jenis Kelamin	-0.053	0.391	0.018	1.000	0.893	0.949	0.440	2.043
Kawin	0.502	0.437	1.320	1.000	0.251	1.651	0.702	3.885
Pendidikan	0.252	0.281	0.800	1.000	0.371	1.286	0.741	2.232
Pekerjaan	0.358	0.409	0.766	1.000	0.382	1.431	0.641	3.193
Jarak PKM	0.180	0.327	0.304	1.000	0.582	1.198	0.630	2.276
Jarak RS	-0.211	0.385	0.301	1.000	0.584	0.810	0.381	1.721
Lama PKM	-0.228	0.592	0.148	1.000	0.700	0.796	0.250	2.540
Lama RS	0.443	0.406	1.189	1.000	0.276	1.557	0.702	3.451
Umur by Pengetahuan	0.484	0.476	1.033	1.000	0.309	1.622	0.638	4.122
JenisKelamin by Pengetahuan	0.473	0.528	0.801	1.000	0.371	1.605	0.570	4.520
Pekerjaan by Pengetahuan	-0.828	0.558	2.196	1.000	0.138	0.437	0.146	1.306
JarakRS by Pengetahuan	0.750	0.534	1.973	1.000	0.160	2.118	0.743	6.036
Pengetahuan by lamaRS	-0.683	0.523	1.705	1.000	0.192	0.505	0.181	1.408
Constant	-2.395	0.933	6.591	1.000	0.010	0.091		

Dari tabel 5.18 di atas terlihat variabel interaksi “jenis kelamin dengan pengetahuan” harus dikeluarkan dari model, karena p valuenya $>0,05$ ($P\ value = 0,371$), dan setelah dikeluarkan hasilnya menjadi :

Tabel 5.19
Model Tanpa Interaksi Jenis kelamin dengan Pengetahuan

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	P Value	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Pengetahuan	0.112	0.992	0.013	1.000	0.910	1.119	0.160	7.811
Umur	0.075	0.361	0.043	1.000	0.836	1.078	0.531	2.188
Jenis Kelamin	0.206	0.265	0.604	1.000	0.437	1.229	0.731	2.065
Kawin	0.494	0.436	1.288	1.000	0.256	1.640	0.698	3.851
Pendidikan	0.269	0.280	0.918	1.000	0.338	1.308	0.755	2.266
Pekerjaan	0.468	0.393	1.424	1.000	0.233	1.598	0.740	3.448
Jarak PKM	0.188	0.327	0.331	1.000	0.565	1.207	0.636	2.289
Jarak RS	-0.219	0.384	0.326	1.000	0.568	0.803	0.378	1.705
Lama PKM	-0.269	0.589	0.209	1.000	0.648	0.764	0.241	2.423
Lama RS	0.408	0.404	1.017	1.000	0.313	1.503	0.681	3.320
Umur by Pengetahuan	0.427	0.471	0.822	1.000	0.364	1.533	0.609	3.861
Pekerjaan by Pengetahuan	-1.043	0.504	4.285	1.000	0.038	0.352	0.131	0.946
JarakRS by Pengetahuan	0.790	0.532	2.206	1.000	0.138	2.204	0.777	6.255
Pengetahuan by lamaRS	-0.647	0.521	1.541	1.000	0.215	0.524	0.189	1.454
Constant	-2.483	0.929	7.144	1.000	0.008	0.083		

Dari tabel 5.19 di atas terlihat variabel interaksi “umur dengan pengetahuan” harus dikeluarkan dari model, karena p valuenya > 0,05 (P value = 0,364), dan setelah dikeluarkan hasilnya menjadi :

Tabel 5.20
Model Tanpa Interaksi Umur dengan Pengetahuan

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	P Value	OR	95,0% C.I.for OR	
							Lower	Upper
Pengetahuan	0.299	0.967	0.095	1.000	0.757	1.348	0.202	8.977
Umur	0.311	0.252	1.530	1.000	0.216	1.365	0.834	2.236
Jenis Kelamin	0.217	0.264	0.677	1.000	0.411	1.242	0.741	2.083
Kawin	0.500	0.434	1.331	1.000	0.249	1.649	0.705	3.859
Pendidikan	0.273	0.280	0.952	1.000	0.329	1.314	0.759	2.273
Pekerjaan	0.470	0.392	1.434	1.000	0.231	1.599	0.742	3.449
Jarak PKM	0.179	0.326	0.301	1.000	0.583	1.196	0.631	2.266
Jarak RS	-0.228	0.384	0.352	1.000	0.553	0.796	0.375	1.691
Lama PKM	-0.259	0.588	0.193	1.000	0.660	0.772	0.244	2.447
Lama RS	0.380	0.403	0.889	1.000	0.346	1.462	0.664	3.223
Pekerjaan by Pengetahuan	-1.023	0.503	4.140	1.000	0.042	0.360	0.134	0.963
Jarak RS by Pengetahuan	0.797	0.532	2.247	1.000	0.134	2.218	0.783	6.288
Pengetahuan by lama RS	-0.614	0.520	1.396	1.000	0.237	0.541	0.195	1.499
Constant	-2.577	0.923	7.804	1.000	0.005	0.076		

Dari tabel 5.20 di atas terlihat variabel interaksi “lama RS dengan pengetahuan” harus dikeluarkan dari model, karena p valuenya $>0,05$ ($P\ value = 0,237$), dan setelah dikeluarkan hasilnya menjadi :

Tabel 5.21
Model Tanpa Interaksi Lama Menuju RS dengan Pengetahuan

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	P Value	OR	95,0% C.I.for OR	
							Lower	Upper
Pengetahuan	-0.180	0.878	0.042	1.000	0.837	0.835	0.149	4.667
Umur	0.326	0.251	1.678	1.000	0.195	1.385	0.846	2.267
Jenis Kelamin	0.240	0.262	0.839	1.000	0.360	1.271	0.761	2.124
Kawin	0.516	0.432	1.425	1.000	0.233	1.675	0.718	3.904
Pendidikan	0.278	0.279	0.990	1.000	0.320	1.320	0.764	2.282
Pekerjaan	0.460	0.390	1.394	1.000	0.238	1.585	0.738	3.403
Jarak PKM	0.198	0.327	0.366	1.000	0.545	1.219	0.642	2.312
Jarak RS	-0.117	0.369	0.100	1.000	0.752	0.890	0.432	1.833
Lama PKM	-0.262	0.591	0.197	1.000	0.658	0.769	0.241	2.452
Lama RS	0.018	0.267	0.005	1.000	0.946	1.018	0.603	1.720
Pekerjaan by Pengetahuan	-1.002	0.501	3.994	1.000	0.046	0.367	0.137	0.981
Jarak RS by Pengetahuan	0.588	0.499	1.388	1.000	0.239	1.800	0.677	4.788
Constant	-2.334	0.902	6.700	1.000	0.010	0.097		

Dari tabel 5.21 di atas terlihat variabel interaksi “jarak RS dengan pengetahuan” harus dikeluarkan dari model, karena p valuenya $> 0,05$ (*P value* = 0,239), dan setelah dikeluarkan hasilnya menjadi :

Tabel 5.22
Model Tanpa Interaksi Jarak ke RS dengan Pengetahuan

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	P Value	OR	95,0% C.I. for OR	
							Lower	Upper
Pengetahuan	0.803	0.277	8.396	1.000	0.004	2.232	1.297	3.841
Umur	0.320	0.251	1.624	1.000	0.203	1.377	0.842	2.251
Jenis Kelamin	0.254	0.261	0.943	1.000	0.332	1.289	0.772	2.150
Kawin	0.517	0.432	1.434	1.000	0.231	1.677	0.720	3.907
Pendidikan	0.288	0.279	1.068	1.000	0.301	1.334	0.773	2.302
Pekerjaan	0.486	0.390	1.552	1.000	0.213	1.625	0.757	3.490
Jarak PKM	0.191	0.325	0.346	1.000	0.557	1.210	0.640	2.288
Jarak RS	0.181	0.274	0.437	1.000	0.509	1.198	0.701	2.049
Lama PKM	-0.267	0.589	0.206	1.000	0.650	0.766	0.241	2.428
Lama RS	0.024	0.267	0.008	1.000	0.929	1.024	0.607	1.727
Pekerjaan by Pengetahuan	-0.993	0.501	3.928	1.000	0.047	0.371	0.139	0.989
Constant	-2.831	0.810	12.219	1.000	0.000	0.059		

Dari tabel 5.22 di atas terlihat variabel interaksi “pekerjaan dengan pengetahuan” memiliki p valuenya $< 0,05$ (P value = 0,047), yang berarti ada interaksi antara pekerjaan dengan pengetahuan. Model yang dihasilkan setelah uji interaksi disebut model baku emas (*gold standar*) (Tabel 5.22).

5.4.3. Uji Confounding

Tahap selanjutnya adalah melakukan uji konfounding dengan memasukkan semua variabel yang ada dan mengeluarkan p value $> 0,05$, mulai dari yang terbesar sampai yang terkecil. Setelah itu dibandingkan OR dengan variabel perilaku pencarian pengobatan sebagai variabel independen utama. Apabila ada perubahan OR sebesar 10% atau lebih berarti variabel tersebut merupakan variabel konfounding sehingga variabel tersebut tidak dapat dikeluarkan dari model.

Dari tabel akhir uji interaksi terlihat variabel “lama RS” merupakan variabel dengan nilai p value terbesar (0,929) sehingga merupakan variabel pertama yang dikeluarkan. Setelah dikeluarkan dari model hasilnya sebagai berikut :

Tabel 5.23
Model tanpa Lama Menuju ke RS

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	P Value	OR	95,0% C.I.for OR	
							Lower	Upper
Pengetahuan	0.804	0.277	8.421	1.000	0.004	2.233	1.298	3.843
Umur	0.322	0.250	1.664	1.000	0.197	1.380	0.846	2.251
Jenis Kelamin	0.255	0.261	0.953	1.000	0.329	1.290	0.774	2.151
Kawin	0.519	0.431	1.448	1.000	0.229	1.680	0.722	3.910
Pendidikan	0.291	0.276	1.107	1.000	0.293	1.338	0.778	2.300
Pekerjaan	0.485	0.390	1.547	1.000	0.214	1.624	0.756	3.484
Jarak PKM	0.192	0.325	0.350	1.000	0.554	1.212	0.641	2.290
Jarak RS	0.187	0.264	0.504	1.000	0.478	1.206	0.719	2.023
Lama PKM	-0.256	0.576	0.198	1.000	0.657	0.774	0.250	2.396
Pekerjaan by Pengetahuan	-0.992	0.501	3.922	1.000	0.048	0.371	0.139	0.990
Constant	-2.829	0.810	12.210	1.000	0.000	0.059		

Setelah variabel “lama menuju ke RS” dikeluarkan terlihat perubahan OR variabel utama “pengetahuan” sebesar 0%. Dengan demikian variabel Lama Ke RS bukan confounding karena perubahan OR < 10% , dan harus dikeluarkan dari model. Langkah selanjutnya adalah mengeluarkan variabel lama ke PKS. Setelah dikeluarkan hasilnya sebagai berikut :

Tabel 5.24
Model Tanpa Lama ke Puskesmas

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	P Value	OR	95,0% C.I.for OR	
							Lower	Upper
Pengetahuan	0.807	0.277	8.500	1.000	0.004	2.241	1.303	3.855
Umur	0.325	0.250	1.693	1.000	0.193	1.384	0.848	2.257
Jenis Kelamin	0.243	0.260	0.875	1.000	0.350	1.275	0.766	2.120
Kawin	0.509	0.430	1.398	1.000	0.237	1.663	0.716	3.867
Pendidikan	0.288	0.276	1.086	1.000	0.297	1.334	0.776	2.293
Pekerjaan	0.486	0.389	1.561	1.000	0.212	1.626	0.758	3.489
Jarak PKM	0.142	0.306	0.216	1.000	0.642	1.153	0.633	2.101
Jarak RS	0.189	0.264	0.512	1.000	0.474	1.208	0.720	2.026
Pekerjaan by Pengetahuan	-1.005	0.500	4.036	1.000	0.045	0.366	0.137	0.976
Constant	-3.026	0.675	20.115	1.000	0.000	0.049		

