

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENERIMAAN  
TERAPI PENCEGAHAN TUBERKULOSIS ( TPT ) PADA  
KONTAK SERUMAH PASIEN TUBERKULOSIS  
DI KOTA MAGELANG**

**SKRIPSI**



TRI WULAN

24.0603.0042

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG**

**2025**

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit yang dapat dicegah dan biasanya dapat disembuhkan. Namun pada tahun 2023, TB kembali menjadi penyebab kematian utama di dunia akibat satu agen infeksius, setelah 3 tahun digantikan oleh penyakit koronavirus (COVID-19), dan menyebabkan kematian hampir dua kali lipat dibandingkan HIV/AIDS. Lebih dari 10 juta orang terus jatuh sakit karena TB setiap tahun dan jumlahnya terus meningkat sejak tahun 2021. Tindakan mendesak diperlukan untuk mengakhiri epidemi TB global pada tahun 2030, sebuah tujuan yang telah diadopsi oleh semua Negara Anggota Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) dan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), (2024 Global Tuberculosis Report, 2024).

Berdasarkan Global TB Report 2024 yang dikeluarkan pada tanggal 29 Oktober 2024, Indonesia masih menjadi negara nomor 2 dengan kasus tuberkulosis tertinggi setelah India. Dua negara ini yang memberikan kontribusi terbesar terhadap peningkatan jumlah penderita TB baru secara global pada tahun 2022 dan 2023, yang secara bersama-sama menyumbang 45% peningkatan antara tahun 2021 dan 2023 di dunia. Disebutkan bahwa pada 2023 ada 8,2 juta kasus baru TB dunia, yang menunjukkan peningkatan dari data 2022 sebanyak 7,5 juta, data 2021 sebanyak 7,1 juta, data 2020 sebanyak 5,8 juta kasus dan data 2021 sebanyak 6,4 juta kasus (2024 Global Tuberculosis Report, 2024).

Intervensi perawatan kesehatan utama yang tersedia untuk mengurangi Risiko infeksi TB berkembang menjadi penyakit TB aktif adalah pengobatan pencegahan TB. Intervensi pencegahan lainnya adalah pencegahan dan pengendalian infeksi TB, dan vaksinasi anak-anak dengan vaksin *Bacille Calmette-Guérin* (BCG), yang dapat memberikan perlindungan, terutama dari bentuk TB yang parah pada anak-anak (2024 *Global Tuberculosis Report*, 2024).

Dampak TPT dalam eliminasi Tuberkulosis adalah dapat mengurangi risiko TB sebesar 24-86% pada seluruh populasi berisiko termasuk yang terdiagnosis TB laten. Mengurangi risiko TB atau kematian akibat TB pada pasien HIV yang rutin mengonsumsi ARV hingga 60%. Pasien anak yang mengonsumsi TPT mengurangi risiko TB hingga 82% (*Biro Komunikasi dan Pelayanan Publik, Kementerian Kesehatan RI, 22 Maret 2024*).

Laporan terbaru tentang *case investment* menegaskan bahwa implementasi skrining TB bersama dengan terapi pencegahan TB (TPT) berpotensi besar dalam menurunkan jumlah kasus dan kematian akibat TB. Laporan tersebut menegaskan bahwa investasi dalam kesehatan masyarakat sangat krusial untuk memenuhi kebutuhan populasi yang rentan dan mencapai target global untuk mengakhiri TB (*Biro Komunikasi dan Pelayanan Publik, Kementerian Kesehatan RI, 22 Maret 2024*).

Notifikasi kasus TB di Indonesia juga mengalami peningkatan pada 2022, dengan penemuan TB mencapai 724.000 kasus. Kemudian, angka itu meningkat menjadi 821.000 pada 2023, yang merupakan angka tertinggi sejak 1995 (*Biro Komunikasi dan Pelayanan Publik, Kementerian Kesehatan RI, 22 Maret 2024*).

Saat ini, pencapaian TPT di Indonesia masih berada di bawah 2% dari target nasional sebesar 58%. Ini menunjukkan bahwa kerja sama mitra, pemangku kepentingan, dan komunitas dari berbagai daerah untuk bergabung dalam usaha mengintegrasikan penemuan kasus secara aktif dan menawarkan TPT kepada orang dengan HIV (ODHIV), kontak serumah dan kontak erat dengan pasien TB, dan kelompok berisiko tinggi lainnya sangat dibutuhkan. Keterlibatan dan kerja sama dari semua pihak akan sangat menentukan keberhasilan dalam upaya mengurangi beban TB di Indonesia dan secara global (*Biro Komunikasi dan Pelayanan Publik, Kementerian Kesehatan RI, 22 Maret 2024*).

Di Jawa Tengah sendiri jumlah kasus TBC yang terlapor tahun 2023 sebanyak 87.074 dari estimasi kasus 73.856 atau 118% telah melebihi target nasional 90%. Sedangkan temuan angka cakupan penemuan TBC RO di Jawa Tengah pada tahun 2023 sebesar 44%. Angka tersebut masih berada dibawah target nasional yaitu 80%. Angka absolut penemuan kejadian TBC sebesar 1075 kasus dari target 2425 kasus TBC RO. Tingginya angka kasus TBC masih menyisakan tantangan besar, terutama dalam hal angka kesembuhan yang masih di bawah target nasional 86% (Gubernur, 2024).

