

PROFIL PENDERITA TB PARU KLINIS YANG TIDAK BEROBAT DI PELAYANAN KESEHATAN, DI INDONESIA TAHUN 2010

(Profile the Clinical Lung Tuberculosis Who did not Seek Treatment in Health Facilities, in Indonesia Year 2010)

Gurendro Putro¹, dan Noor Edi Widya Sukoco¹

ABSTRACT

Background: Further analysis of the results of health research foundation in 2010 in this report on the profile penderita clinical pulmonary TB disease is not treated in the health service. The data analyzed is the result of basic health research in clinical pulmonary TB patients who do not seek treatment in health care. **Methods:** This analysis is the deepening of research on the basic health questionnaire B18 RKD10.RT question by finding that respondent characteristics of age, gender, education level and job type, and location of residence and social situation ekonomi. It is also seen in disease prevention behavior Pulmonary TB and state family room and bedroom sufferers. **Results:** Having done the analysis, there are 4966 clinical pulmonary TB patients and who do not seek treatment at health care as many as 2842 patients (57.7%). So that the data analyzed is as much as 2842 people. From the test results of Chi square analysis variables associated with pulmonary TB prevention behaviors are age ($p = 0.001$), education level ($p = 0.001$), occupation ($p = 0.001$), residence of respondents ($p = 0.001$), socioeconomic ($p = 0.001$), and housing conditions ($p = 0.001$). **Conclusions:** Health workers are health care workers provide counseling on the importance of treatment for patients with pulmonary tuberculosis clinical and laboratory examinations do know the existence of BTA +. Also expected clinical pulmonary TB patients do not spit everywhere.

Key words: profile, clinic TB case, don't therapy in health services

ABSTRAK

Latar Belakang: Analisis lanjut hasil riset kesehatan dasar 2010 dalam laporan ini tentang profil penderita penyakit TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan. Data yang dianalisis merupakan hasil dari riset kesehatan dasar pada penderita TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan. **Metode:** Analisis ini merupakan pendalaman dari hasil riset kesehatan dasar pada kuesioner RKD10.RT pertanyaan B18 dengan mencari karakteristik responden yaitu umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan jenis pekerjaan, serta lokasi tempat tinggal dan keadaan sosial ekonomi. Selain itu juga dilihat perilaku pencegahan pada penyakit TB Paru dan keadaan ruang keluarga dan kamar tidur penderita. **Hasil:** Setelah dilakukan analisis, terdapat 4966 penderita TB Paru klinis dan yang tidak berobat di pelayanan kesehatan sebanyak 2.842 penderita (57,7%). Sehingga data yang dianalisis adalah sebanyak 2.842 penderita. Dari hasil uji analisis Chi Square variabel yang berhubungan dengan perilaku pencegahan TB Paru adalah umur ($p = 0,001$), tingkat pendidikan ($p = 0,001$), jenis pekerjaan ($p = 0,001$), tempat tinggal responden ($p = 0,001$), sosial ekonomi ($p = 0,001$), dan kondisi rumah ($p = 0,001$). Sedangkan perilaku berobat responden berhubungan dengan umur ($p = 0,007$), jenis kelamin ($p = 0,001$), tingkat pendidikan ($p = 0,001$), jenis pekerjaan ($p = 0,001$), sosial ekonomi ($p = 0,001$) dan perilaku pencegahan ($p = 0,001$). **Kesimpulan:** Petugas kesehatan memberikan penyuluhan tentang pentingnya berobat bagi penderita TB Paru klinis, dan melakukan pemeriksaan laboratorium mengetahui keberadaan BTA +. Selain itu diharapkan penderita TB Paru klinis tidak meludah di sembarang tempat.

Kata kunci: profil, penderita TB Paru klinis, tidak berobat di pelayanan kesehatan

Naskah Masuk: 2 April 2012, Review 1: 4 April 2012, Review 2: 9 April 2012, Naskah layak terbit: 24 April 2012

¹ Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jl. Indrapura 17 Surabaya
Alamat korespondensi: E-mail: gurendro_putro@yahoo.com

PENDAHULUAN

Penyakit TBC adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri Mikobakterium tuberkulosa. Bakteri ini berbentuk batang dan bersifat tahan asam sehingga dikenal juga sebagai Batang Tahan Asam (BTA). Bakteri ini pertama kali ditemukan oleh Robert Koch pada tanggal 24 Maret 1882, sehingga untuk mengenang jasanya bakteri tersebut diberi nama baksil Koch. Bahkan, penyakit TBC pada paru-paru kadang disebut sebagai Koch Pulmonum (KP).