Setelah variabel jarak ke Puskesmas dikeluarkan terlihat perubahan OR variabel utama “pengetahuan” 0 %. Dengan demikian variabel lama ke Puskesmas bukan confounding karena perubahan OR < 10% dan harus dikeluarkan dari model. Langkah selanjutnya adalah mengeluarkan variabel jarak ke Puskesmas. Setelah dikeluarkan hasilnya sebagai berikut :

Tabel 5.25
Model Tanpa Variabel Jarak ke PKM

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	P Value	OR	95,0% C.I.for OR	
							Lower	Upper
Pengetahuan	0.806	0.277	8.489	1.000	0.004	2.240	1.302	3.853
Umur	0.339	0.247	1.881	1.000	0.170	1.404	0.864	2.280
Jenis Kelamin	0.246	0.259	0.897	1.000	0.344	1.279	0.769	2.126
Kawin	0.518	0.430	1.452	1.000	0.228	1.679	0.723	3.899
Pendidikan	0.314	0.271	1.342	1.000	0.247	1.368	0.805	2.326
Pekerjaan	0.496	0.389	1.628	1.000	0.202	1.642	0.767	3.516
Jarak RS	0.224	0.252	0.794	1.000	0.373	1.252	0.764	2.050
Pekerjaan by Pengetahuan	-1.003	0.500	4.030	1.000	0.045	0.367	0.138	0.977
Constant	-2.955	0.658	20.141	1.000	0.000	0.052		

Setelah variabel “jarak ke PKM” dikeluarkan terlihat perubahan OR variabel utama “pengetahuan” sebesar 0%. Dengan demikian variabel jarak ke PKM bukan *confounding* karena perubahan OR < 10% , dan harus dikeluarkan dari model. Langkah selanjutnya adalah mengeluarkan variabel jarak ke RS. Setelah dikeluarkan hasilnya sebagai berikut :

Tabel 5.26
Model Tanpa Variabel Jarak ke RS

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	P Value	OR	95,0% C.I.for OR	
							Lower	Upper
Pengetahuan	0.812	0.277	8.623	1.000	0.003	2.252	1.310	3.873
Umur	0.361	0.246	2.150	1.000	0.143	1.435	0.886	2.325
Jenis Kelamin	0.278	0.257	1.166	1.000	0.280	1.320	0.797	2.186
Kawin	0.563	0.427	1.743	1.000	0.187	1.756	0.761	4.052
Pendidikan	0.335	0.270	1.547	1.000	0.214	1.398	0.824	2.371
Pekerjaan	0.491	0.389	1.597	1.000	0.206	1.634	0.763	3.500
Pekerjaan by Pengetahuan	-0.967	0.497	3.780	1.000	0.052	0.380	0.143	1.008
Constant	-2.672	0.573	21.767	1.000	0.000	0.069		

Setelah variabel “jarak ke RS” dikeluarkan terlihat perubahan OR variabel utama “pengetahuan” sebesar 1 %. Dengan demikian variabel jarak ke RS bukan confounding karena perubahan OR < 10% , dan harus dikeluarkan dari model. Langkah selanjutnya adalah mengeluarkan variabel jenis kelamin. Setelah dikeluarkan hasilnya sebagai berikut :

Tabel 5.27
Model Tanpa Variabel Jenis Kelamin

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	P Value	OR	95,0% C.I.for OR	
							Lower	Upper
Pengetahuan	0.805	0.276	8.521	1.000	0.004	2.237	1.303	3.841
Umur	0.324	0.243	1.778	1.000	0.182	1.383	0.859	2.226
Kawin	0.530	0.424	1.558	1.000	0.212	1.699	0.739	3.903
Pendidikan	0.322	0.269	1.438	1.000	0.230	1.380	0.815	2.336
Pekerjaan	0.373	0.372	1.005	1.000	0.316	1.452	0.700	3.009
Pekerjaan by Pengetahuan	-0.977	0.497	3.864	1.000	0.049	0.376	0.142	0.997
Constant	-2.445	0.528	21.480	1.000	0.000	0.087		

Setelah variabel “jenis kelamin” dikeluarkan terlihat perubahan OR variabel utama “pengetahuan” sebesar 0 %. Dengan demikian variabel jenis kelamin bukan confounding karena perubahan OR < 10% , dan harus dikeluarkan dari model.

Langkah selanjutnya adalah mengeluarkan variabel pendidikan. Hasilnya sebagai berikut :

Tabel 5.28
Model Tanpa Variabel pendidikan

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	P value	OR	95,0% C.I.for OR	
							Lower	Upper
Pengetahuan	0.825	0.275	8.986	1.000	0.003	2.281	1.330	3.910
Umur	0.269	0.239	1.270	1.000	0.260	1.308	0.820	2.089
Kawin	0.543	0.423	1.650	1.000	0.199	1.721	0.752	3.941
Pekerjaan by Pengetahuan	-1.012	0.496	4.169	1.000	0.041	0.364	0.138	0.960
Pekerjaan	0.421	0.369	1.296	1.000	0.255	1.523	0.738	3.141
Constant	-2.209	0.483	20.900	1.000	0.000	0.110		

Setelah variabel “pendidikan” dikeluarkan terlihat perubahan OR variabel utama “pengetahuan” sebesar 2 %. Dengan demikian variabel pendidikan bukan merupakan confounding karena perubahan OR < 10% , dan variabel pendidikan dikeluarkan dari model.

Langkah selanjutnya adalah mengeluarkan variabel umur. Hasilnya sebagai berikut :

Tabel 5.29
Model Tanpa Variabel Umur

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	P Value	OR	95,0% C.I.for OR	
							Lower	Upper
Pengetahuan	0.830	0.275	9.137	1.000	0.003	2.294	1.339	3.929
Kawin	0.420	0.409	1.055	1.000	0.304	1.523	0.683	3.396
Pekerjaan by pengetahuan	-0.997	0.495	4.060	1.000	0.044	0.369	0.140	0.973
Pekerjaan	0.425	0.369	1.324	1.000	0.250	1.529	0.742	3.151
Constant	-1.951	0.424	21.127	1.000	0.000	0.142		

Setelah variabel “umur” dikeluarkan terlihat perubahan OR variabel utama “pengetahuan” sebesar 3 %. Dengan demikian variabel umur bukan

merupakan confounding karena perubahan OR $< 10\%$, dan variabel umur dikeluarkan dari model.

Langkah selanjutnya adalah mengeluarkan variabel status perkawinan. Hasilnya sebagai berikut :

Tabel 5.30
Model Tanpa Variabel Status Perkawinan

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	P Value	OR	95,0% C.I.for OR	
							Lower	Upper
Pengetahuan	0.837	0.274	9.308	1.000	0.002	2.309	1.349	3.952
Pekerjaan by pengetahuan	-1.002	0.494	4.110	1.000	0.043	0.367	0.139	0.967
Pekerjaan	0.429	0.368	1.357	1.000	0.244	1.536	0.746	3.163
Constant	-1.574	0.204	59.544	1.000	0.000	0.207		

Setelah variabel “kawin” dikeluarkan terlihat perubahan OR variabel utama “pengetahuan” sebesar 3 %. Dengan demikian variabel kawin bukan merupakan confounding karena perubahan OR $< 10\%$, dan variabel kawin dikeluarkan dari model.

5.4.4. Model Akhir

Tabel 5.31
Model Akhir

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	P Value	OR	95,0% C.I.fo OR	
							Lower	Upper
Pengetahuan	0.837	0.274	9.308	1.000	0.002	2.309	1.349	3.952
Pekerjaan by pengetahuan	-1.002	0.494	4.110	1.000	0.043	0.367	0.139	0.967
Pekerjaan	0.429	0.368	1.357	1.000	0.244	1.536	0.746	3.163
Constant	-1.574	0.204	59.544	1.000	0.000	0.207		

Setelah dilakukan analisis confounding, didapatlah satu variabel confounding yaitu pekerjaan serta adanya interaksi antara variabel pengetahuan dengan variabel pekerjaan. Dari analisis diperoleh OR=2,3 untuk pengetahuan,

yang artinya responden dengan pengetahuan rendah akan berisiko berperilaku tidak berobat ke tenaga kesehatan 2,3 kali lebih besar dibanding dengan responden yang berpengetahuan baik.

Selanjutnya, untuk variabel yang berinteraksi (pengetahuan dan pekerjaan) dicari OR untuk masing-masing kategori sebagai berikut :

A. Pengetahuan Rendah

a. Pada Responden yang Bekerja

$$OR = EXP((\text{koding pengetahuan kurang} * \text{koefisien beta pengetahuan}) + (\text{koding bekerja} * \text{koefisien beta interaksi}))$$

$$OR = EXP((1 * 0.837) + (0 * -1.002))$$

$$OR = 2,31$$

Artinya :

- Responden dengan pengetahuan rendah dan bekerja memiliki peluang 2,3 kali untuk berobat ke tenaga kesehatan dibandingkan dengan responden dengan pengetahuan rendah yang tidak bekerja
- Responden dengan pengetahuan rendah dan bekerja memiliki peluang $1/2,3$ kali = 0,43 kali untuk tidak berobat ke tenaga kesehatan dibandingkan dengan responden dengan pengetahuan rendah yang tidak bekerja

b. Pada Responden yang Tidak Bekerja

$$OR = EXP((\text{koding pengetahuan kurang} * \text{koefisien beta pengetahuan}) + (\text{koding tidak bekerja} * \text{koefisien beta interaksi}))$$

$$OR = EXP((1 * 0.837) + (1 * -1.002))$$

$$OR = 0,85$$

Artinya

- Responden dengan pengetahuan rendah dan tidak bekerja memiliki peluang $1/0,85=1,2$ kali untuk berobat ke tenaga kesehatan dibandingkan dengan responden dengan pengetahuan rendah yang bekerja

- Responden dengan pengetahuan rendah dan tidak bekerja memiliki peluang 0,85 kali untuk tidak berobat ke tenaga kesehatan dibandingkan dengan responden dengan pengetahuan rendah yang bekerja

B. Pengetahuan Tinggi

- a. Pada Responden yang bekerja

$$OR = \text{EXP}((0 \cdot 0.837) + (0 \cdot -1.002))$$

$$OR = 1$$

Artinya netral (Tidak ada resiko bagi responden yang berpengetahuan tinggi dan bekerja dalam hal perilaku pencarian pengobatan)

- b. Pada responden yang tidak bekerja

$$OR = \text{EXP}((0 \cdot 0.837) + (1 \cdot -1.002))$$

$$OR = 0,37$$

Artinya :

- Responden dengan pengetahuan tinggi dan tidak bekerja memiliki peluang $1/0,37 = 2,7$ kali untuk berobat ke tenaga kesehatan dibandingkan reponden berpengetahuan tinggi yang bekerja
- Responden dengan pengetahuan tinggi dan tidak bekerja memiliki peluang 0,37 kali lebih besar untuk tidak berobat ke tenaga kesehatan dibandingkan reponden berpengetahuan tinggi yang bekerja

BAB 6

PEMBAHASAN

Pembahasan hasil penelitian ini terbagi dalam dua hal pokok yaitu keterbatasan penelitian dan pembahasan hasil penelitian Peran Pengetahuan terhadap Perilaku Pencarian Pengobatan Penderita Suspek TB pada 6 propinsi di Indonesia.

6.1. Keterbatasan Penelitian

Dalam melakukan penelitian biasanya tidak terlepas dari kemungkinan adanya keterbatasan yang dapat mempengaruhi kualitas hasil penelitian, Berikut akan diuraikan mengenai hal-hal yang berkaitan dengan keterbatasan penelitian.

Penelitian ini menggunakan data sekunder Survei Pengetahuan Sikap dan Perilaku Tuberkulosis (PSP-TB) Tahun 2010. Seperti umumnya penggunaan data sekunder akan ada keterbatasan yang mungkin terjadi karena variabel yang digunakan dalam survei adalah *cross sectional* yaitu variabel diukur dalam waktu bersamaan sehingga tidak dapat menunjukkan adanya hubungan sebab akibat. Hubungan yang ditunjukkan hanyalah hubungan yang menunjukkan keterkaitan saja.