Kontak serumah pasien tuberkulosis (TB) menjadi orang yang paling berisiko tinggi terinfeksi Mycobacterium tuberculosis dan mengalami TB laten (ILTb) yang dapat berkembang menjadi TB aktif. Dampaknya akan terjadi peningkatan dan penyebaran TBC jika hal ini tidak tertangani dengan baik. TB laten merupakan penyakit TB bentuk tidak aktif yang tidak disertai gejala. Pengelolaan ILTB menjadi poin penting dalam strategi penanggulangan TB. Hal ini yang mendasari adanya program Terapi Pencegahan TB (TPT) untuk kontak TB. TPT adalah serangkaian pengobatan yang diberikan kepada orang dengan infeksi tuberkulosis laten (LTBI) (Safitri et al., 2023).

Pelaksanaan program TPT di Kota Magelang masih belum optimal. Menurut data Dinas Kesehatan Kota Magelang, sampai November 2024 ini ditemukan 118 kasus TBC aktif dengan total kontak 913 orang dan dari kontak tersebut yang positif TBC sejumlah 4 orang, sedangkan yang menerima TPT baru 26 orang atau sekitar 2,85 % dari total kontak pasien TBC. Angka ini masih sangat jauh dari target penerima TPT yaitu sebesar 58% dari total kontak. (P2P, Dinas Kesehatan Kota Magelang, 2024). Dan di Puskesmas Magelang Utara di tahun 2024 belum ada kontak serumah yang menerima TPT, hal inilah yang menjadikan peneliti tertarik untuk meneliti analisis faktor yang mempengaruhi pemberian TPT pada kontak serumah pasien TBC di kota Magelang. Penelitian ini bertujuan untuk mencari faktor yang mempengaruhi pemberian obat TPT pada kontak serumah pasien TB

di Kota Magelang. Belum diketahui faktor yang berhubungan dengan rendahnya capaian pemberian TPT di Kota Magelang.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Di Kota Magelang kasus penemuan TB sampai dengan bulan November 2024 berjumlah 188 kasus dengan kontak serumah 403 dan kontak erat 501. Dari jumlah kontak 931, yang mendapatkan TPT masih sangat rendah yaitu 26 orang atau sekitar 2,85 % dari total kontak pasien TBC. Puskesmas Magelang Utara merupakan salah satu puskesmas di wilayah kota Magelang, dimana pada tahun 2024 untuk penerimaan TPT masih nol ( 0 ).

Rendahnya capaian pemberian TPT pada kontak serumah pasien TBC ini bisa menimbulkan beberapa dampak serius bagi individu maupun masyarakat secara keseluruhan, diantaranya peningkatan resiko penularan TBC, meningkatkan angka kesakitan dan kematian, hambatan dalam pengendalian TBC, serta beban kesehatan masyarakat yang lebih tinggi. Faktor-faktor penyebab rendahnya penerimaan TPT ini belum teridentifikasi secara baik. Hal inilah yang menjadikan peneliti tertarik untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan penerimaan TPT pada kontak serumah pasien TBC di Kota Magelang.

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Setelah dilakukan penelitian ini diharapkan dapat membantu menganalisis hubungan faktor-faktor yang mempengaruhi penerimaan TPT pada kontak serumah pasien TBC di Kota Magelang.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Penelitian ini bertujuan :

- a. Menganalisis karakteristik ( usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan ) pada kontak serumah pasien TBC terhadap penerimaan TPT di Kota Magelang.

- b. Menganalisis hubungan tingkat pengetahuan terhadap penerimaan TPT pada kontak serumah pasien TBC di Kota Magelang.
- c. Menganalisis hubungan status ekonomi terhadap penerimaan TPT pada kontak serumah TBC di Kota Magelang.
- d. Menganalisis hubungan akses layanan terhadap penerimaan TPT pada kontak serumah pasien TBC di Kota Magelang.
- e. Menganalisis hubungan dukungan keluarga terhadap penerimaan TPT pada kontak serumah pasien TBC di Kota Magelang.
- f. Menganalisis hubungan edukasi petugas kesehatan dengan penerimaan TPT pada kontak serumah pasien TBC di Kota Magelang.

#### **1.4 Manfaat**

##### **1.4.1 Manfaat Bagi Dinas Kesehatan Kota Magelang**

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai dasar untuk mengembangkan strategi intervensi yang lebih efektif dalam meningkatkan cakupan TPT di Kota Magelang.

##### **1.4.2 Manfaat Bagi Institusi Pendidikan**

Sebagai pengembangan ilmu keperawatan, bahan bacaan dan referensi bagi mahasiswa.

##### **1.4.3 Manfaat Bagi Peneliti Selanjutnya**

Bisa menindaklanjuti hasil penelitian ini, sehingga peneliti selanjutnya dapat lebih spesifik lagi dalam menyusun penelitian yang berkaitan dengan analisis faktor – faktor penerimaan TPT.

Sebagai referensi bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian terkait kontak serumah pasien TBC.

#### **1.5 Ruang Lingkup Penelitian**

##### **1.5.1 Lingkup Materi**

Lingkup materi penelitian meliputi masalah yang berhubungan dengan faktor – faktor yang mempengaruhi penerimaan TPT di Kota Magelang seperti status

ekonomi, akses layanan, tingkat pengetahuan, dukungan keluarga dan edukasi petugas.