Penyakit TBC biasanya menular melalui udara yang tercemar dengan bakteri Mikobakterium tuberkulosa yang dilepaskan pada saat penderita TBC batuk, dan pada anak-anak sumber infeksi umumnya berasal dari penderita TBC dewasa. Bakteri ini bila sering masuk dan terkumpul di dalam paru-paru akan berkembang biak menjadi banyak (terutama pada orang dengan daya tahan tubuh yang rendah), dan dapat menyebar melalui pembuluh darah atau kelenjar getah bening. Oleh sebab itulah infeksi TBC dapat menginfeksi hampir seluruh organ tubuh seperti: paru-paru, otak, ginjal, saluran pencernaan, tulang, kelenjar getah bening, dan lain-lain, meskipun demikian organ tubuh yang paling sering terkena yaitu paru-paru. Gejala klinis TB paru adalah demam tidak terlalu tinggi yang berlangsung lama, biasanya dirasakan malam hari disertai keringat malam. Kadang-kadang serangan demam seperti influenza dan bersifat hilang timbul; penurunan nafsu makan dan berat badan; batuk-batuk selama lebih dari 3 minggu (dapat disertai dengan darah) dan perasaan tidak enak (*malaise*), lemah.

Penyakit TB Paru masih merupakan masalah utama kesehatan masyarakat, dimana kejadian kematian hampir 25% penyebab kematian. Kasus TB Paru di Indonesia diperkirakan setiap 100.000 penduduk terdapat 130 penderita baru dengan BTA positif. (WHO, 1999). Dalam laporan tahunan Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur tahun 2000, prevalensi TB Paru sebesar 1,30 per 10.000 penduduk. Penderita yang banyak pada usia produktif sekitar 75%, kelompok ekonomi lemah dan pendidikan rendah. Mengingat gawatnya penyakit TB Paru ini dan sangat menular sehingga perlu penanganan yang baik. (Depkes, 2008).

Risiko penularan setiap tahun antara 1–2%. Tanpa pengobatan selama lima tahun 50% penderita akan meninggal, 25% sembuh sendiri dengan daya tahan tubuh tinggi dan 25% sebagai kasus kronik

yang menular. (WHO & Depkes, 2000). TB Paru dapat disembuhkan dengan pengobatan yang teratur, keberhasilan pengobatan dipengaruhi status gizi, imunitas, lingkungan, sarana dan prasarana yang mendukung keteraturan berobat. Untuk menjamin dalam keteraturan berobat penderita TB Paru diperlukan seorang pengawas pengobatan.

Sejak tahun 1995 pengobatan TB Paru melibatkan satu orang pengawas menelan obat, yang dikenal dengan DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) yang direkomendasi oleh WHO. Angka kesembuhan penderita TB Paru yang berobat ditempat pelayanan kesehatan pada tahun 2003, secara nasional sebesar 72,2% sedangkan di Jawa Timur sebesar 60,3%. Di Indonesia penyakit TBC merupakan penyebab kematian terbesar kedua setelah penyakit jantung. Sedangkan di dunia, merupakan penyakit yang terbanyak ke tiga setelah negara Cina dan India. Yang terserang penyakit TBC biasanya golongan sosial ekonomi rendah, banyak menyerang pada kelompok umur 15–54 tahun (produktif) dan hampir $\frac{3}{4}$ penderita adalah kelompok umur produktif. Di dunia sekitar 2–3 juta kematian karena penyakit TBC setiap tahunnya dan sekitar 1% penduduk dunia setiap tahun tertular penyakit TBC. (Yulianto, 2007).

Menurut Undang Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan bahwa fasilitas kesehatan menurut jenisnya adalah pelayanan kesehatan perseorangan dan masyarakat. Secara strata meliputi pelayanan kesehatan tingkat pertama, kedua dan ketiga. Penyediaan pelayanan kesehatan menjadi tanggung jawab pemerintah pusat, daerah dan swasta. Keberadaan fasilitas kesehatan dapat memberikan akses bagi kebutuhan penelitian dan pengembangan dan dihasilkannya laporan kinerja yang berguna untuk pengembangan pembangunan kesehatan baik pusat maupun daerah. Penentuan jumlah dan jenis fasilitas pelayanan kesehatan mempertimbangan luas wilayah; kebutuhan kesehatan; jumlah dan persebaran penduduk; pola penyakit; pemanfaatannya; fungsi sosial; dan kemampuan dalam memanfaatkan teknologi.