Analisis data melibatkan satu variabel utama dan sembilan variabel konfounding yang mempengaruhi perilaku pencarian pengobatan. Pemilihan variabel-variabel tersebut didasari oleh hasil-hasil penelitian terdahulu dan dibatasi dengan ketersediaan variabel-variabel pada data sekunder yang digunakan. Sehingga beberapa variabel yang secara literatur berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan TB kejadian TB paru, seperti persepsi kebutuhan dan sikap dalam perilaku pencarian pengobatan tidak dapat diikuti dalam proses analisis. Begitu pula dalam hal pengelompokan jawaban, tergantung dengan jawaban yang ada di kuesioner.

Penelitian dengan ruang lingkup enam propinsi dan 12 kabupaten di Indonesia ini, mendapatkan sampel sebanyak 578 penderita suspek TB, dan data

yang diolah karena adanya missing sebanyak 443 responden. Jumlah tersebut diperoleh dari penderita suspek TB Paru yang menderita gejala TB Paru dalam 2 tahun terakhir. Data diperoleh dari hasil wawancara dengan anggota rumah tangga yang dapat memberikan informasi. Sehingga kemampuan untuk mengingat kejadian yang lebih dari satu tahun dapat menyebabkan kelemahan pada kualitas data.

Dalam hal ini peneliti juga tidak terlibat secara langsung dalam proses pengumpulan data, sehingga tidak dapat mengontrol kualitas data yang dikumpulkan.

6.2. Pembahasan Hasil Penelitian

6.2.1 Perilaku Pencarian Pengobatan

Perilaku pencarian pengobatan merupakan bagian dari perilaku kesehatan yaitu respons seseorang terhadap obyek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit serta faktor lain yang mempengaruhi kesehatan. Seseorang yang mendapatkan sakit namun tidak merasakan sakit (*diseases but no illness*) sudah barang tentu tidak akan bertindak apa-apa terhadap penyakitnya tersebut. Tetapi bila mereka menderita sakit dan merasakan sakit, maka baru akan timbul berbagai macam perilaku dan usaha agar sembuh dari penyakitnya. Berbagai respons dilakukan orang apabila menderita suatu penyakit, yaitu tidak bertindak apa-apa (*no action*), mengobati sendiri (*self treatment*), mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*) serta mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga kesehatan swasta seperti balai pengobatan, puskesmas, rumah sakit dan dokter praktek (*private medicine*) (Notoatmodjo, 2010).

Dari hasil penelitian pada tabel 5.1, terlihat bahwa sebanyak 76,5% penderita suspek TB Paru pergi mencari pengobatan ke tenaga kesehatan (baik swasta maupun pemerintah). Penelitian ini hampir serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Gaffar (2000) tentang perilaku pencarian pengobatan suspek TB Paru di Kecamatan Banggai, Kabupaten Banggai Kepulauan yang mendapatkan proporsi responden yang mencari pengobatan ke pengobatan Modern/tenaga

kesehatan sebesar 76,5%, dengan rincian 45,54% mencari pengobatan ke fasilitas pelayanan kesehatan swasta, dan 27,81% mencari pengobatan ke fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah. Penelitian lain yang dilakukan oleh Mardjono Samad (2001) pada suspek TB di Kecamatan Palu Selatan, Kota Palu, di dapatkan 73,9 % tersangka TB Paru menggunakan pelayanan kesehatan.

Mengingat cukup besarnya proporsi penderita suspek TB Paru yang berobat ke tenaga kesehatan, maka bila semua pelayanan ini terlibat dalam program P2TB secara aktif, maka kemungkinan sekitar tiga perempat dari seluruh penderita dapat tercakup. Untuk itu perlu dilakukan kajian lebih lanjut, ke tenaga kesehatan mana, penderita suspek TB Paru ini cenderung mencari pengobatan, apakah ke institusi pemerintah, swasta, RS, Puskesmas, Dokter swasta, dll. Karena untuk kondisi saat ini institusi yang lebih banyak berperan adalah institusi pemerintah, terutama puskesmas. Padahal dari beberapa penelitian, belum banyak suspek TB Paru yang memanfaatkan puskesmas secara maksimal, seperti pada penelitian Thawaf (2000) tentang Perilaku Pencarian Pengobatan Suspek TB di Puskesmas DTP Jayagiri, Lembang, Bandung, diperoleh proporsi tersangka TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Jayagiri, Bandung adalah 0,79 %. Perilaku pencarian pengobatan pertama kali ke Puskesmas 30,7%, ke non puskesmas 69,3%.

Oleh karena itu, peran institusi lain untuk mendukung penanggulangan TB sangat penting. Selama ini program penanggulangan TB masih mengandalkan puskesmas sebagai ujung tombak, sedangkan peran institusi atau praktek dokter swasta masih perlu ditingkatkan. Untuk RS, belum lama digalakkan, karena dikaitkan dengan akreditasi RS. Sedangkan untuk praktek dokter swasta masih dalam wacana. Pada Simposium Nasional TB tahun 2012 lalu di Jakarta. Peran dokter swasta dalam rangka membantu program TB, menjadi wacana yang cukup hangat, yang akhirnya menyarankan bahwa dalam rangka meningkatkan peran dokter praktek swasta dalam penanggulangan TB, perlu ada sistem *reward and punishment* yang dikeluarkan oleh IDI selaku organisasi profesi yang memayungi para dokter. Perhatian terhadap praktek dokter swasta, memang perlu diperhatikan, suatu penelitian kualitatif yang dilakukan di Kota Yangon, Myanmar

tahun 2004 tentang *Public and/or private health care: Tuberculosis patients' perspectives in Myanmar* terlihat bahwa sebagian besar informan dalam pertama kali mencari perawatan diluar rumah adalah ke praktek dokter, sebelum konfirmasi hasil diagnosis TB di laboratorium keluar.

Untuk supek TB Paru yang mencari pengobatan ke non tenaga kesehatan pada penelitian ini sekitar 23,5%. Perilaku pencarian pengobatan ke non tenaga kesehatan juga terjadi di beberapa daerah lain di Indonesia, seperti di Kecamatan Banggai, Kabupaten Banggai Kepulauan ditemukan 8,28% penderita tersangka TB paru tidak mencari pengobatan, 16,32% mengobati sendiri, 9% mencari pengobatan ke tempat tradisional (Gaffar, 2000). Selain itu juga pada penelitian Mardjono Samad (2001) pada suspek TB di Kecamatan Palu Selatan, Kota Palu, didapatkan 26,1% tersangka TB Paru tidak menggunakan pelayanan kesehatan. Pada Riset besar skala nasional yang dilakukan di Indonesia (Risksedas) oleh Kementerian Kesehatan RI Tahun 2010 juga terlihat beberapa perilaku pencarian pengobatan penderita suspek TB Paru untuk mengatasi gejala TB paru ke non tenaga kesehatan, yaitu beli obat di Apotek /Toko Obat (31,9%), minum obat herbal/tradisional (7,8%) dan tidak diobati (16,9%). Sedangkan RT yang memanfaatkan faskes untuk diagnosa TB paru dengan pemeriksaan dahak cukup rendah, hanya 19,3 persen RT memanfaatkan Rumah Sakit, dan 2,1 persen RT memanfaatkan puskesmas (Kemenkes, 2010b).

Selain secara kuantitatif, penelitian secara kualitatif yang dilakukan dilakukan oleh Kadri (2005) tentang Perilaku Pencarian Pengobatan Tersangka penderita TB Paru di Wilayah Puskesmas Tanjung Paku Kota Solok, Sumatera Barat, juga ditemukan adanya tersangka/suspek TB yang mengobati sendiri, membeli obat di warung dan tidak melakukan tindakan pengobatan terhadap gejala TB yang dialaminya serta berobat ke dukun.

Melihat fenomena di atas, walaupun secara statistik dari hasil penelitian analisis lanjut survei PSP-TB ini terlihat sebagian besar responden lebih banyak yang berobat ke tenaga kesehatan dibandingkan dengan yang tidak berobat ke tenaga kesehatan, namun hal ini tidak bisa dibiarkan begitu saja. Karena secara tidak langsung menurut asumsi peneliti, hal ini memberikan gambaran bahwa

masih ada penderita suspek TB Paru yang tidak memperlakukan penyakit yang dideritanya (dengan tidak melakukan apa-apa), dan belum menganggap bahwa TB penyakit yang cukup serius. Hal ini kemungkinan mencerminkan masih adanya perbedaan persepsi antara penderita suspek TB Paru dan petugas kesehatan tentang konsep sehat-sakit untuk penyakit TB. Menurut hasil Riskesdas 2010, Sebagian besar penderita Suspek TB tidak ke fasilitas kesehatan karena dapat diobati dan sembuh sendiri (38,2%) (Kemenkes, 2010b).

Penderita suspek TB Paru yang tidak segera ditangani, padahal ternyata dia menderita TB paru +, cukup berbahaya, karena bisa menyebarkan penyakit TB ke kalangan yang lebih luas. Apalagi bila ternyata penderita suspek TB Paru berusaha mengobati penyakitnya sendiri dengan membeli obat khususnya antibiotik secara bebas. Perilaku pencarian pengobatan dengan cara mengobati sendiri mempunyai beberapa kekurangan, antara lain bisa menimbulkan reaksi obat yang tidak diinginkan, seperti menimbulkan resistensi (Holt, 1986 dalam Supardi, 2002). Bila seseorang yang mengalami resistensi, maka pengobatannya akan lebih sulit lagi dan memakan waktu yang lebih panjang. Dalam program penanggulangan TB, sedapat mungkin mencegah terjadinya resistensi. Sehingga dapat disimpulkan dengan masih adanya cara pengobatan dengan cara mengobati sendiri dapat menyebabkan makin lamanya penderita ditemukan serta pengobatan tidak tuntas yang pada akhirnya dapat menularkan kepada orang lain.

Dengan masih adanya penderita yang belum memanfaatkan pelayanan kesehatan, hal ini perlu mendapatkan perhatian. Walaupun Indonesia telah menggunakan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment, Short-Course*) yang *cost effective* dan pada tahun 2010 angka penemuan kasus TB (*Case Detection Rate*) di Indonesia telah mencapai 78,3%, yang artinya telah melampaui target MDGs (70%) (*Ministry of Health, 2011*), namun bila ada yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan, dan tidak terjaring atau terlambat didiagnosis, maka akan berpotensi menularkan kepada orang lain, yang pada akhirnya dapat meningkatkan kembali angka kesakitan dan kematian akibat tuberkulosis di Indonesia. Selain itu apabila tidak menjalani pengobatan secara

tuntas, maka dapat meningkatkan kasus MDR-TB yang perlu pengobatan dengan waktu lebih lama dan biaya yang lebih besar.

6.2.2. Peran Pengetahuan Penderita Suspek TB Paru Terhadap Perilaku Pencarian Pengobatan

Pengetahuan yang merupakan hasil tahu pada obyek melalui indera yang dimilikinya merupakan faktor dominan dalam hal membentuk perilaku seseorang (Notoadmojo, 2010). Selain itu pengetahuan juga merupakan salah satu faktor untuk mempermudah timbulnya perilaku pada seseorang (Green, 1980; Andersen, 1974 dalam Notoatmodjo, 2010).

Rosenstock (1994) dalam Notoatmodjo (2010) menjelaskan bahwa variabel pengetahuan tentang penyakit merupakan variabel yang dapat mempengaruhi persepsi seseorang terhadap suatu penyakit yang pada akhirnya dapat mempengaruhi perilaku seseorang untuk mengurangi ancaman dari suatu penyakit.