### 1.5.2 Lingkup Waktu

Waktu yang digunakan peneliti untuk melakukan penelitian direncanakan pada bulan Februari 2025 dimulai penyusunan proposal sampai penyusunan hasil penelitian.

### 1.5.3 Lingkup tempat

Tempat yang digunakan untuk penelitian yaitu 5 puskesmas di wilayah kota Magelang

## 1.6 Keaslian Penelitian

Penelitian ini sudah pernah dilakukan oleh peneliti – peneliti sebelumnya, namun ada beberapa perbedaan dengan penelitian yang dilakukan saat ini. Berikut beberapa penelitian terdahulu:

**Tabel 1. 1Keaslian penelitian**

Peneliti	Judul Penelitian	Metode	Hasil Penelitian	Perbedaan
(Awal & Batam, 2022)	Faktor yang Mempengaruhi Pemberian Obat TPT pada Kontak Serumah Pasien TBC di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas	Deskriptif Kuantitatif dengan pendekatan cross sectional	Ada hubungan sikap, dukungan keluarga dan efek samping terhadap pemberian obat TPT (Terapi Pencegahan Tuberculosis) pada kontak serumah pasien tuberculosis di Wilayah Kerja Puskesmas Toapaya	1.Populasi, sampel dan lokasi penelitian 2.Faktor- factor yang diteliti : a.Penelitian terdahulu : sikap, dukungan dan efek samping obat b.Penelitian saat ini: sosial ekonomi, akses terhadap layanan ,tingkat pengetahuan dan edukasi tenaga kesehatan

<b>Peneliti</b>	<b>Judul Penelitian</b>	<b>Metode</b>	<b>Hasil Penelitian</b>	<b>Perbedaan</b>
	Taopaya			
(Safitri et al., 2023)	Faktor yang Berhubungan dengan Penerimaan TPT di Kabupaten Tegal	Observasi onal analitik dengan rancangan cross sectional	Variabel yang berhubungan dengan penerimaan TPT pada kontak serumah TB yaitu jenis kelamin, tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, jarak antara tempat tinggal ke puskesmas, dan edukasi tentang TPT dari tenaga kesehatan	1.Populasi, sampel dan tempat penelitian 2.Variabel yang diteliti: a.penelitian sebelumnya: menggunakan variabel kekerabatan dengan pasien TB b Penelitian saat ini tidak menggunakan
(Fadhilah & Lestari, 2024)	Analisa Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Penerimaan TPT pada Kontak serumah Pasien TBC di Wilayah Kerja Puskesmas Poasia Kota Kendari Tahun 2024	Observasi onal Analitik dengan pendekatan penelitian kuantitatif berupa analisis cross sectional	Variabel yang berhubungan dengan penerimaan TPT adalah pengetahuan .004,sikap .002. sedangkan dukungan keluarga tidak memiliki hubungan dengan nilai signifikasip yaitu.049	1.Populasi dan sampel 2. Variabel yang diteliti: a.penelitian sebelumnya: pengetahuan dan dukungan keluarga b.penelitian saat ini: sosial ekonomi, akses terhadap layanan, tingkat pengetahuan dan edukasi petugas kesehatan
(Simarmata et	Analisis Perilaku	Kuantitatif dengan	Pengetahuan yang baik akan membantu	1.Populasi dan sampel 2.Variabel yang diteliti;

<b>Peneliti</b>	<b>Judul Penelitian</b>	<b>Metode</b>	<b>Hasil Penelitian</b>	<b>Perbedaan</b>
al., 2024)	Kontak Serumah Penderita TBC dalam Pemberian TPT di wilayah Kerja Puskesmas Sri Padang Tinggi Tahun 2024	penelitian deskriptif	mereka menjalani terapi pencegahan dengan lebih disiplin; Sikap waspada dan hati-hati terhadap risiko penularan TB pada kontak serumah menunjukkan pemahaman yang baik terhadap bahaya penyakit TB; Kepercayaan yang kuat terhadap berbagai aspek terkait TPT, termasuk efektivitasnya, dukungan dari tenaga kesehatan, dan keamanan terapi, sangat penting untuk memastikan bahwa kontak rumah tangga pasien TB dapat menjalani TPT dengan sukses dan efektif; dan keluarga memegang peranan penting dalam keputusan untuk menjalani atau tidak menjalani TPT	a. Penelitian sebelumnya : pengetahuan dan dukungan keluarga b. Penelitian saat ini: sosial ekonomi, akses terhadap layanan, tingkat pengetahuan dan edukasi petugas kesehatan

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Tinjauan Teoritis**

##### **2.1.1 Tuberkulosis**

###### **1. Definisi Tuberkulosis**

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri ini umumnya menyerang paru-paru, tetapi dapat juga menyerang organ tubuh lainnya. TB ditularkan melalui percikan dahak (droplet) dari penderita TB ketika batuk, bersin, atau berbicara (Kemenkes RI, 2020).