Masalah penelitian dalam analisis lanjut hasil riskesdas 2010 terkait dengan pemberantasan TB Paru adalah belum semua penderita yang memiliki gejala klinis TB Paru seperti batuk lebih dari 2 minggu, disertai batuk darah, berat badan menurun dan berkeringat malam hari tanpa ada aktivitas fisik, untuk berobat ke pelayanan kesehatan. Hal ini akan menjadi masalah bila dalam tidak berobat dan dapat menularkan penyakit tersebut ke keluarga terdekat,

tetangga atau temannya. Untuk itu peneliti lebih mencermati upaya penderita TB Paru klinis yang tidak berobat dan dilakukan usaha agar tidak menularkan penyakit tersebut ke orang lain. Topik penelitian ini pada perilaku penderita TB Paru klinis dan pengaruh penyakitnya kepada orang lain, yaitu keluarganya.

Tujuan umum adalah menganalisis hubungan karakteristik, sosial ekonomi dengan perilaku penderita TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan. Tujuan khusus adalah mengidentifikasi karakteristik penderita TB Paru klinis yang tidak berobat; mengidentifikasi sosial ekonomi penderita TB Paru klinis yang tidak berobat; mengidentifikasi wilayah tinggal penderita TB Paru klinis yang tidak berobat; mengidentifikasi perilaku pencegahan penderita TB Paru klinis yang tidak berobat; mengidentifikasi kondisi rumah penderita TB Paru klinis yang tidak berobat; mengetahui alasan penderita TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan; menganalisis hubungan karakteristik, sosial ekonomi, wilayah tinggal, kondisi rumah dengan perilaku pencegahan dan menganalisis hubungan karakteristik, sosial ekonomi, wilayah tinggal, kondisi rumah dengan penderita TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan.

METODE

Rancangan dalam penelitian ini dengan jenis penelitian *cross sectional* dilakukan secara observasional. Populasi penelitian ini adalah penderita TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan data dari Riset Kesehatan Dasar 2010 sebanyak 2.842 responden. Analisa data dengan menggunakan program statistik untuk mencari hubungan antar variabel.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kejadian TB Paru klinis di Indonesia menurut Riset Kesehatan Dasar 2010

Tabel 1. Distribusi penderita Tb paru klinis, di Indonesia tahun 2010

Keadaan TB Paru klinis	Frekuensi	Persen
Berobat ke yankes	2.124	42,8
Tidak berobat ke yankes	2.842	57,2
Total	4.966	100.0

Jumlah penderita TB Paru klinis hasil riset kesehatan dasar MDG's tahun 2010 didapatkan 4.966 kasus. Dari data tersebut, yang berobat ke pelayanan kesehatan sebanyak 2.124 penderita (42,8%) dan yang tidak berobat di pelayanan kesehatan sebanyak 2.842 (57,2%). Dari yang tidak berobat di pelayanan kesehatan tersebut ada 3 sebab yaitu responden membeli obat sendiri di toko obat, minum obat herbal atau tradisional dan tidak berobat. Hal ini merupakan tantangan bagi tenaga kesehatan terutama di puskesmas sebagai garda terdepan dalam memberi pelayanan kesehatan pada masyarakat. Masih tinggi penderita Tb paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan.

Tingkat kepercayaan penderita Tb paru klinis masih kurang pada pelayanan kesehatan, sehingga penderita masih berobat sendiri dengan membeli di toko obat, usaha minum obat herbal atau minum obat tradisional serta sama sekali tidak minum obat. Dalam analisis hasil riset kesehatan dasar ini, difokuskan pada penderita TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan.