Pengetahuan juga sangat dibutuhkan dalam perubahan pola pikir dan perilaku. Menurut WHO (1990) dalam Notoatmodjo (2010), salah satu alasan pokok seseorang berperilaku kesehatan karena adanya pemikiran dan perasaan (*Thought and feeling*), yang meliputi antara lain pengetahuan. Dalam strategi perubahan perilaku, WHO menyarankan melakukan perubahan perilaku melalui pendidikan/pengetahuan yang diawali dengan memberikan informasi/pengetahuan tentang kesehatan, sehingga diharapkan pengetahuan masyarakat menjadi meningkat. Dengan meningkatnya pengetahuan, maka akan menimbulkan kesadaran, yang pada akhirnya mereka akan berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang mereka miliki. Perubahan perilaku dengan cara ini, memang membutuhkan waktu yang cukup lama, sehingga hasilnya kadang tidak langsung terlihat. Tetapi perubahan tersebut akan bersifat lebih langgeng dibandingkan dengan cara yang lain, karena didasari oleh kesadaran mereka sendiri, bukan karena paksaan dari pihak luar (Notoadmojo, 2010).

Dalam hal pencarian pengobatan/penggunaan layanan kesehatan, Anderson (1995) menyatakan, bahwa pengetahuan merupakan hal yang penting dalam mempermudah perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan/perilaku

pencarian pengobatan. Pengetahuan tentang sakit dan penyakit dapat digunakan sebagai dasar kelompok bangsa untuk menggunakan pelayanan kesehatan, dengan asumsi bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan masyarakat tentang penyakit, maka akan semakin tinggi untuk menggunakan layanan kesehatan (Andersen, 1974; Green, 1986; Suchman, 1965 dalam Samad, 2001).

Pada penelitian analisis lanjut ini, diperoleh berbagai variasi pengetahuan penderita suspek TB Paru. Penderita suspek TB Paru sebagian besar berpengetahuan tinggi, yaitu 227 orang (51,2%) sedangkan yang berpengetahuan rendah sebanyak 216 orang (48,8%). Dari hasil analisis, terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan penderita suspek TB Paru dengan perilaku pencarian pengobatan. Ada sebanyak 43 orang (18,9%) responden dengan pengetahuan tinggi tidak berobat ke tenaga kesehatan dan ada sebanyak 61 orang (28,25%) responden dengan pengetahuan rendah tidak berobat ke tenaga kesehatan.

Dari hasil penelitian juga diperoleh nilai OR = 2,3 yang artinya responden dengan pengetahuan rendah akan berisiko berperilaku tidak berobat ke tenaga kesehatan 2,3 kali dibanding responden yang berpengetahuan tinggi. Hal ini sejalan dengan teori yang telah disebutkan sebelumnya bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan maka akan semakin tinggi penggunaan layanan kesehatan (Andersen, 1974; Green, 1986; Suchman, 1965 dalam Samad, 2001).

Penelitian lain yang mendukung adalah suatu penelitian yang dilakukan oleh Fauset (2002) yang memasukkan pengetahuan sebagai salah satu unsur yang berperan dalam penundaan pencarian pengobatan. Penelitian Hoa (2003) di Vietnam terhadap 559 responden yang mengalami gejala TB Paru (Suspek TB) juga memperlihatkan hasil adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku pencarian pengobatan.

Beberapa penelitian di Indonesia juga menyatakan hal yang sama. David Gordon dalam penelitiannya di Kapuas, Kalimantan, menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan penderita TB Paru BTA (+) dengan pemanfaatan puskesmas (OR: 2,16, 95% CI, P=0,024).

Dari hasil penelitian Madjono Samad (2001) tentang Faktor-faktor yang berhubungan dengan Penggunaan Pelayanan Kesehatan Bagi Penderita Tersangka

TB Paru di Kecamatan Palu Selatan, Kota Palu Tahun 2001, didapatkan bahwa variabel yang mempunyai kekuatan hubungan terbesar adalah pengetahuan dengan OR: 13,811, 95 % CI = 7,318 – 26,067, artinya penderita tersangka TB paru yang mempunyai pengetahuan rendah tentang TB paru mempunyai resiko sebesar 13,8 kali untuk tidak menggunakan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan yang mempunyai pengetahuan tinggi.

Hoa (2003) dalam penelitiannya menemukan bahwa masih ada responden yang tidak mengetahui penyebab penyakit TB. Masih ada yang menganggap bahwa TB disebabkan karena faktor keturunan serta karena seseorang bekerja terlalu keras. Hal tersebut juga terlihat pada penelitian analisis lanjut ini. Dari hasil wawancara ternyata masih ada juga responden yang menjawab bahwa penyakit TB disebabkan karena guna-guna (7%) dan karena faktor keturunan (10,6%).

Pada studi yang dilakukan oleh Sukmahadi Thawaf pada penelitiannya tentang Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencarian Pengobatan Pertama Tersangka Penderita TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas DTP Jayagiri, Lembang, Bandung (Thawaf, 2000) diperoleh proporsi responden yang tidak mengetahui gejala TB dan berobat ke puskesmas sebesar 24,9%, sedangkan untuk yang berobat ke bukan puskesmas sebesar 75,1 %, dengan OR: 2,039. Artinya responden yang tidak mengetahui gejala TB mempunyai resiko sebesar 2,039 kali untuk tidak berobat ke Puskesmas dibandingkan dengan dengan yang tahu.

Walaupun secara umum pengetahuan suspek TB Paru lebih banyak yang tinggi, namun masih ada suspek TB yang belum mengetahui hal-hal yang berkaitan dengan penyakit TB, seperti cara penularan. Hal ini cukup mengkhawatirkan, padahal sejak tahun 2005 promosi tentang penyakit TB telah dilaksanakan secara besar-besaran, baik melalui media cetak maupun elektronik (Kemenkes, 2010). Untuk itu diperlukan evaluasi promosi penanggulangan TB secara komprehensif sehingga ditemukan metode yang paling tepat.

Menurut hasil survei PSP TB 2010, media pertama yang paling disukai responden untuk mendengar penyakit TB yaitu TV, selanjutnya koran atau majalah, radio dan brosur, poster dan selebaran. Media TV paling banyak di

dengar oleh perempuan dibandingkan laki-laki, di kawasan Jawa-Bali, dan Kabupaten Jembrana (71%), sedangkan untuk kabupaten yang paling rendah adalah di Kabupaten Sorong (37%) (Kemenkes, 2011b). Melihat hal tersebut, media informasi juga mempunyai peranan penting dalam menyebarkan pengetahuan/informasi. Oleh karena itu juga perlu dilakukan kajian lagi tentang hal-hal yang berhubungan dengan pengetahuan TB, dilihat dari segi efektifitas keterpaparan media informasi. Selain itu juga perlu dipikirkan media lain yang cukup efektif untuk daerah di luar Jawa- Bali, karena bila dilihat dari data tersebut, media TV masih lebih terkonsentrasi di daerah Jawa-Bali.

Pada tahun 2011 lalu, Kementerian kesehatan telah melakukan Nota Kesepakatan/*Memorandum of Understanding* (MOU) dengan 18 Organisasi Kemasyarakatan (Ormas) dan Kwarnas, baik Ormas yang bergerak dalam bidang keagamaan, profesi, wanita, maupun kepemudaan dalam hal kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Dalam rangka promosi pengendalian penyakit TB, maka hal ini hendaknya juga bisa dimanfaatkan secara maksimal serta merangkul lebih erat lagi Organisasi Kemasyarakatan yang mempunyai jangkauan luas ke daerah, dan biasanya lebih di dengar oleh masyarakat. Hal ini sesuai dengan amanat dalam Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014, bahwa salah satu prioritas pembangunan kesehatan adalah peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan melalui strategi meningkatkan layanan kesehatan yang merata, terjangkau dan berkeadilan dengan fokus pada peningkatan utilisasi fasilitas kesehatan dengan menjalin kemitraan dengan masyarakat dan swasta (*Ministry of Health, 2011*).

Selain itu dalam penelitian ini juga ditemukan adanya interaksi dan confounding, yaitu pekerjaan., jadi dalam melakukan promosi kesehatan dalam rangka meningkatkan pengetahuan juga perlu diperhatikan muatan materinya bagi orang yang bekerja maupun tidak bekerja.

6.2.3. Variabel Kovariat dalam Hubungannya antara Pengetahuan Penderita Suspek TB Paru dengan Perilaku Pencarian Pengobatan

6.2.3.1 Pekerjaan

Tenaga kerja merupakan partner kerja sekaligus modal utama bagi perusahaan serta bagi pembangunan nasional, sehingga perlu ditingkatkan produktivitasnya antara lain dengan memelihara kesehatannya (melalui keselamatan dan kesehatan kerja). Dalam rangka mewujudkan hal tersebut, perlu diupayakan lingkungan yang aman, sehat serta bebas dari kecelakaan dan penyakit, salah satunya adalah penyakit Tuberkulosis.

Penyakit ini cukup mempengaruhi dunia kesehatan kerja, Dari hasil survei prevalensi nasional tahun 2004 diperoleh data prevalen rate TB adalah 110/100.000 penduduk dan sebagian besar pasien TB berada pada usia produktif (15-55 tahun). Menurut BPS, pada tahun 2006, usia produktif sebanyak 159.257.680 orang, dan yang merupakan angkatan kerja sebanyak 106.281.795 orang (66,73%), dimana waktu hidupnya sebagian besar di tempat kerja. Selain itu, diperoleh data sekitar 70% pekerja adalah pekerja informal, yang pada umumnya berpendidikan rendah, hygiene pribadi rendah serta lingkungan kerja buruk, kadang diperparah lagi dengan pengetahuan para pengusaha yang kurang. (Depkes, 2008)

Hal ini cukup mengkhawatirkan, karena dapat mengganggu produktivitas pekerja dan perusahaan yang pada akhirnya juga dapat mengganggu jalannya pembangunan nasional, apalagi mengingat TB merupakan penyakit menular, yang dapat cepat menular dalam lingkungan yang tidak kondusif (Depkes, 2008).

Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar responden adalah yang sudah bekerja yaitu sebanyak 68,8%. Hasil analisis hubungan antara status pekerjaan dengan perilaku pencarian pengobatan menunjukkan bahwa ada sebanyak 73 orang (23,9%) responden yang bekerja tidak berobat ke tenaga kesehatan dan ada sebanyak 31 orang (22,5%) responden yang tidak bekerja tidak berobat ke tenaga kesehatan. Dari hasil analisis bivariat terlihat bahwa tidak adanya hubungan antara pekerjaan dengan perilaku pencarian pengobatan ($p=0,828$, $OR = 0,921$, $CI= 0,571 - 1,486$).

Walaupun dalam analisis bivariat tidak berhubungan, namun dalam analisis multivariat, pekerjaan mempunyai peran sebagai variabel konfounding (selisih OR=11%) dan interaksi (*p value* hasil uji interaksi = 0,043). Dari hasil perhitungan OR untuk masing-masing kategori diperoleh hasil antara lain responden dengan pengetahuan rendah dan bekerja memiliki peluang 2,3 kali untuk berobat ke tenaga kesehatan dibandingkan dengan responden dengan pengetahuan rendah yang tidak bekerja, sedangkan untuk responden yang tidak bekerja memiliki peluang yang lebih sedikit yaitu 1,2 kali. Bila disimpulkan dari responden yang tidak berobat ke tenaga kesehatan, maka responden dengan pengetahuan rendah dan bekerja memiliki peluang 0,43 kali untuk tidak berobat ke tenaga kesehatan dibandingkan dengan responden dengan pengetahuan rendah yang tidak bekerja, sedangkan responden dengan pengetahuan rendah dan tidak bekerja memiliki peluang 0,85 kali untuk tidak berobat ke tenaga kesehatan dibandingkan dengan responden dengan pengetahuan rendah yang bekerja.

Bila dilihat dari trend OR di atas, terlihat bahwa pekerjaan memegang peranan dalam hal perilaku pencarian pengobatan. Orang yang tidak bekerja dan berpengetahuan rendah mempunyai resiko yang lebih besar untuk tidak berobat ke tenaga kesehatan dibandingkan orang berpengetahuan rendah yang bekerja.