###### **2. Epidemiologi TBC**

Berdasarkan Global TB Report 2024 yang dikeluarkan pada tanggal 29 Oktober 2024, Indonesia masih menjadi negara nomor 2 dengan kasus tuberkulosis tertinggi setelah India. Dua negara ini yang memberikan kontribusi terbesar terhadap peningkatan jumlah penderita TB baru secara global pada tahun 2022 dan 2023, yang secara bersama-sama menyumbang 45% peningkatan antara tahun 2021 dan 2023 di dunia. Disebutkan bahwa pada 2023 ada 8,2 juta kasus baru Tb dunia, yang menunjukkan peningkatan dari data 2022 sebanyak 7,5 juta, data 2021 sebanyak 7,1 juta, data 2020 sebanyak 5,8 juta kasus dan data 2021 sebanyak 6,4 juta kasus (2024 Global Tuberculosis Report, 2024).

###### **3. Faktor Resiko TBC**

- a. Kontak erat dengan penderita TB aktif
- b. Status imunitas yang rendah
- c. Kondisi lingkungan yang tidak sehat
- d. Kepadatan hunian
- e. Status gizi
- f. Komorbiditas (seperti HIV/AIDS, diabetes) (Kemenkes RI, 2020)

### **2.1.2 Infeksi Laten Tuberkulosis ( ILTB )**

Infeksi Laten Tuberkulosis (ILTB) adalah suatu keadaan dimana sistem kekebalan tubuh orang yang terinfeksi tidak mampu mengeliminasi bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dari tubuh secara sempurna tetapi mampu mengendalikan bakteri TBC sehingga tidak timbul gejala sakit TBC. Orang dengan ILTB apabila dilakukan Tuberculin Skin Test (TST) atau pemeriksaan Interferon Gamma-Release Assay (IGRA) hasilnya akan positif, tetapi hasil pemeriksaan rontgen thorax normal serta hasil pemeriksaan dahak dan Xpert MTB/Rif® negatif (7).

Beberapa hasil studi menunjukkan, sekitar 5-10% orang dengan ILTB akan berkembang menjadi TBC aktif, biasanya terjadi dalam 5 tahun sejak pertama kali terinfeksi. Risiko penyakit TBC pada ODHA, anak kontak serumah dengan pasien TBC terkonfirmasi bakteriologis dan kelompok berisiko lainnya dapat dikurangi dengan pemberian TPT (Christof et al., 2020) .

### **2.1.3 Pemeriksaan ILTB**

- a. Pemeriksaan ILTB dapat dilakukan dengan Tuberculin Skin Test ( TST)
- b. Pada ODHA dan kontak anak usia dibawah 5 tahun pemberian TPT dapat dilakukan dengan skrining gejala TBC tanpa harus dilakukan pemeriksaan TST atau IGRA maupun rontgen thorax.
- c. Pada kontak usia  $\geq 5$  tahun perlu dilakukan pemeriksaan penunjang seperti rontgen thorax untuk menyingkirkan TBC aktif. Berikut ini merupakan algoritma pemeriksaan yang dapat dilakukan untuk memastikan apakah ODHA, kontak serumah dan kelompok berisiko lainnya terinfeksi laten tuberkulosis dan eligible mendapatkan TPT.(Kemenkes RI, 2020).

### **2.1.4 Terapi Pencegahan TBC**

#### **1. Pengertian TPT**

TPT adalah serangkaian pengobatan yang diberikan kepada orang dengan infeksi tuberkulosis laten (LTBI) untuk mencegah perkembangan menjadi TB

aktif. Pemberian TPT bukan kegiatan yang berdiri sendiri, tetapi harus diimplementasikan secara komprehensif di layanan TBC dan sistem kesehatan. Pasien yang baru saja didiagnosis TBC, maka kontak serumah khususnya anak dianggap sebagai satu kesatuan penerima manfaat layanan TBC. Mereka yang memiliki penyakit TBC aktif harus memulai pengobatan anti-TBC dan lainnya memulai TPT. Hal ini bertujuan untuk mencegah orang ILTB yang berisiko untuk berkembang menjadi sakit TBC dengan menjangkaunya sesegera mungkin untuk kemudian diberikan TPT.(Kemenkes RI, 2020)

## 2. Tujuan TPT

- a. Mencegah perkembangan TB laten menjadi TB aktif
- b. Mengurangi risiko penularan TB
- c. Menurunkan angka morbiditas dan mortalitas TB(Kemenkes RI, 2020 )

## 3. Indikasi TPT

Berikut ini adalah kelompok risiko yang merupakan prioritas sasaran pemberian TPT:

- a. Orang dengan HIV/AIDS (ODHA)
- b. Kontak serumah dengan pasien TBC paru yang terkonfirmasi
- c. Bakteriologis
- d. Anak usia di bawah 5 tahun
- e. Anak usia 5-14 tahun
- f. Remaja dan dewasa (usia di atas 15 tahun)
- g. Kelompok risiko lainnya dengan HIV negatif
- h. Pasien immunokompromais lainnya (Pasien yang menjalani pengobatan kanker, pasien yang mendapatkan perawatan dialisis, pasien yang mendapat kortikosteroid jangka panjang, pasien yang sedang persiapan transplantasi organ, dll).
- i. Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP), petugas kesehatan, sekolah berasrama, barak militer, pengguna narkoba suntik.(Kemenkes RI, 2020)

#### 4. Kontraindikasi TPT

Kontraindikasi pemberian TPT yaitu adanya hepatitis akut atau kronis, neuropati perifer (jika menggunakan isoniazid), konsumsi alkohol biasa atau berat. Kehamilan atau riwayat TBC sebelumnya bukan merupakan kontraindikasi.