Karakteristik penderita TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan

Karakteristik penderita TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan dalam analisis ini meliputi umur, jenis kelamin, status pendidikan, status pekerjaan utama, jumlah anggota keluarga, keberadaan balita dalam rumah tangga, tempat tinggal dan sosial ekonomi. Untuk karakteristik umur penderita Tb Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan ini dikelompokkan menjadi 4 kategori yaitu berumur 15–17 tahun, 18–40 tahun, 41–65 tahun dan > 65 tahun. Data selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 2. Distribusi penderita Tb paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan menurut umur, di Indonesia tahun 2010

Umur (tahun)	Frekuensi	Persen
12–17	176	6,2
18–40	1.314	46,2
41–65	1.052	37,0
> 65	300	10,6
Total	2.842	100,0

Distribusi penderita TB Paru klinis yang tidak berobat ke pelayanan kesehatan menurut kategori

umur yang terbanyak pada usia 18–40 tahun (46,2%) dan terendah pada usia 12–17 tahun (6,2%). Mereka yang dewasa tua cenderung lebih banyak yang tidak berobat di pelayanan kesehatan. Dan menurut data yang dilaporkan dunia pada tahun 1995, penderita TB di Indonesia berjumlah 460.000 orang, dan angka ini relatif lebih tinggi dibandingkan dengan negara lain. Tahun 2000 insiden TB di dunia akan semakin meningkat dibanding tahun 1995, sebanyak 70% penderita TB paru berada pada usia produktif (15–54 tahun) dan sebagian besar golongan sosial ekonomi rendah dan diperkirakan kasus BTA positif adalah 241 per 1.000 penduduk sehingga berperan dalam penyebaran penyakit kepada masyarakat luas. (Aditama TY, 2000).

Tabel 3. Distribusi penderita Tb paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan menurut jenis kelamin, di Indonesia tahun 2010

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persen
Laki-laki	1.704	60,0
Perempuan	1.138	40,0
Total	2.842	100,0

Masih banyak penderita TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan pada laki-laki sebanyak 1.704 penderita (60,0%), sedangkan penderita perempuan sebanyak 1.138 penderita (40,0%).

Tabel 4. Distribusi penderita Tb paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan menurut status pendidikan, di Indonesia tahun 2010

Status pendidikan	Frekuensi	Persen
Tidak pernah sekolah	323	11,4
Tidak tamat SD/MI	625	22,0
Tamat SD/MI	933	32,8
Tamat SLTP/MTS	481	16,9
Tamat SLTA/MA	410	14,4
Tamat D1/D2/D3	33	1,2
Tamat PT	37	1,3
Total	2.842	100,0

Penderita TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan menurut tingkat pendidikan yang terbanyak tamat SD/MI sebanyak 933 penderita (32,8%) dan yang paling sedikit pada pendidikan yang tamat D1/D2/D3 sebanyak 33 penderita (1,2%).

Kebanyakan penderita TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan statusnya tidak bekerja sebanyak 712 responden (25,1%) dan terendah sebagai TNI/Polri sebanyak 1 responden (0,0%).

Tabel 5. Distribusi penderita Tb paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan menurut status pekerjaan utama, di Indonesia tahun 2010

Status pekerjaan utama	Frekuensi	Persen
Tidak kerja	712	25,1
Sekolah	148	5,2
TNI/Polri	1	,0
PNS/Pegawai	87	3,1
Wiraswasta/layan jasa/dagang	439	15,4
Petani	884	31,1
Nelayan	45	1,6
Buruh	361	12,7
Lainnya	165	5,8
Total	2.842	100,0

Karakteristik jumlah anggota rumah tangga TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan

Karakteristik anggota rumah tangga dalam analisis ini dibedakan menjadi 3 bagian yaitu tentang jumlah anggota rumah tangga, adanya balita dalam rumah tangga tersebut dan tempat tinggal rumah tangga tersebut. Jumlah rumah tangga tersebut dikategorikan menjadi 2 bagian yaitu rumah tangga yang memiliki anggota 1–5 orang dan rumah tangga yang memiliki anggota lebih dari 5 orang. Sedangkan untuk keberadaan balita dalam rumah tangga tersebut hanya dibagi dua yaitu rumah tangga yang ada balita dan yang tidak ada balita. Kemudian tempat tinggal rumah tangga ada yang diperkotaan dan perdesaan. Penjelasan di masing masing karakteristik tersebut dijelaskan sebagai berikut.