Menurut asumsi peneliti, kemungkinan hal ini terkait lingkungan kerja, dimana pada tahun 1999, pemerintah melalui Departemen Kesehatan telah mencanangkan gerakan nasional terpadu tuberkulosis, termasuk penanggulangan TB di tempat kerja. Selain itu beberapa perusahaan sudah menganggap pekerja merupakan modal dasar bagi maju/mundurnya perusahaan, apabila ada pekerja yang sakit apalagi penyakit menular, maka akan sangat berpengaruh bagi jalannya roda kegiatan perusahaan. Dengan adanya hal tersebut, maka diasumsikan bahwa para pekerja lebih terpapar informasi tentang TB dibandingkan dengan yang tidak bekerja, dan perusahaan telah berusaha untuk menyediakan sarana dan akses kesehatan yang lebih memadai, misalnya dengan adanya asuransi kesehatan yang biasanya disediakan oleh perusahaan tempat bekerja, ataupun jaminan kesehatan lainnya, seperti beberapa perusahaan menyediakan klinik atau bahkan Rumah Sakit khusus bagi para pekerjanya.

Beberapa penelitian sebelumnya juga menganggap pekerjaan mempunyai peran dalam pencarian pengobatan atau pemanfaatan pelayanan kesehatan. Penelitian yang dilakukan Wibowo (1992) bahwa jenis pekerjaan mempengaruhi seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, pegawai negeri atau pegawai swasta lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan pekerjaan buruh atau petani (dalam Ananda, 2011). Sejalan dengan Wibowo, Walansky (1980) menyatakan bahwa orang yang mempunyai latar belakang tertentu yaitu bekerja/tidak bekerja akan memiliki pandangan tersendiri terhadap pengobatan dan penggunaan pelayanan kesehatan (dalam Samad, 2001).

Walaupun pekerjaan mempunyai peran memberikan peluang kepada seseorang untuk berobat ke tenaga kesehatan, namun pengetahuan ternyata mempunyai peluang yang lebih besar, karena dari OR interaksi, terlihat bahwa responden dengan pengetahuan tinggi dan tidak bekerja memiliki peluang yang paling besar dalam memanfaatkan tenaga kesehatan (OR=1,2). Jadi masih diperlukan adanya peningkatan pengetahuan, baik bagi responden yang bekerja maupun yang tidak bekerja, karena pengetahuan bersama dengan kondisi pekerjaan ternyata mempengaruhi perilaku pencarian pengobatan.

Karena itu dalam penanggulangan TB, perlu diperhatikan aspek pekerjaan dan pengetahuan. Bagi penderita suspek TB paru yang bekerja perlu diadakan terobosan baru dalam hal peningkatan pengetahuan, misalnya melalui penyuluhan rutin yang bisa dilakukan ketika orientasi pekerja baru serta lebih meningkatkan koordinasi dan hubungan kerja dengan kementerian terkait seperti Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, sehingga kerjasama yang ada tidak hanya di atas kertas tetapi juga bisa diimplikasikan di lapangan, dengan metode yang disesuaikan dengan kondisi pekerja.

Bagi penderita Suspek TB Paru yang tidak bekerja perlu dilakukan peningkatan pengetahuan, misalnya melalui kader, ormas/LSM yang peduli dengan penyakit Tuberkulosis, misalnya PKK, Ormas keagamaan, yang biasanya suaranya lebih didengar oleh masyarakat.

6.2.3.2 Jenis Kelamin

Sebagian besar responden pada penelitian ini adalah berjenis kelamin perempuan (56,4%), dan ada sebanyak 22% responden perempuan tidak berobat ke tenaga kesehatan serta 25,4% responden laki-laki tidak berobat ke tenaga kesehatan. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan perilaku pencarian pengobatan ($p=0,471$; $OR=1,2$; $95\% CI=0,776-1,875$) dan faktor ini juga bukan merupakan *confounder*.

Hasil penelitian ini berbeda dengan beberapa hasil penelitian sebelumnya. Hasil penelitian Cheng, dkk (2005) tentang Faktor-faktor yang mempengaruhi Penundaan Diagnosis TB di Shandong, Cina menunjukkan bahwa jenis kelamin berhubungan secara signifikan dengan penundaan dalam mencari pengobatan dan diagnosis. Suatu studi di India yang dilakukan oleh Rajeswari, dkk (2002) tentang *Factors associated with patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in South India*, terlihat bahwa laki-laki lebih lama dalam hal penundaan diagnosis TB dibandingkan perempuan. Selain itu Penelitian di Bangladesh oleh Ahsan (2004), tentang *Gender Difference in Treatment Seeking Behaviors of tuberculosis Cases in Rural Communes of Bangladesh* diperoleh bahwa ada hubungan yang signifikan dalam pencarian pengobatan TB antara laki-laki dan perempuan ($OR : 4,2$, $95\% CI : 2,0-8,4$). Hal ini kemungkinan karena adanya faktor di luar jenis kelamin yang cukup berperan, seperti halnya faktor umur tersebut di atas.

6.2.3.3 Status Perkawinan

Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar Responden adalah yang sudah menikah (89,4%). Hasil analisis hubungan antara status perkawinan dengan perilaku pencarian pengobatan menunjukkan bahwa ada sebanyak 17,0% responden yang belum menikah tidak berobat ke tenaga kesehatan dan ada sebanyak 24,2% responden yang sudah menikah tidak berobat ke tenaga kesehatan. Dari hasil penelitian disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara status perkawinan dengan perilaku pencarian pengobatan ($p=0,356$; $OR=1,56$; $95\% CI=0,705 - 3,453$) dan status perkawinan bukan merupakan *confounder*.

Hal ini kemungkinan ada kaitannya dengan penentu pengambil keputusan. Menurut anderson (1995) faktor kemampuan keluarga merupakan salah satu faktor pendukung dalam pengambilan keputusan untuk perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan

6.2.3.4 Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar Responden adalah yang berpendidikan rendah yaitu sebesar 315,8%. Hasil analisis hubungan antara pendidikan dengan perilaku pencarian pengobatan menunjukkan bahwa ada sebanyak 25% responden dengan pendidikan tinggi tidak berobat ke tenaga kesehatan dan ada sebanyak 79% responden dengan pendidikan rendah tidak berobat ke tenaga kesehatan. Dari hasil penelitian disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan dengan perilaku pencarian pengobatan ($p=0,38$; $OR=1,4$; $95\% CI=0,832 - 2,287$).

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa pendidikan bukan merupakan konfounder pada hubungan antara pengetahuan penderita suspek TB dengan Perilaku Pencarian pengobatan, artinya tingkat pendidikan penderita suspek TB Paru tidak mempengaruhi pengetahuan penderita suspek TB Paru dan perilaku pencarian pengobatan. Hal ini juga berarti keterpaparan informasi mengenai penyakit TB dan pengobatannya tidak berbeda antara penderita suspek TB yang berpendidikan tinggi dan rendah. Saat ini informasi penyakit TB seharusnya telah lebih banyak diketahui oleh masyarakat. Karena promosi tentang penanggulangan penyakit TB telah dilaksanakan secara besar-besaran sejak tahun 2005. Namun mungkin belum menjangkau pelosok daerah, terutama daerah terpencil, yang agak sulit untuk mengakses informasi.

Hasil penelitian pada analisis data sekunder ini memang berbeda dengan beberapa teori, yang menyatakan bahwa ada hubungan antara pendidikan dengan Perilaku Pencarian pengobatan (Andersen, 1980). Begitu pula dengan beberapa penelitian lain seperti yang dilakukan oleh G. Cheng, dkk (2005) pada penelitiannya tentang Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penundaan Diagnosis TB di Shandong, Cina, menunjukkan bahwa pendidikan yang rendah berhubungan secara signifikan dengan penundaan dalam mencari pengobatan dan

diagnosis. Selain itu juga pada penelitian Suherman (1995), disebutkan bahwa penderita TB paru yang berlatar belakang pendidikan SLTA, dalam mencari pengobatan terhadap penyakitnya mempunyai peluang 2 kali untuk menggunakan pelayanan kesehatan dibanding yang berpendidikan SLTP kebawah. (dalam Samad, 2001). Begitu pula halnya dengan Ghafar (2000) yang menyebutkan bahwa ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan perilaku pencarian pengobatan.

6.2.3.5 Umur

Pada variabel umur penderita suspek TB Paru, diketahui bahwa proporsi umur responden terbanyak yaitu yang berumur kurang dari 44 tahun sebanyak 56,2%. Sedangkan responden yang berumur lebih besar dan sama dengan 44 tahun ada sebanyak 43,8%. Pada hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa sebanyak 21,6% responden berumur lebih besar dan sama dengan 44 tahun tidak berobat ke tenaga kesehatan dan ada sebanyak 24,9% responden yang berumur lebih kecil dan sama dengan 44 tahun tidak berobat ke tenaga kesehatan. Hasil uji statistik diperoleh *p-value* sebesar 0,492, maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi perilaku tidak berobat ke tenaga kesehatan antara responden yang berumur lebih besar dan sama dengan 44 tahun dengan responden yang berumur kurang dari 44 tahun. Hasil analisis diperoleh juga nilai OR = 1,2 yang artinya responden yang berumur kurang dari 44 tahun akan berisiko berperilaku tidak berobat ke tenaga kesehatan 1,2 kali lebih besar dibanding dengan responden yang berumur lebih besar dan sama dengan 44 tahun. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa umur penderita suspek TB Paru bukan merupakan *confounder* pada hubungan antara pengetahuan penderita suspek TB Paru dengan Perilaku Pencarian Pengobatan, artinya umur suspek penderita TB paru tidak mempengaruhi hubungan pengetahuan penderita suspek TB paru dengan perilaku pencarian pengobatan.

Tidak berhubungannya umur dengan perilaku pencarian pengobatan, kemungkinan karena berkaitan dengan budaya Indonesia. Dalam pengambilan keputusan pencarian pengobatan kadang yang mengambi keputusan bukan hanya

si penderita sendiri, tetapi juga ada pihak lain, seperti orang tua. Hal ini seperti yang dicetuskan oleh Green dalam Notoatmodjo (2010) dan Anderson (1995) bahwa perlu adanya dorongan dalam perubahan perilaku.

Hal yang berbeda ditemukan pada penelitian G. Cheng, dkk (2005) tentang Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penundaan Diagnosis TB di Shandong, Cina serta studi yang dilakukan oleh Faussett (2002), yang berjudul *Why do patients with a cough delay seeking care at Lusaka urban health centres? A health systems research approach*, diperoleh hasil bahwa umur yang tua, berhubungan secara signifikan dengan penundaan dalam mencari pengobatan dan diagnosis. Begitu pula dengan hasil review oleh Saikh (2004) tentang perilaku pencarian pengobatan dan pemanfaatan layanan kesehatan di Pakistan, faktor umur berhubungan dengan perilaku pencarian pengobatan di sana.

6.2.3.5 Jarak dan Waktu Tempuh ke Tempat Pelayanan Kesehatan

Jarak tempuh dari sarana kesehatan merupakan faktor penting dalam utilisasi rawat sarana kesehatan. Masyarakat cenderung memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan yang ada di sekitar tempat tinggalnya. Jarak lima kilometer dianggap jarak yang dekat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan (Eko Susanto dan Mubasisyir Hasan Basri, 2006 dalam Arwinda, 2011).

Dari hasil penelitian terlihat bahwa sebagian besar responden, yaitu sebanyak (81,96%) mempunyai jarak tempuh ke puskesma yang tergolong dekat (kurang dari 5 km). Sedangkan untuk jarak ke RS sebagian besar responden (64,8%) memiliki jarak yang tergolong jauh. Untuk waktu tempuh, sebagian besar responden mempunyai waktu tempuh ke Puskesmas yang tergolong sebentar sebanyak 95,3%. Sedangkan untuk waktu tempuh ke RS sebagian besar responden memiliki waktu tempuh sebentar (68,2%).