#### 5. Efektifitas TPT

Sebuah review yang dilakukan terhadap paduan pengobatan menemukan bahwa pengobatan laten TBC dapat mengurangi risiko reaktivasi sekitar 60% sampai 90%. Selain itu uji coba randomisasi terkontrol yang dilakukan di negara dengan beban TBC tinggi menunjukkan bahwa terapi pencegahan pada ODHA dapat memberikan perlindungan hingga lebih dari 5 tahun. Oleh karenanya pedoman WHO tahun 2018 merekomendasikan TPT jangka pendek yang lebih dapat ditoleransi dan memiliki efikasi yang baik sehingga dapat meningkatkan angka kepatuhan pengobatan. (Kemenkes RI, 2020).

#### 6. Regimen TPT yang Direkomendasikan

Tujuan pemberian TPT adalah untuk mencegah terjadinya sakit TBC sehingga dapat menurunkan beban TBC. Saat ini terdapat beberapa pilihan paduan TPT yang direkomendasikan program penanggulangan tuberkulosis nasional yaitu: 3HP, 3HR dan 6H

**Tabel 2. 1Pilihan Panduan TPT**

NO	SASARAN	PILIHAN PANDUAN TPT		
		3HP	3HR	6H
1	Kontak serumah usia <2 tahun		✓	✓
2	Kontak serumah 2- 4 tahun	✓		
3	Kontak serumah $\geq$ 5 tahun	✓		
4	ODHA < 2 tahun		✓	✓
5	ODHA $\geq$ 2 tahun	✓		✓
6	Kelompok resiko lainnya	✓		

Adapun dosis dan lama pemberian TPT adalah sebagai berikut:

a. 3HP ( Isoniasid/INH dan Rifapentine )

Obat dikonsumsi 1x seminggu dengan lama pemberian 3bulan (1 bulan = 4 minggu pengobatan atau diberikan sebanyak 12 dosis), dengan catatan bila keadaan klinis baik (tidak ada gejala TBC yang muncul selama pengobatan), obat tetap diberikan sampai 3 bulan, jika muncul gejala TBC lakukan pemeriksaan untuk penegakan diagnosis TBC. Jika terbukti sakit TBC, hentikan pemberian TPT dan diberikan OAT.

b. 3HR (Isoniasid/INH dan Rifampicin)

Obat dikonsumsi 1x sehari, lama pemberian 3 bulan (1 bulan = 28 hari pengobatan atau diberikan sebanyak 84 dosis), dengan catatan bila keadaan klinis baik (tidak ada gejala TBC yang muncul selama pengobatan), obat tetap diberikan sampai 3 bulan, jika muncul gejala TBC lakukan pemeriksaan untuk penegakan diagnosis TBC. Jika terbukti sakit TBC, hentikan pemberian TPT dan diberikan OAT.

c. 6H (Isoniasid)

Obat dikonsumsi 1x sehari ,lama pemberian 6 bulan (1 bulan = 30 hari pengobatan atau diberikan sebanyak 180 dosis), dengan catatan bila keadaan klinis baik (tidak ada gejala TBC yang z (Tayal & Kabra, 2024)

7. Efek Samping TPT

Pemantauan efek samping TPT dilakukan pada semua individu yang mendapatkan TPT.

Konseling kepatuhan untuk memastikan kepatuhan minum obat jika diperlukan untuk memantau efek samping :

- a. Tanyakan apakah ada keluhan terkait efek samping obat seperti mual muntah, tampak kuning, dan gatal gatal, dll.

- b. Periksa apakah ada tanda tanda efek samping seperti ikterik, pembesaran hepar, ruam di kulit. Berikut ini adalah gambaran efek samping obat secara lengkap dan tatalaksananya berdasarkan jenis obat yang diberikan.

**Tabel 2. 2Efek Samping Obat dan Tatalaksana**

OBAT	EFEK SAMPING	TATA LAKSANA
Isoniazid ( H )	Neuropati perifer (Sekitar kurang dari 0,2% orang yang menjalani TPT 6H mengalaminya)*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan atau tingkatkan dosis piridok- sin (B6).</li> <li>• Jika menetap atau berat, hentikan INH</li> </ul>
	Hepatotoksisitas (Sekitar 2-6% orang yang menjalani TPT 6H mengalaminya)*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hentikan minum obat, tes fungsi hati; tunggu sampai fungsi hati normal.</li> <li>• Obat diberikan sekuensial satu demi satu setiap 2 hari sebelum menambah obat.</li> </ul>
	Gangguan neuropsikiatri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifikasi dosis obat, hentikan obat yang diduga menjadi penyebab <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika gejala menetap, hentikan obat yang paling mungkin jadi penyebab.</li> </ul> </li> <li>• Jika gejala berat atau menetap hentikan obat yang paling mungkin menjadi penyebab atau mengurangi dosis.</li> </ul>