Tabel 6. Distribusi penderita Tb paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan menurut jumlah anggota rumah tangga, di Indonesia tahun 2010

Jumlah ART	Frekuensi	Persen
1–5	2.075	73,0
> 5	767	27,0
Total	2.842	100,0

Jumlah anggota rumah tangga penderita TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan pada 1–5 orang sebanyak 2.075 (73,0%), sedangkan anggota rumah tangga yang > 5 orang sebanyak 767 orang (27,0%). Menurut Putra A.K (2010) walaupun anggota keluarga tinggal serumah dengan penderita TB paru BTA positif, tetapi untuk menjadi sakit tidaklah mudah. Terutama pada orang dewasa yang dilakukan pemeriksaan pewarnaan langsung sputum BTA, sebanyak 78 orang yang diperiksa tidak dijumpai BTA. Namun pada anak bawah lima tahun terdapat 3 dari 4 anak yang menunjukkan hasil baca tes tuberkulin dengan diameter lebih dari 10 mm.

Tabel 7. Distribusi penderita Tb paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan menurut keberadaan balita dalam rumah tangga, di Indonesia tahun 2010

Keberadaan balita	Frekuensi	Persen
Tidak ada	1.953	68,7
Ada	889	31,3
Total	2.842	100,0

Penderita TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan, tidak mempunyai balita sebanyak 1.953 penderita (86,7%) dan yang mempunyai balita sebanyak 889 penderita (31,3%).

Tabel 8. Distribusi penderita TB paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan menurut tempat tinggal, di Indonesia tahun 2010

Tempat tinggal	Frekuensi	Persen
Perkotaan	1.207	42,5
Perdesaan	1.635	57,5
Total	2.842	100,0

Menurut tempat tinggal responden, maka yang terbanyak penderita TB Paru klinis yang tidak berobat

di pelayanan kesehatan tinggal di perdesaan sebanyak 1.635 penderita (57,5%), sedangkan yang tinggal di perkotaan sebanyak 1207 penderita (42,5%). Hal ini sangat membahayakan dan terjadinya risiko penularan penyakit TB Paru tersebut ke orang lain, mengingat cara penularan TB Paru bisa dengan *droplet infection*. Kebiasaan yang kurang baik ini masih banyak dan merupakan tantangan bagi petugas kesehatan untuk memberi penyuluhan tentang pentingnya meludah pada tempat yang telag ditentukan, apalagi yang sudah menderita TB Paru.

Penularan tuberkulosis melalui udara dengan inhalasi *droplet nucleus* yang mengandung basil tuberkulosis yang infeksius. Bayi dan anak yang kontak serumah dengan penderita tuberkulosis dewasa terutama dengan sputum BTA positif yang belum pernah didiagnosa dan diobati merupakan risiko tinggi terinfeksi TB. (Sidik, 1997).

Keadaan sosial ekonomi penderita TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan

Tabel 9. Distribusi penderita Tb paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan menurut status ekonomi, di Indonesia tahun 2010

Status ekonomi	Frekuensi	Persen
Kuintil 1	738	26,0
Kuintil 2	656	23,1
Kuintil 3	574	20,2
Kuintil 4	476	16,7
Kuintil 5	398	14,0
Total	2.842	100,0

Penderita TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan pada kuintil 1 merupakan penderita yang terbanyak yaitu 738 penderita (26,0%) dan terendah pada kuintil 5, sebanyak 398 penderita (14,0%). Sebagian besar golongan sosial ekonomi rendah dan diperkirakan kasus BTA positif adalah 241 per 1.000 penduduk sehingga berperan dalam penyebaran penyakit kepada masyarakat luas. (Aditama TY, 2000).

Alasan penderita TB Paru klinis yang tidak berobat ke pelayanan kesehatan

Untuk mengetahui alasan penderita paru yang tidak berobat di pelayanan kesehatan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 10. Distribusi alasan penderita Tb paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan, di Indonesia tahun 2010

Alasan tidak berobat	Frekuensi	Persen
Penyakit tidak berat	465	16,4
Akses ke faskes sulit	133	4,7
Tidak ada waktu	159	5,6
Tidak ada biaya	755	26,6
diobati sendiri/ sembuh sendiri	1071	37,7
Lainnya	259	9,1
Total	2842	100,0

Kebanyakan beranggapan penyakit TB Paru dapat diobati atau sembuh sendiri sebanyak 1071 penderita (37,7%), karena penyakitnya hanya batuk saja dianggap tidak berbahaya. Responden menjawab bahwa ketidaktersediaan biaya untuk berobat sebesar 26,6%.