Dari hasil analisis bivariat, terlihat bahwa sebanyak 81% responden yang jarak rumahnya dekat dengan Puskesmas tidak berobat ke tenaga kesehatan dan ada sebanyak 23 responden yang jarak rumahnya jauh ke PKM tidak berobat ke tenaga kesehatan. Untuk jarak ke RS diperoleh sebanyak 31% responden yang jarak rumahnya dekat dengan RS tidak berobat ke tenaga kesehatan dan ada

sebanyak 73% responden yang jarak rumahnya jauh ke RS tidak berobat ke tenaga kesehatan. Sedangkan untuk lama waktu ke Puskesmas dengan perilaku pencarian pengobatan menunjukkan bahwa ada sebanyak 99% responden yang waktu menuju PKM sebentar tidak berobat ke tenaga kesehatan dan ada sebanyak 5% responden yang waktu menuju ke PKM lama tidak berobat ke tenaga kesehatan. Untuk lama waktu ke RS dengan perilaku pencarian obat menunjukkan bahwa ada sebanyak 67% responden yang waktu menuju RS sebentar tidak berobat ke tenaga kesehatan dan ada sebanyak 37% responden yang waktu menuju ke RS lama tidak berobat ke tenaga kesehatan.

Dari hasil analisis juga diperoleh tidak adanya hubungan antara jarak ke Puskesmas ($p = 0,278$; $OR = 1,4$; $CI = 0,816 - 2,419$), jarak ke RS ($p = 0,229$, $OR = 1,375$, $CI = 0,856 - 2,211$), waktu tempuh ke Puskesmas ($p = 1$, $OR = 1,02$, $CI = 0,364 - 2,853$) dan waktu tempuh ke RS ($p = 0,413$, $OR = 1,248$, $CI = 0,785 - 1,983$) dengan perilaku pencarian pengobatan.

Hal ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh G. Cheng, dkk (2005) di Cina dan Fausett (2002) di Lusaka serta Rajeswari (2002) di India, menunjukkan bahwa jarak dari rumah ke pusat pelayanan kesehatan berhubungan secara signifikan dengan penundaan dalam mencari pengobatan dan diagnosis

Walaupun secara analisis statistik tidak berhubungan, namun melihat data di atas, terutama untuk responden yang memiliki jarak dekat dan waktu sebentar (akses mudah) ke puskesmas sebagian besar tidak mencari pengobatan ke tenaga kesehatan. Hal ini cukup menarik karena itu perlu dilakukan penelitian lebih lanjut, terutama penelitian kualitatif, penyebab dari responden yang memiliki akses dekat ke Puskesmas tetapi tidak melakukan pengobatan ke tenaga kesehatan serta bagaimana peran program promkes di puskesmas dalam hal ini.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

1. Sekitar seperempat penderita Suspek TB Paru mengatasi gejala TB paru dengan tidak mencari pengobatan ke tenaga kesehatan, walaupun sekitar separuh penderita suspek TB Paru di Indonesia sudah mempunyai tingkat pengetahuan yang tinggi mengenai penyakit TB.
2. Ada hubungan antara peran pengetahuan penderita suspek TB Paru dengan Perilaku Pencarian Pengobatan TB Paru di Indonesia setelah dikontrol variabel pekerjaan. Dimana penderita yang mempunyai pengetahuan rendah akan berisiko berperilaku tidak berobat ke tenaga kesehatan 2,3 kali dibanding dengan penderita yang berpengetahuan tinggi.
3. Peran pengetahuan terhadap perilaku pencarian pengobatan juga dipengaruhi oleh pekerjaan, yang artinya penderita Suspek TB Paru yang tidak bekerja mempunyai peluang lebih besar untuk tidak berobat ke tenaga kesehatan dibandingkan dengan yang bekerja.

7.2. Saran

7.2.1. Bagi Kementerian Kesehatan

1. Agar lebih meningkatkan penyuluhan kesehatan, khususnya pengetahuan tentang penyebab penyakit TB dan adanya pengobatan gratis, terutama kepada penderita suspek TB Paru yang tidak bekerja.
2. Lebih meningkatkan kemitraan dengan berbagai sektor, baik pemerintah maupun swasta, antara lain dengan :
 - a. Mendorong perusahaan untuk berperan aktif dalam program penanggulangan TB di tempat kerja melalui koordinasi dengan kementerian terkait, misalnya Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi
 - b. Lebih meningkatkan hubungan kerjasama dengan LSM/Ormas yang peduli akan penyakit TB, terutama LSM/Ormas yang telah menandatangani *Memorandum of Understanding* (MOU) dengan

Kementerian Kesehatan RI, terkait kegiatan Promosi Kesehatan. Terutama dalam promosi di masyarakat (bagi penderita yang tidak bekerja)

7.2.2. Bagi Peneliti Lain

1. Diharapkan adanya penelitian lain yang dapat melihat lebih rinci tentang pengetahuan TB, dilihat dari efektifitas keterpaparan media informasi.
2. Perlu diteliti lebih lanjut tentang kecenderungan perilaku pencarian pengobatan di kalangan pekerja dan non pekerja pada jenis pelayanan kesehatan yang lebih spesifik, serta peran perusahaan dalam menanggulangi penyakit TB
3. Untuk penelitian pada survei PSP-TB yang akan datang, perlu dimasukkan pertanyaan tentang sikap, dan persepsi penderita suspek TB dalam hal perilaku pencarian pengobatan.
4. Perlu adanya penelitian lebih lanjut, tentang tentang kecenderungan perilaku pencarian pengobatan, khususnya suspek TB Paru yang mencari pengobatan ke praktek dokter swasta serta penelitian kualitatif tentang penyebab dari responden yang memiliki akses dekat ke Puskesmas tetapi tidak melakukan pengobatan ke tenaga kesehatan serta bagaimana peran program promosi kesehatan di puskesmas terkait pengetahuan dan perilaku pencarian pengobatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahsan, Giasuddin, et al. (2004). *Gender Difference in Treatment Seeking Behaviors of tuberculosis Cases in Rural Communities of Bangladesh*. Southeast Asian J.Trop.Med. Public Health. Vol. 35, No. 1, March 2004.p. 126-135. <http://imsear.hellis.org/bitstream/123456789/34497/2/126.pdf>. Tanggal akses 13 Mei 2012.
- Ananda, Cokky Dhian. (2011). *Faktor-faktor yang Bergubungan dengan Kejadian TB Paru di Indonesia (Analisis Data Riskedas Tahun 2010)* (Tesis). Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Andersen, Ronald M. (1995). *Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?.* Journal of Health and Social Behavior; Mar 1995; 36, 1; Social Science Module
- Arwida. (2011). *Hubungan Pengetahuan Penderita Tentang TB dan Persepsi Penderita tentang Keaktifan PMO dengan Kepatuhan Penderita Menjalani Pengobatan di Kabupaten Merangin Tahun 2009-2010* (Tesis). Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Awusi RYE, Yusrizal Djama'an Saleh, Yuwono Hardiwidjoyo. (2009). *Faktor-faktor yang mempengaruhi Penemuan Penderita TB Paru di Kota Palu Provinsi Sulawesi Tengah*. Berita Kedokteran Masyarakat, Vol. 25, No. 2, Juni 2009 (hal 59-68)
- Becker, Marshall H. (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Charles b.Slack, Inc, Thorofare, New Jersey, United States
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2006). *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis*. Edisi 2, Cetakan pertama, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta
- Departemen Kesehatan RI. (2007). *Buku Panduan Pos TB Desa*. Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Pedoman Penanggulangan TB di Tempat Kerja (Workplace)*. Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta.
- Dyah Wulan Sumekar RW (2010). *Perilaku Masyarakat dalam Pencarian Pengobatan Tuberculosis Paru di Kecamatan Rajabasa*. April 19, 2012
<http://lemlit.unila.ac.id/file/arsip%202010./Prosiding%20Dies%20Natalis/KELOMPOK%20A/25%20Dyah%20Wulan%20Sumekar%20-%20PS.Kedokteran.pdf>
- Elfindri, et al. (2011). *Metode Penelitian Kesehatan*. Baduose Media Jakarta, Jakarta

- G.Cheng, et al. (2005). *Factor Affecting Delay in Tuberculosis Diagnosis in Rural China : A Case Study in Four Countie in Shandong Province*, Transaction of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene (2005), 99, 355-362.
www.elsevierhealth.com/journals/trst
- Green, Lawrence. (1980), *Health Education Planning. A diagnostic approach*. John Hopkins University: Mayfield Publishing Co.
- Ghafar, Abdul. (2000). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencarian Pengobatan Tersangka Penderita TB Paru di Kecamatan Banggai, Kabupaten Banggai Kepulauan, Tahun 2000*. (Tesis). Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Gordon, David. (2000). *Studi Kasus Kontrol Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Penderita TB Paru BTA (+) di Puskesmas Kabupaten Kapuas Hulu Tahun 2000*. (Tesis). Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Faussett , P. Godfrey. (2002). *Why do patients with a cough delay seeking care at Lusaka urban health centres? A health systems research approach*. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 6(9):796–805 © 2002 IUATLD
http://docstore.ingenta.com/cgi-in/ds_deliver/1/u/d/ISIS/68793338.1/iuatld/ijtlld/2002/00000006/00000009/art00009/7274FF30298710771336912110644514B232F510C7.pdf?link=http://www.ingentaconnect.com/error/delivery&format=pdf. Tanggal akses 13 Mei 2012
- Hastono, Sutanto Priyo. (2007). *Analisis Data Kesehatan (Basic Data Analysis for Health Research Training)*. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Jakarta.
- Junaidi, Turno. (2005). *Hubungan Pengetahuan tentang Pemeriksaan Kehamilan dengan Kualitas Pemanfaatan Pelayanan Antenatal di Kota Bogor Tahun 2004 (Analisis Data Survei Kesehatan Daerah Kota Bogor, Tahun 2004)*. (Tesis). Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2010). *Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis*. Edisi 2 Cetakan Ketiga. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2010. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. (2010a). *Rencana Operasional Promosi Kesehatan dalam Pengendalian TB*. Pusat Promosi Kesehatan. Kementerian Kesehatan. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. (2010b). *Riset Kesehatan Dasar: Riskesdas 2010*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. Jakarta

- Kementerian Kesehatan. (2011). *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberculosis*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
- Kementerian Kesehatan RI. (2011a). *Strategi Nasional Pengendalian TB 2010-2014*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Ditjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI. (2011b). *Survei Pengetahuan dan Perilaku Tuberculosis (PSP-TB) Indonesia 2010*. Kementerian Kesehatan RI, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Jakarta
- Mahpudin, A. H. (2006). *Hubungan Faktor Lingkungan Fisik Rumah, Sosial Ekonomi dan Respon Biologis terhadap Kejadian Tuberculosis paru BTA positif pada Penduduk Dewasa di Indonesia (analisis data SPTBC Susenas 2004)*. (Tesis). Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Ministry of Health Republic of Indonesia. (2011). *Indonesia Health Profile 2010*. Ministry of Health RI. Jakarta.
- Murti, Bhisma. (2010). *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Ed.2, Gadjah Mada University Press.
- Muhamad Nizar (2010). *Pemberantasan dan Penanggulangan Tuberculosis*, Goyen Publishing, Yogyakarta
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2005). *Promosi Kesehatan, Teori dan Aplikasi*. PT. Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta
- Shaikh, Babar T dan Hatcher, Juanita. (2004). *Health seeking behaviour and health service utilization in Pakistan: challenging the policy makers*. Journal of Public Health Vol. 27, No. 1, pp. 49–54 doi:10.1093/pubmed/fdh207 Advance Access Publication 8 December 2004, <http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/27/1/49.full.pdf+html>, tanggal akses 13 Mei 2012
- Samad, Mardjono. (2001). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pelayanan Kesehatan bagi Penderita Tersangka TB Paru di Kecamatan Palu Selatan, Kota Palu, Tahun 2001*. (Tesis). Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Tjandra Yoga Aditama, Hadiarto Mangunegoro. (1996). *Berbagai Aspek Pengetahuan tentang Tuberculosis*. Cermin Dunia Kedokteran No. 62, 1990, 10- 13. [http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files/cdk_062_tuberculosis_\(i\).pdf](http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files/cdk_062_tuberculosis_(i).pdf)

Thawaf, Sukmahadi. (2000). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan Perilaku Pencarian Pengobatan Pertama Tersangka Penderita TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas DTP Jayagiri, Lembang, Kabupaten Bandung, Tahun 2000*. (Tesis). Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

WHO (2011). *Global Tuberculosis Control; WHO report 2011*, WHO, Geneva.