Rifampisin ( R ) & Rifapentin ( P )	Reaksi seperti flu ( <i>flu-like syndrome</i> ) berupa demam disertai lemas, lelah, sakit kepala, nyeri otot, takikardi atau palpitasi, berkeringat atau gejala lainnya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hentikan obat.</li> <li>• Pertimbangkan pemberian obat anti- histamin (<i>diphenhydramine, loratadine</i> dll)</li> <li>• Antiemetik, antidiare.</li> <li>• Bronkodilator <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Steroid</i></li> </ul> </li> <li>• Tunggu sampai gejala klinis membaik</li> </ul>
	Hepatotoksisitas (Sekitar 1% orang yang menjalani 3HP mengalaminya)*	
	Ruam kulit	
	Gejala gangguan pencernaan seperti mual, muntah, atau sakit perut	
	Perubahan warna cairan tubuh seperti urin, keringat atau air mata	Berikan konseling agar pasien tahu bahwa perubahan warna cairan tubuh merupakan hal yang normal karena hasil ekskresi dari pengobatan dan tidak berbahaya.
Hipersensitivitas seperti hipotensi, pingsan, takikardi, anafilaksis atau bronkoplasma. Reaksi ini sangat jarang terjadi (Sekitar 4% orang yang menjalani 3HP mengalaminya)*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hentikan minum obat</li> <li>• Berikan perawatan dukungan pada kondisi mendesak</li> <li>• Melakukan rujukan untuk pemeriksaan dan tatalaksana lanjut yang dibutuhkan</li> </ul>	

(Kemenkes RI, 2020)

## 2.1.5 Kontak Serumah

### 2.1.5.1 Definisi kontak

serumah Kontak serumah merujuk pada individu yang tinggal bersama atau memiliki interaksi erat dengan pasien TBC dalam lingkungan rumah tangga yang sama. Mereka berbagi ruang hidup yang sama, seperti kamar tidur, ruang keluarga, atau dapur, sehingga memiliki potensi terpapar bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang dikeluarkan oleh pasien TBC melalui udara.

Kriteria Kontak Serumah:

a. Tinggal satu rumah dengan pasien TBC.

Berinteraksi secara rutin dan dekat dengan pasien (misalnya, anggota keluarga, teman sekamar).

1. Terpapar udara yang sama dengan pasien TBC, terutama dalam ruangan tertutup.(WHO, 2022)
2. Resiko Penularan pada kontak serumah

Kontak serumah pasien TBC memiliki risiko tinggi tertular TBC karena paparan terus-menerus terhadap bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang dikeluarkan oleh pasien melalui batuk, bersin, atau berbicara. Risiko penularan dipengaruhi oleh beberapa faktor:

- a. Durasi Paparan: Semakin lama kontak serumah terpapar, semakin tinggi risiko tertular.
- b. Kepadatan Hunian: Lingkungan rumah yang padat dan ventilasi buruk meningkatkan risiko penularan.
- c. Status Imunitas: Kontak serumah dengan sistem kekebalan tubuh lemah (misalnya, anak-anak, lansia, atau orang dengan HIV) lebih rentan tertular.
- d. Keparahan Penyakit Pasien: Pasien TBC dengan bakteri positif (BTA+) memiliki risiko penularan lebih tinggi.(WHO, 2022).

### 2.1.5.2 Peran kontak serumah dalam rantai penularan TBC

Kontak serumah memainkan peran kritis dalam rantai penularan TBC karena mereka merupakan kelompok yang paling rentan tertular dan dapat menjadi

sumber penularan baru jika terinfeksi. Berikut peran mereka dalam rantai penularan:

1. Sebagai Penerima Penularan:
  - a. Kontak serumah adalah kelompok pertama yang terpapar bakteri TBC dari pasien indeks (pasien TBC yang terdiagnosis pertama).
  - b. Jika tidak segera diidentifikasi dan diobati, mereka dapat berkembang menjadi TBC aktif.
  
2. Sebagai Sumber Penularan Baru:
  - a. Jika kontak serumah terinfeksi dan berkembang menjadi TBC aktif, mereka dapat menularkan bakteri ke orang lain, termasuk anggota keluarga baru atau komunitas.
  - b. Hal ini dapat memperluas rantai penularan TBC.
  
3. Sebagai Target Intervensi Pencegahan:
  - a. Kontak serumah adalah kelompok prioritas untuk skrining TBC dan pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT).
  - b. Intervensi pada kontak serumah dapat memutus rantai penularan dan mengurangi beban TBC di masyarakat.(WHO, 2022).

## **2.1.6 Faktor - Faktor yang Mempengaruhi Penerimaan TPT**

### **2.1.6.1 Karakteristik**

#### **1. Usia**

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, usia adalah durasi waktu untuk hidup atau adanya seseorang terhitung sejak manusia dilahirkan. Usia merupakan factor internal individu yang berperan dalam menentukan apakah suatu program bisa diterima atau tidak.

#### **2. Jenis kelamin**

Menurut teori Lawren green,jenis kelamin merupakan factor predisposisi yang membentuk perilaku termasuk dalam konteks pengambilan keputusan. Jenis

kelamin mempunyai dampak signifikan terhadap perilaku pencegahan penularan TB.

### 3. Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan dapat mempengaruhi pemahaman seseorang tentang pentingnya TPT. Orang dengan tingkat Pendidikan rendah cenderung kurang mencari perawatan.

#### 2.1.6.1.1 Individu

Faktor individu mencakup karakteristik pribadi yang memengaruhi keputusan seseorang untuk menerima TPT, yang meliputi:

##### a. Pengetahuan tentang TBC dan TPT

Pengetahuan yang memadai tentang TBC (penularan, gejala, dan dampak) serta manfaat TPT dapat meningkatkan kesadaran dan penerimaan terhadap pengobatan preventif.