Perilaku Pencegahan dalam penyakit TB Paru klinis

Tabel 11. Hubungan umur dengan perilaku pencegahan penderita TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan, di Indonesia tahun 2010

Umur (tahun)	Perilaku pencegahan		Total
	baik	Kurang baik	
15–17	38 (21,6%)	138 (78,4%)	176 (100%)
18–40	282 (21,5%)	1032 (78,5%)	1314 (100%)
41–65	168 (16,0%)	884 (84,0%)	1052 (100%)
> 65	43 (14,3%)	257 (85,7%)	300 (100%)
Total	531 (18,7%)	2311 (81,3%)	2842 (100%)

p = 0,001, signifikan

Tabel 12. Hubungan tingkat pendidikan dengan perilaku pencegahan penderita TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan, di Indonesia tahun 2010

Tingkat pendidikan	Perilaku pencegahan		Total
	Baik	Kurang baik	
Tidak pernah sekolah	26 (8,0%)	297 (92,0%)	323 (100%)
Tidak tamat SD/MI	82 (13,1%)	543 (86,9%)	625 (100%)
Tamat SD/MI	159 (17,0%)	774 (83,0%)	933 (100%)
Tamat SLTP/MTS	124 (25,8%)	357 (74,2%)	481 (100%)
Tamat D1/D2/D3	110 (26,8%)	300 (73,2%)	410 (100%)
Tamat PT	20 (54,1%)	17 (45,9%)	37 (100%)
Total	531 (18,7%)	2311 (81,3%)	2842 (100%)

p = 0,001, signifikan

Dari perhitungan uji *Chi Square* didapatkan hasil yang signifikan hubungan antara umur dengan perilaku pencegahan penderita TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan dengan nilai p = 0,001 pada $\alpha = 0,05$. Semakin tua umur seseorang ada kecenderungan semakin kurang baik dalam upaya perilaku pencegahan pada penyakit TB Paru. Menurut Notoatmodjo, 1997, bahwa penderita TB paru pada mur tua lebih terkena penyakit TB Paru.

Menurut hasil uji *Chi Square* didapatkan bahwa nilai p = 0,001 dengan $\alpha = 0,05$, maka ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan perilaku pencegahan pada penyakit TB Paru klinis. Semakin rendah tingkat pendidikan semakin banyak yang berperilaku pencegahan dalam penyakit TB Paru klinis kurang baik. Semakin tinggi pendidikannya lebih baik berperilaku dalam pencegahan penyakit Tb Paru. Hal sesuai Wahyudi (2006), bahwa penderita TB Paru yang mempunyai tingkat pendidikan yang lebih tinggi mempunyai cara pencegahan TB Paru yang lebih baik daripada yang berpendidikan rendah.

Setelah dilakukan perhitungan uji *Chi Square*, bahwa nilai p = 0,001 dengan $\alpha = 0,05$ ada hubungan antara status pekerjaan dengan perilaku pencegahan penyakit TB Paru. Jika dilihat dari data diatas bahwa pada petani, nelayan, buruh ada kecenderungan lebih banyak yang berperilaku kurang baik dalam pencegahan penyakit TB Paru.

Setelah dilakukan uji statistik dengan *Chi Square* didapatkan nilai p = 0,001 dengan $\alpha = 0,05$ ada hubungan antara daerah perkotaan dan perdesaan dengan perilaku pencegahan penyakit TB Paru. Responden yang berada di perdesaan lebih banyak yang berperilaku kurang baik pada pencegahan TB Paru klinis.

Tabel 13. Hubungan status pekerjaan dengan perilaku pencegahan penderita TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan, di Indonesia tahun 2010

Status pekerjaan	Perilaku pencegahan		Total
	Baik	Kurang baik	
Tidak kerja	151 (21,2%)	561 (78,8%)	712 (100%)
Sekolah	37 (25,0%)	111 (75,0%)	148 (100%)
TNI/Polri	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)
PNS/Pegawai	29 (33,3%)	58 (66,7%)	87 (100%)
Wiraswasta/layan jasa/dagang	105 (23,9%)	334 (76,1%)	439 (100%)
Petani	104 (11,8%)	780 (88,2%)	884 (100%)
Nelayan	4 (8,9%)	41 (91,1%)	45 (100%)
Buruh	66 (18,3%)	295 (81,7%)	361 (100%)
Lainnya	35 (21,2%)	130 (78,8%)	165 (100%)
Total	531 (18,7%)	2311 (81,3%)	2842 (100%)

p = 0,001, signifikan

Tabel 14. Hubungan daerah dengan perilaku pencegahan penderita TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan, di Indonesia tahun 2010