Nomor Kuesioner :

Waktu mulai wawancara: :

REPUBLIK INDONESIA

KEMENTERIAN KESEHATAN & UNIT ASSESSMENT DAN INTERVENSI KESEHATAN FKM-UI



SURVEI PENGETAHUAN SIKAP DAN PERILAKU TUBERKULOSIS 2009-2010



RAHASIA

PSP-TB 2009-2010

I. PENGENALAN TEMPAT

01	Provinsi		<input type="checkbox"/>
02	Kabupaten / Kota		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
03	Kecamatan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
04	Desa / kelurahan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
05	Nomor urut rumah tangga yang dikunjungi		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
06	Alamat rumah lengkap	..... .....

II. KETERANGAN RUMAH TANGGA*

01	Nama kepala rumah tangga	.....
02	Banyaknya anggota rumah tangga (ART)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
03	Jumlah ART umur \geq 15 tahun		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
04	Nama responden terpilih	.....
05	Nomor urut responden terpilih		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

III. KETERANGAN WAWANCARA

01	Tanggal kunjungan	Tanggal.... Bulan.....Tahun.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
02	Nama pewawancara		
03	Tanda tangan pewawancara		
04	Nama pemeriksa (Peneliti Pusat)		
05	Tanda tangan pemeriksa (Peneliti Pusat)		
06	Tanggal pemeriksaan	Tanggal.... Bulan..... Tahun.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

*) diisi setelah wawancara

IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

No. urut	Nama anggota rumah tangga (ART)	Hubungan dengan kepala rumah tangga [kode]	Jenis kelamin 1. Laki2 2. Prpn	Umur (tahun)	Status kawin [kode]	ART 15 tahun ke atas	
						Berikan tanda cek (✓) untuk laki-laki dan silang (X) untuk perempuan	No. urut calon responden dan pemilihan responden [Lihat penjelasan]
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
01		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
02		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
03		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
04		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
05		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
06		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
07		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
08		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
09		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
11		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
12		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
13		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
14		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
15		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

<p style="text-align: center;">Kode kolom 3 : Hubungan dengan Kepala RumahTangga:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>1. Kepala rumah tangga</td> <td>4. Menantu</td> <td>7. Famili lain</td> </tr> <tr> <td>2. Istri/suami</td> <td>5. Cucu</td> <td>8. Pembantu rt</td> </tr> <tr> <td>3. Anak</td> <td>6. Orang tua/ mertua</td> <td>9. Lainnya</td> </tr> </table>	1. Kepala rumah tangga	4. Menantu	7. Famili lain	2. Istri/suami	5. Cucu	8. Pembantu rt	3. Anak	6. Orang tua/ mertua	9. Lainnya	<p style="text-align: center;">Kode kolom 6 Status perkawinan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Belum kawin 2. Kawin 3. Cerai hidup 4. Cerai mati 	<p style="text-align: center;">Kode kolom 8</p> <p>Lingkari No urut ART yang terpilih sebagai responden sesuai dengan Tabel Kish (lihat pedoman).</p>
1. Kepala rumah tangga	4. Menantu	7. Famili lain									
2. Istri/suami	5. Cucu	8. Pembantu rt									
3. Anak	6. Orang tua/ mertua	9. Lainnya									

No. Urut sampel rt (Blok I R8)	Jumlah ART 15 tahun ke atas					
	1	2	3	4	5	6 atau lebih
	Nomor responden terpilih					
01	1	1	1	1	1	1
02	1	1	1	1	1	1
03	1	1	1	1	1	1
04	1	1	1	1	1	1
05	1	1	1	1	2	2
06	1	1	1	2	2	2
07	1	1	1	2	2	2
08	1	1	2	2	2	2
09	1	1	2	2	3	3
10	1	1	2	2	3	3

No. Urut sampel rt (Blok I R8)	Jumlah ART 15 tahun ke atas					
	1	2	3	4	5	6 atau lebih
	Nomor responden terpilih					
11	1	2	2	3	3	3
12	1	2	2	3	3	4
13	1	2	2	3	4	4
14	1	2	2	3	4	4
15	1	2	3	3	4	5
16	1	2	3	4	4	5
17	1	2	3	4	5	5
18	1	2	3	4	5	6
19	1	2	3	4	5	6
20	1	2	3	4	5	6

V. DEMOGRAFI

01	Nama responden terpilih (Salin dari Blok IV, kolom 2)	.....
02	Nomor urut responden terpilih (Salin dari Blok IV, kolom 1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
03	Apa pendidikan formal tertinggi yang Anda selesaikan? 1. Tidak sekolah 3. Tamat SD/ sederajat 5. Tamat SLTA/ sederajat 2. Tidak Tamat SD 4. Tamat SLTP/ sederajat 6. Tamat Perguruan Tinggi	<input type="checkbox"/>
04	Apa pekerjaan Anda? 1. Tidak bekerja 4. Pegawai Swasta/ BUMN 7. Petani/ Nelayan 2. Sekolah 5. Wiraswasta / Pedagang 8. Buruh 3. PNS/ TNI/ POLRI 6. Pelayanan jasa 9. Lainnya, Sebutkan.....	<input type="checkbox"/>

VI. AKSES KE PELAYANAN KESEHATAN

05	Berapa kira-kira jarak dari rumah Anda ke Puskesmas dan Rumah Sakit terdekat yang memberi pelayanan kesehatan? 1. < 1 km 3. 3 – < 5 km 5. Tidak tahu 2. 1 – < 3 km 4. ≥ 5 km	a. Puskesmas: .....kilometer b. Rumah Sakit: .....kilometer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
06	Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mencapai Puskesmas dan Rumah Sakit terdekat yang memberi pelayanan kesehatan? 1. < 30 menit 3. ≥ 1 jam 2. 30 menit - < 1 jam 4. Tidak tahu	a. Puskesmas: .....menit / jam b. Rumah Sakit: menit / jam	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

VII. PENGETAHUAN TB

07	Apakah Anda pernah mendengar tentang TB?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
08	Dari mana Anda memperoleh informasi tentang penyakit TB? [JAWABAN TIDAK DIBACAKAN]	Ada lagi?	
	a. Petugas kesehatan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Radio	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Televisi	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Majalah/koran	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	e. Brosur/Poster/Selebaran	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	f. Tokoh agama/Tokoh masyarakat	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	g. Guru	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	h. Teman/keluarga/Tetangga/Orangtua	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	i. Lainnya, Sebutkan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
09	Informasi kesehatan apa saja yang Anda butuhkan tentang penyakit TB?	..... ..... .....
10	Dari jawaban pertanyaan nomor 09, informasi mana yang paling Anda butuhkan tentang penyakit TB?	..... .....

11	Media manakah yang paling Anda sukai untuk mendapatkan informasi penyakit TB? Bacakan dan pilih 2 yang paling disukai kemudian isikan sesuai dengan ranking.	1. Koran dan atau majalah 2. Radio 3. TV 4. Billboard 5. Brosur, poster, selebaran 6. Lainnya, Sebutkan.....	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
12	Siapa yang paling Anda sukai untuk memberikan informasi penyakit TB? Bacakan dan pilih 2 yang paling disukai kemudian isikan sesuai dengan ranking.	1. Petugas Kesehatan 2. Keluarga, teman, tetangga, sejawat 3. Tokoh agama/ Tokoh masyarakat 4. Guru 5. Lainnya, Sebutkan.....	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
13	Menurut Anda, seberapa bahaya penyakit TB? [JAWABAN DIBACAKAN]	1. Sangat berbahaya 2. Berbahaya 3. Tidak berbahaya 4. Lainnya, Sebutkan.....	<input type="checkbox"/>
14	Menurut Anda, bagaimana masalah penyakit TB di Indonesia? [JAWABAN DIBACAKAN]	1. Sangat mengkhawatirkan 2. Mengkhawatirkan 3. Tidak mengkhawatirkan 4. Lainnya, Sebutkan.....	<input type="checkbox"/>
15	Apakah penyakit TB dapat menular?	1. Ya 2. Tidak → P.17 3. Tidak tahu → P.17	<input type="checkbox"/>
16	Bagaimana cara penularan penyakit TB? [JAWABAN TIDAK DIBACAKAN]	Ada lagi?	
	a. Guna-guna/kutukan/kemasukan roh jahat	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Penyakit keturunan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Percikan dahak dari batuk atau bersin penderita TB	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Polusi udara	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	e. Melalui berjabat tangan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	f. Melalui alat pada sarana pelayanan umum (mis: WC, telepon umum dll)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	g. Menggunakan alat makan yang sama dengan penderita TB	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	h. Makan/minum bersama dari alat yang sama dengan penderita TB	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
i. Lainnya, Sebutkan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
17	Apa saja tanda dan gejala penyakit TB? [JAWABAN TIDAK DIBACAKAN]	Ada lagi?	
	a. Batuk berdahak ≥ 2 minggu	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Batuk berdarah	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Sesak napas	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Sakit / nyeri di dada	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	e. Letih/lemas	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	f. Berat badan turun	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	g. Demam/meriang	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

	h. Keringat malam tanpa aktivitas	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	i. Nafsu makan berkurang	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	j. Tidak tahu	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	k. Lainnya, Sebutkan.....	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
18	Menurut Anda, pemeriksaan apa yang memastikan seseorang menderita penyakit TB? [JAWABAN TIDAK DIBACAKAN]	Ada lagi?	
	a. Pemeriksaan dahak (Sewaktu-Pagi-Sewaktu)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Pemeriksaan foto rontgen	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Lainnya, Sebutkan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
19	Bagaimana cara mencegah agar tidak tertular penyakit TB? [JAWABAN TIDAK DIBACAKAN]	Ada lagi?	
	a. Menutup hidung dan mulut ketika penderita TB batuk atau bersin	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Menghindari penggunaan alat makan bersama dengan penderita TB	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Mencuci tangan segera setelah bersentuhan dengan sarana umum	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Imunisasi BCG	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	e. Mengobati penderita TB sampai dinyatakan sembuh oleh tenaga kesehatan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	f. Cukup ventilasi dan masuknya sinar matahari ke dalam rumah	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	g. Makan makanan bergizi	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	h. Lainnya, Sebutkan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
20	Menurut Anda berapa lama seseorang penderita TB harus minum obat TB? [JAWABAN TIDAK DIBACAKAN]	1. Kurang dari 1 minggu 2. 1-2 minggu 3. 2 bulan 4. \geq 6 bulan 5. Tidak Tahu 6. Lainnya, Sebutkan:.....	<input type="checkbox"/>
21	Menurut Anda, siapa saja yang bisa terkena penyakit TB? [JAWABAN TIDAK DIBACAKAN]	Siapa lagi?	
	a. Semua orang	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Dewasa	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Anak	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Lainnya, Sebutkan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
22	Apakah penyakit TB bisa disembuhkan?		<input type="checkbox"/>
	1. Ya 2. Tidak →P.24 3. Tidak tahu →P.24		

23	Bagaimana penderita TB dapat disembuhkan? [JAWABAN TIDAK DIBACAKAN]	Ada lagi?	
	a. Minum jamu / herbal	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Istirahat yang cukup tanpa obat-obatan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Minum obat secara teratur	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Lainnya, Sebutkan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
24	Jika penderita TB tidak diobati apa akibatnya pada penderita? [JAWABAN TIDAK DIBACAKAN]	Ada lagi	
	a. Tidak sembuh	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Sembuh sendiri	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Cacat	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Meninggal	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
e. Lainnya, Sebutkan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
25	Jika penderita TB tidak minum obat secara teratur sesuai dengan anjuran, apa akibatnya bagi penderita? [JAWABAN TIDAK DIBACAKAN]	Ada lagi?	
	a. Tidak masalah	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Tidak sembuh	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Kebal terhadap Obat Anti TB	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Menularkan kepada orang lain	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	e. Sembuh sendiri	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	f. Meninggal	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
g. Lainnya, Sebutkan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
26	Sepengetahuan Anda, apakah obat TB diberikan secara gratis?	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
VIII. SIKAP TERHADAP TB DAN PERILAKU PENCARIAN PENGOBATAN			
27	Bagaimana perasaan Anda jika menderita TB? [JAWABAN TIDAK DIBACAKAN]	Ada lagi ?	
	a. Takut	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Kaget	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Malu	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Rendah diri	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	e. Sedih	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	f. Putus asa	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
g. Lainnya, Sebutkan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	