Misalnya, memahami bahwa TPT dapat mencegah perkembangan TBC aktif dari infeksi laten dapat mendorong seseorang untuk menjalani terapi.

##### b. Persepsi resiko tertular TBC

Persepsi risiko yang tinggi terhadap penularan TBC dapat memotivasi seseorang untuk menerima TPT.

Jika seseorang merasa tidak berisiko, mereka cenderung mengabaikan rekomendasi pengobatan preventif.

##### c. Kepatuhan terhadap rekomendasi medis

Kepatuhan terhadap rekomendasi tenaga kesehatan, termasuk menjalani TPT, dipengaruhi oleh keyakinan akan manfaat pengobatan dan kemampuan mengatasi hambatan (misalnya, efek samping).

### 2.1.6.2 Faktor sosial-ekonomi

Faktor sosial-ekonomi mencakup kondisi sosial dan ekonomi yang memengaruhi akses dan kemampuan seseorang untuk menerima TPT, yang meliputi:

#### a. Tingkat Pendidikan

Pendidikan yang lebih tinggi sering kali dikaitkan dengan pemahaman yang lebih baik tentang TBC dan TPT, sehingga meningkatkan kemungkinan penerimaan TPT.

Pendidikan juga memengaruhi kemampuan seseorang untuk mengakses informasi kesehatan.

#### b. Status ekonomi keluarga

Keluarga dengan status ekonomi rendah mungkin kesulitan mengakses layanan kesehatan karena biaya transportasi atau pengobatan.

Kemiskinan juga dapat memengaruhi prioritas kesehatan dalam keluarga.

#### c. Akses terhadap layanan Kesehatan

Ketersediaan fasilitas kesehatan yang mudah dijangkau dapat memudahkan seseorang untuk menerima TPT.

Hambatan geografis atau finansial dapat mengurangi akses ke layanan TPT.

### 2.1.6.3 Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan mencakup dukungan sosial dan stigma yang memengaruhi keputusan seseorang untuk menerima TPT.

#### 1. Dukungan keluarga dan komunitas

Dukungan emosional, informasional, dan instrumental dari keluarga dapat memotivasi seseorang untuk menjalani TPT.

Misalnya, keluarga dapat membantu mengingatkan jadwal pengobatan atau memberikan transportasi ke fasilitas kesehatan.

## 2. Stigma terhadap TBC dan TPT

Stigma terhadap TBC dapat membuat seseorang enggan mencari pengobatan atau mengungkapkan status kesehatannya.

### 2.1.6.4 Faktor sistem Kesehatan

Faktor sistem kesehatan mencakup ketersediaan, kualitas, dan kebijakan layanan kesehatan yang memengaruhi pemberian TPT

#### a. Ketersediaan dan aksesibilitas layanan TPT

Layanan TPT yang tersedia dan mudah diakses dapat meningkatkan cakupan pemberian TPT. Keterbatasan stok obat atau jarak ke fasilitas kesehatan dapat menjadi hambatan.

#### b. Kualitas konseling dan edukasi petugas Kesehatan

Konseling yang jelas dan edukasi yang memadai dari tenaga kesehatan dapat meningkatkan pemahaman dan penerimaan TPT.

Tenaga kesehatan yang terlatih dapat membantu mengatasi keraguan atau kekhawatiran pasien.

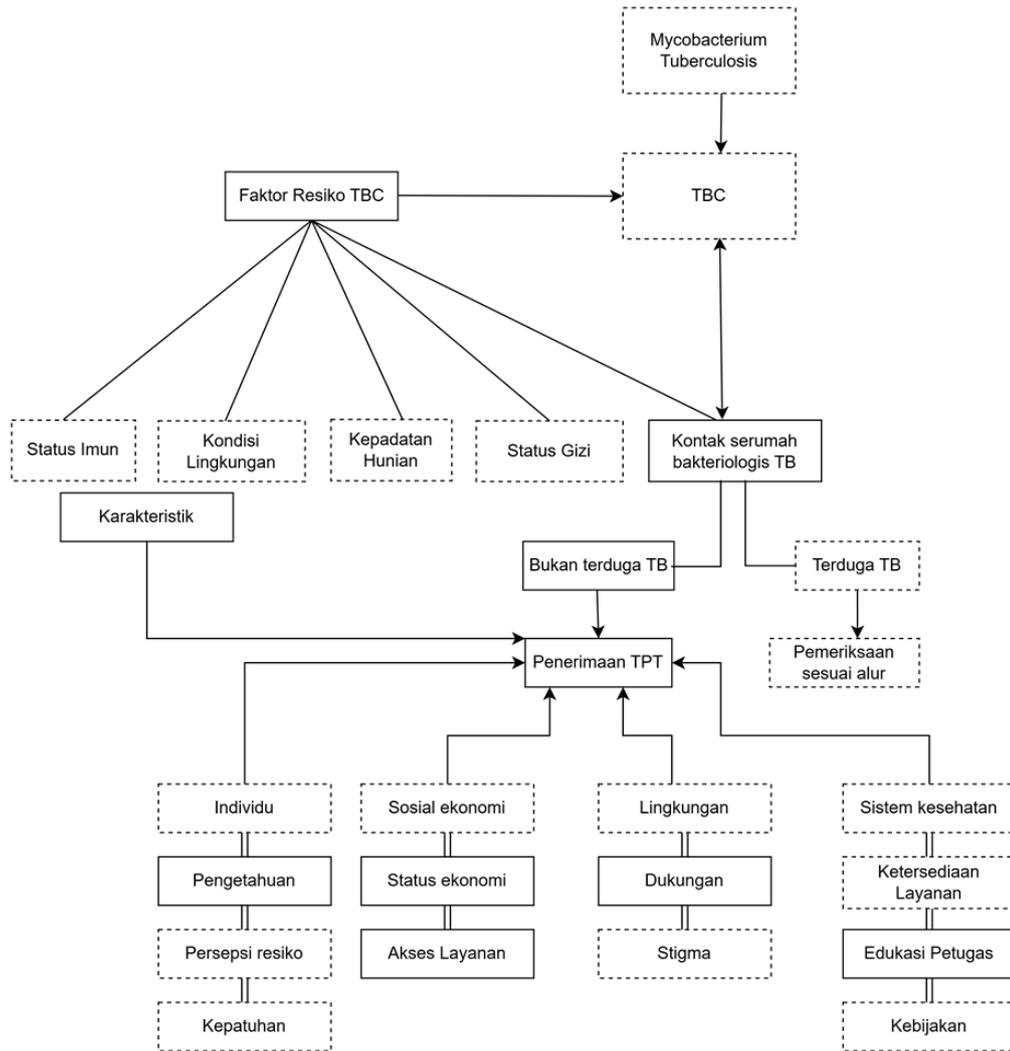
#### c. Kebijakan dan program pencegahan TBC di tingkat nasional/lokal