Daerah	Perilaku pencegahan		Total
	Baik	Kurang baik	
Perkotaan	310 (25,7%)	897 (74,3%)	1207 (100%)
Perdesaan	221 (13,5%)	1414 (86,5%)	1635 (100%)
Total	531 (18,7%)	2311 (81,3%)	2842 (100%)

p = 0,001,signifikan

Tabel 15. Hubungan status ekonomi dengan perilaku pencegahan penderita TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan, di Indonesia tahun 2010

Status ekonomi	Perilaku pencegahan		Total
	Baik	Kurang baik	
Kuintil 1	95 (12,9%)	643 (87,1%)	738 (100%)
Kuintil 2	99 (15,1%)	557 (84,9%)	656 (100%)
Kuintil 3	104 (18,1%)	470 (81,9%)	574 (100%)
Kuintil 4	117 (24,6%)	359 (75,4%)	476 (100%)
Kuintil 5	116 (29,1%)	282 (71,9%)	398 (100%)
Total	531 (18,7%)	2311 (81,3%)	2842 (100%)

p = 0,001,signifikan

Setelah dilakukan uji statistik *Chi Square* didapatkan nilai $p = 0,001$ dengan $\alpha = 0,05$ artinya ada hubungan antara status ekonomi dengan perilaku pencegahan penyakit TB Paru. Semakin miskin penderita TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan semakin kurang baik perilaku pencegahan pada penyakit TB Paru klinis.

Dengan uji *Chi Square*, didapatkan nilai $p = 0,001$ dengan $\alpha = 0,05$ artinya ada hubungan antara kondisi rumah dengan perilaku pencegahan penyakit TB Paru. Ada kecenderungan dengan kondisi rumah yang tidak sehat, maka perilaku pencegahan TB Paru semakin kurang baik.

Tabel 16. Hubungan Kondisi Rumah dengan perilaku pencegahan penderita TB Paru klinis di Indonesia, di Indonesia tahun 2010

Kondisi rumah	Perilaku pencegahan		Total
	Baik	Kurang baik	
Sehat	411 (23,4%)	1346 (76,6%)	1757 (100%)
Tidak sehat	120 (11,1%)	965 (89,9%)	1085 (100%)
Total	531 (18,7%)	2311 (81,3%)	2842 (100%)

p = 0,001, signifikan

Tuberkulosis (TB) masih merupakan masalah kesehatan di seluruh dunia, oleh karena morbiditas dan mortalitasnya masih tinggi, terutama pada negara yang sedang berkembang. WHO (*World Health Organization*) menyatakan bahwa TB saat ini telah menjadi ancaman global. Diperkirakan terdapat 8 juta kasus baru dan 3 juta kematian karena TB setiap tahunnya. Menurut WHO tahun 1989, di negara berkembang terdapat 1,3 juta kasus dan 450.000 kematian karena TB pada anak di bawah 15 tahun. Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1986, TB adalah penyebab kematian nomor 4 sedangkan menurut SKRT tahun 1992, TB sebagai penyebab kematian nomor 2 sesudah penyakit kardiovaskuler dan nomor 1 dari golongan penyakit infeksi. Sedangkan pada saat ini, laporan internasional menunjukkan bahwa Indonesia adalah 'penyumbang' kasus penderita TB terbesar ketiga didunia, setelah Cina dan India. WHO memperkirakan bahwa setiap tahun 175.000 orang meninggal karena TB dari sekitar 500.000 kasus baru dengan 260.000 orang tidak terdiagnosis serta mendapat pelayanan yang tidak tuntas.

Dengan adanya Gerakan Terpadu Nasional (Gerdunas) pemberantasan penyakit TB Paru, maka semua pihak terkait baik lintas program dan lintas sektor serta lembaga swadaya masyarakat agar dilibatkan dalam kegiatan ini. Masih tingginya penyakit TB Paru ini, maka masyarakat masih mempunyai risiko terhadap penularan penyakit ini. Sudah dilaksanakannya program pemberantasan TB Paru oleh kementerian kesehatan dan pelatihan bagi petugas wakil supervisor (wasor) baik di provinsi dan kabupaten atau kota menunjukkan keseriusan

pemerintah dalam memberantas penyakit TB Paru di masyarakat. Diperlukan partisipasi masyarakat ikut serta dalam program pemberantasan TB Paru, agar dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian karena penyakit TB Paru.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Dari pembahasan hasil analisis tentang penderita TB Paru klinis yang tidak berobat di pelayanan kesehatan masih cukup banyak yaitu sebesar 2.842 penderita (57,7%) dari seluruh penderita TB Paru klinis. Dari penderita TB Paru klinis yang tidak berobat dipelayanan kesehatan terbanyak pada keluarga miskin (kuintil 1) sebanyak 26,0%.

Faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan penyakit TB Paru Klinis adalah umur (p = 0,001), tingkat pendidikan (p = 0,001), status pekerjaan (p = 0,001), tempat tinggal (kota/desa) dengan nilai p = 0,001, status ekonomi (p = 0,001) dan kondisi rumah (p = 0,001).

Saran

Semua penderita TB Paru klinis sebaiknya diberikan penyuluhan oleh petugas untuk berobat di pelayanan kesehatan.

Semua penderita TB Paru yang meludah sembarangan, sebaiknya meludah ditempat yang tertutup atau kaleng tertutup atau meludah di tempat khusus.

Sebaiknya penderita diperiksa lanjutan dengan laboratorium untuk mengetahui keberadaan BTA+ pada dahak, atau rontgen.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama TY. 2000. *Sepuluh Masalah Tuberkulosis dan Penanggulangannya*: Jurnal Respiratory Indonesia, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2008. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis*, Depkes RI, Jakarta.
- Core Curriculum on Tuberculosis: What the Clinician Should Know, 4th edition 2000. Division of Tuberculosis Elimination, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (Internet version updated Aug 2003).
- Firdaus Umar, Rahardjo Eko, Roselinda, 2006, Faktor Faktor Penderita TB Paru Putus Berobat, *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, volume XVI no. 4, 2006.
- Joint Tuberculosis Committee of the British Thoracic Society. *Control and prevention of tuberculosis in the United Kingdom: Code of Practice 2000*. Thorax 2000;55:887-901 (fulltext).
- Mountains Beyond Mountains: The Quest of Dr. Paul Farmer, a Man Who Would Cure the World*. Tracy Kidder, Random House 2000. ISBN 0-8129-7301-1. A nonfiction account of treating TB in Haiti, Peru, and elsewhere.
- Musadad A. 2009. *Penelitian Hubungan Faktor Lingkungan Rumah Dengan Kejadian Penularan TB Paru di Rumah Tangga*, Puslitang Ekologi dan Status Kesehatan, Depkes RI, Jakarta.
- Notoatmodjo Soekidjo, 2003, *Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Prinsip Prinsip Dasar*, Jakarta, Rineka Cipta.
- Putra AK. 2010. *Kejadian Tuberculosis pada Anggota Keluarga yang tinggal serumah dengan penderita TB Paru BTA Positif*, Program Magister Kedokteran Klinis, Universitas Sumatera Utara, Medan.
- Ha SJ, Jeon BY, Youn JI, Kim SC, Cho SN, Sung YC. Protective effect of DNA vaccine during chemotherapy on reactivation and reinfection of Mycobacterium tuberculosis. Gene Ther. 2005 Feb 03; [Epub ahead of print] PMID 1569006
- Rusnoto, Rahmullah Rosihan, Udiono Ari. 2007. *Faktor faktor yang Berhubungan dengan Kejadian TB Paru pada usia dewasa (Studi kasus di Balai Pencegahan dan Pengobatan penyakit Paru Pati)*, www.pdfactory.com.
- Sidik Ramli, Masalah Tuberculosis di Indonesia: Kumpulan Naskah Ilmiah Tuberculosis PDPI. Palembang 1997.
- Thomas Dormandy (1999). *The White Death: A History of Tuberculosis*. [ISBN 0-8147-1927-9 HB - ISBN 1-85285-332-8 PB
- Wahyudi, 2006, Hubungan antara Pengetahuan tentang Penyakit TB Paru dengan tindakan Pencegahan Penularan pada Keluarga Penderita TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Ponorogo Utara Kecamatan Ponorogo, Kabupaten Ponorog, Skripsi, UPN, Surabaya.
- Yulianto Ari, 2007, *TBC Paru Penyebab Kematian ke 2 di Indonesia*, Konsultasi kesehatan.net (diunduh 8 oktober 2010).

Penulis:

- DR Gurendro Putro SKM, MKes. Peneliti Madya Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, email: putro_01@yahoo.com
- Noor Edi Widya, Peneliti Muda Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.