28	Jika Anda menderita TB, dengan siapa saja Anda membicarakannya? [JAWABAN TIDAK DIBACAKAN]		Siapa lagi?	
	a. Tenaga kesehatan (dokter, perawat, mantri, bidan)		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Pasangan		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Orang tua		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Anak		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	e. Kakak/ Adik		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	f. Famili (Selain Keluarga inti)		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	g. Teman		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	h. Lainnya, Sebutkan		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
29	Jika Anda menderita TB, apa yang Anda lakukan? [JAWABAN TIDAK DIBACAKAN]		Ada lagi?	
	a. Pergi ke RS Pemerintah		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Pergi ke RS Swasta		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Pergi ke Puskesmas		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Pergi ke praktek dokter		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	e. Pergi ke praktek bidan/perawat		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	f. Pergi ke RS/ Klinik Khusus Paru (Balai Kesehatan Paru Masyarakat)/ BP4		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	g. Pergi ke pengobatan alternatif (termasuk dukun)		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	h. Berobat sendiri		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	i. Dibiarkan		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	j. Lainnya, Sebutkan		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
30	Jika Anda menderita TB, kapan Anda akan berobat ke pelayanan kesehatan? [JAWABAN TIDAK DIBACAKAN]			<input type="checkbox"/>
	1. Segera ke pelayanan kesehatan 2. Jika pengobatan sendiri tidak ada perbaikan 3. Keluhan berlangsung lama	4. Tidak akan pergi ke pelayanan kesehatan (alasan.....) 5. Lainnya, (Sebutkan))		
31	Jika keluarga Anda ada yang menderita TB, apa yang akan Anda lakukan? [JAWABAN TIDAK DIBACAKAN]		Ada lagi?	
	a. Membawa ke pelayanan kesehatan		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Merahasiakannya		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Pergi ke pengobatan alternatif		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Berobat sendiri		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	e. Dibiarkan		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

	f. Menghindari penderita karena takut tertular	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	g. Lainnya, Sebutkan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
IX. RIWAYAT PENYAKIT TB			
32	Apakah Anda pernah mengalami batuk berdahak/berdarah selama 2 minggu atau lebih dalam 2 tahun terakhir?	1.Ya 2. Tidak → P.34	<input type="checkbox"/>
33	Apa yang Anda lakukan untuk mengatasi keadaan tersebut? 1. Tidak kemana-mana 2. Mengobati sendiri 3. Berobat ke tenaga kesehatan 4. Lainnya, Sebutkan		<input type="checkbox"/>
34	Apakah Anda pernah dinyatakan sakit TB oleh tenaga kesehatan dalam 2 tahun terakhir?	1.Ya 2.Tidak → BLOK X (CATATAN)	<input type="checkbox"/>
35	Gejala apa yang mendorong Anda mencari pengobatan ke tenaga kesehatan?	..... .....
36	Kemana Anda mencari pertolongan pengobatan sebelum ke tenaga kesehatan? (Uraikan secara kronologis/ waktu)	..... ..... .....
37	Berapa lama waktu antara Anda mengalami gejala tersebut sampai dinyatakan sakit TB oleh tenaga kesehatan?	..... minggu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
38	Apakah dilakukan pemeriksaan dahak?	1. Ya 2. Tidak → P.40	<input type="checkbox"/>
39	Berapa kali dilakukan pemeriksaan dahak? [LIHAT TB04 ATAU TB01 ATAU TB03 KORDINASI DENGAN DINAS KESEHATAN]	..... kali	<input type="checkbox"/>
	a1. Pemeriksaan I: Tgl.... bln.... thn... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a2. Hasil Pemeriksaan I: 1.Positif 2.Negatif 3. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	b1. Pemeriksaan II: Tgl.... bln.... thn... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b2. Hasil Pemeriksaan II: 1.Positif 2.Negatif 3. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
	c1. Pemeriksaan III: Tgl... bln.... thn... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c2. Hasil Pemeriksaan III: 1.Positif 2.Negatif 3. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
40	Apakah dilakukan pemeriksaan rontgen paru (foto toraks)?	1. Ya 2. Tidak → P.42	<input type="checkbox"/>
41	Bagaimana hasil rontgen paru (foto toraks)?	1. Postif TB 2. Negatif	<input type="checkbox"/>
42	Kapan Anda dinyatakan/didiagnosis TB oleh tenaga kesehatan? [LIHAT TB 01 KORDINASI DENGAN DINAS KESEHATAN]	Tgl....., Bln:....., Thn.....,	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
43	Apakah Anda mendapat obat anti TB?	1. Ya → P.45 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
44	Apa alasan tidak mendapat pengobatan?		
	a. Tidak mempunyai biaya transport	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Obat habis di fasilitas kesehatan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Takut efek samping obat	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Berobat ke pengobatan alternatif	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	e. Lainnya, Sebutkan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

UNTUK RESPONDEN YANG MENJAWAB P.43 = "2" LANJUT KE P.44 → BLOK X (CATATAN)

45	Jika "Ya" kapan mulai minum obat anti TB? [LIHAT TB01 KORDINASI DENGAN DINAS KESEHATAN]	Tgl....., Bln:....., Thn.....,	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	
46	Kapan Anda minum obat anti TB yang terakhir [LIHAT TB01 KORDINASI DENGAN DINAS KESEHATAN]	Tgl....., Bln:....., Thn.....,	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	
47	Dimana pertama kali mendapat obat anti TB? 1. RS Paru 3. Puskesmas/ Pustu 5. Klinik Khusus Paru 7. Praktek Perawat/ Bidan 9. Lainnya, Sebutkan 2. RS 4. Klinik Swasta 6. Praktek Dokter 8. Poskesdes		<input type="checkbox"/>	
Alamat fasilitas kesehatan :				
48	Selanjutnya di mana Anda mendapat obat anti TB? 1.RS Paru 3. Puskesmas/ Pustu 5. Klinik Khusus Paru 7. Praktek Perawat/ Bidan 9. Lainnya, Sebutkan 2. RS 4. Klinik Swasta 6. Praktek Dokter 8. Poskesdes		<input type="checkbox"/>	
49	Berapa lama minum obat?	..... bulan	<input type="text"/>
50	Jika jawaban pertanyaan nomor 49 kurang dari 6 bulan, apakah Anda masih dalam pengobatan?	1. Ya →P.52 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
51	Apakah alasan utama Anda tidak minum obat TB? 1. Sudah merasa enak /tidak batuk darah 4. Tidak ada sarana angkutan 7. Karena efek samping obat TB 2. Karena tidak ada perubahan 5. Tidak ada yang mengambil obat TB 8. Kencing berwarna merah 3. Tidak mempunyai biaya berobat 6. Obat habis di fasilitas kesehatan 9. Lainnya		<input type="checkbox"/>	
52	Apakah setelah meminum obat tersebut, kencing berwarna merah?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
53	Apa yang Anda keluhkan selama minum Obat Anti TB? [JAWABAN TIDAK DIBACAKAN]	Ada lagi?		
	a. Mual	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	b. Lemas	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	c. Kembung	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	d. Pusing/ sakit kepala	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	e. Kuning pada mata dan atau kulit	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	f. Gatal atau kemerahan pada kuli	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	g. Telinga berdenging/pendengaran menurun	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	h. Badan berasa enak	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
	i. Lainnya, Sebutkan.....	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
54	Jika mengalami keluhan tersebut di atas, apa yang Anda lakukan?			
	a. Berhenti minum obat	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>	e. Pergi ke pengobat tradisional/alternatif	1. Ya 2.Tidak <input type="checkbox"/>
	b. Terus minum obat	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>	f. Beli obat sendiri	1. Ya 2.Tidak <input type="checkbox"/>
	c. Pergi berobat ke tenaga kesehatan	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>	g. Minum jamu	1. Ya 2.Tidak <input type="checkbox"/>
	d. Tidak melakukan apapun	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>	h. Lainnya, Sebutkan	1. Ya 2.Tidak <input type="checkbox"/>

55	Apakah ada Pengawas Menelan Obat (PMO)?	1. Ya 2. Tidak →P.58	<input type="checkbox"/>
56	Siapa PMO Anda?		<input type="checkbox"/>
	1. Petugas kesehatan 2. Keluarga 3. Kader 4. Lainnya, Sebutkan.....		
57	Apa yang dilakukan PMO terhadap Anda?		
	a. Mengingatkan menelan obat	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Menemani mengambil obat	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Mengingatkan pemeriksaan dahak	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Mengambil obat	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	e. Lainnya, Sebutkan.....	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
58	Bagaimana Anda mendapatkan obat anti TB (yang paling sering)?		<input type="checkbox"/>
	1. Diambil sendiri 2. Diambil oleh keluarga 3. Diambil oleh PMO 4. Diantar oleh petugas kesehatan		
59	Apakah obat anti TB yang Anda peroleh tersebut gratis?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
60	Apakah dilakukan pemeriksaan dahak setelah 2 bulan pengobatan?	1. Ya 2. Tidak →P.62	<input type="checkbox"/>
61	Jika "Ya" apa hasilnya?	1. Positif TB 2. Negatif	<input type="checkbox"/>
62	Pada pengobatan TB yang terakhir, apakah sudah dinyatakan sembuh oleh tenaga kesehatan?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
63	Apakah dilakukan pemeriksaan dahak pada bulan terakhir pengobatan?	1. Ya, .....kali 2. Tidak →P.65	<input type="checkbox"/> kali
64	Bagaimana hasil pemeriksaan dahak tersebut?	1. Positif TB 2. Negatif	<input type="checkbox"/>
65	Apakah dilakukan pemeriksaan rontgen paru (foto toraks) pada saat pengobatan terakhir?	1. Ya 2. Tidak →P.67	<input type="checkbox"/>
66	Bagaimana hasil pemeriksaan foto rontgen tersebut?	1. Sembuh 2. Belum sembuh	<input type="checkbox"/>
67	Pesan kesehatan apa saja yang Anda peroleh dari tenaga kesehatan selama menjalani pengobatan TB?		
	a. Tentang penyakit TB	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	b. Pengobatan TB	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	c. Pemeriksaan dahak	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
	d. Lain-lain, Sebutkan.....	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
68	Menurut Anda apakah pesan kesehatan tersebut cukup?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
69	Pesan kesehatan apa lagi yang Anda butuhkan?	..... .....

X. CATATAN

Waktu selesai wawancara: :

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. (021) 7864975, FAX. (021) 7863472

No : 5096/H2.F10/PPM.00.00/2012
Lamp. : ---
Hal : Ijin penelitian, menggunakan data & wawancara

5 Juni 2012

Kepada Yth.
Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI
Jl. Percetakan Negara, No.29
Jakarta Pusat

Sehubungan dengan penulisan tesis mahasiswa Program Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami :

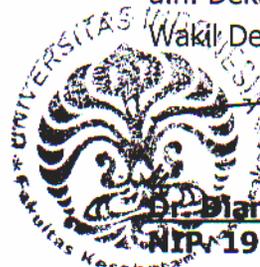
Nama : Lenny Wulandari
NPM : 1006747050
Thn. Angkatan : 2010/2011
Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Promosi Kesehatan

Untuk melakukan penelitian, menggunakan data dan wawancara, yang kemudian data tersebut akan dianalisis kembali dalam penulisan tesis dengan judul, "*Peran Pengetahuan Terhadap Perilaku Pencarian Pengobatan Suspek TB Paru di Indonesia (Analisis Data Survei Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Tuberkulosis 2010)*".

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Bapak/Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku dinomor telp. (021) 7863475.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami haturkan terima kasih.

a.n. Dekan FKM UI
Wakil Dekan,



Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH
NIP. 19720825 199702 1 002

Tembusan:

- PJ. Survei Pengetahuan Sikap & Perilaku TB (PSP – TB) 2010
- Kepala Pusat Kesehatan Intervensi Kesehatan Masyarakat Badan Litbangkes
- Pembimbing tesis
- Arsip