Kebijakan yang mendukung program TPT, seperti subsidi obat atau kampanye edukasi, dapat meningkatkan cakupan TPT.

Program pencegahan TBC yang terintegrasi dengan layanan kesehatan primer juga dapat mempermudah akses. (WHO, 2022)

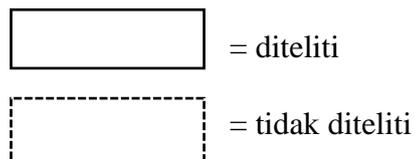
2.1.5 Kerangka Teori

Skema 2. 1 Kerangka Teori Pemberian TPT



(Kemenkes RI, 2020),(WHO, 2022), (Safitri et al., 2023)

Keterangan:



### **2.1.6 Hipotesis**

1. Ho : tidak terdapat hubungan antara status sosial, akses layanan, tingkat pengetahuan, dukungan keluarga dan edukasi petugas terhadap penerimaan TPT pada kotak serumah pasien TBC

Ha : Terdapat hubungan antara status sosial, akses layanan, tingkat pengetahuan, dukungan keluarga dan edukasi petugas terhadap penerimaan TPT pada kotak serumah pasien TBC

## BAB 3 METODE PENELITIAN

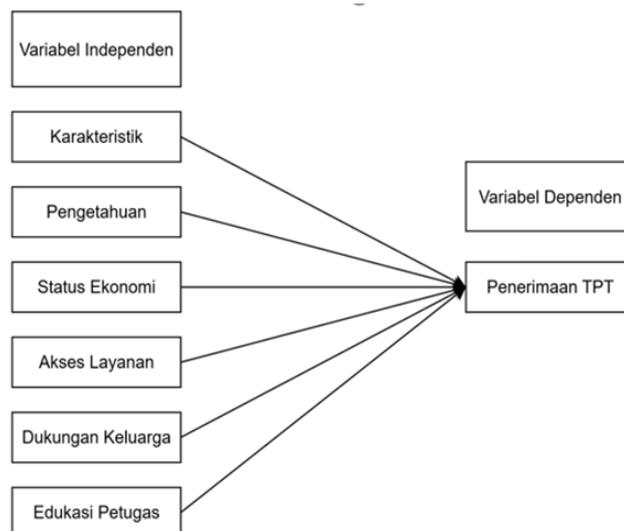
### 3.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross-sectional*. Desain ini dipilih karena dapat mengumpulkan data pada satu waktu tertentu untuk mengidentifikasi hubungan antara variabel independen (determinan) dan variabel dependen (pemberian TPT). Pendekatan *cross-sectional* juga efisien dalam waktu dan biaya, serta cocok untuk mengeksplorasi faktor-faktor yang memengaruhi pemberian TPT pada kontak serumah pasien TBC. Alasan Pemilihan Desain:

- a. Dapat mengidentifikasi hubungan antar variabel secara simultan.
- b. Cocok untuk penelitian yang bertujuan menjelaskan fenomena kesehatan masyarakat.
- c. Memungkinkan pengumpulan data dari responden dalam jumlah besar.

### 3.2 Kerangka Konsep

**Skema 3. 1Kerangka Konsep Penelitian:**



Penjelasan:

1. Variabel independen meliputi faktor karakteristik responden, tingkat pengetahuan, status ekonomi, akses layanan, dukungan keluarga dan edukasi petugas
2. Variabel dependen adalah pemberian TPT pada kontak serumah pasien TBC.
3. Hubungan antar variabel diuji untuk mengetahui determinan yang paling berpengaruh.

### 3.3 Definisi Operasional Penelitian

**Tabel 3. 1** Definisi Operasional Penelitian

Variabel	Definisi operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<b>Pemberian TPT</b>	Status penerimaan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) oleh kontak serumah pasien TBC dalam bentuk INH selama 6 bulan atau regimen lain sesuai standar.	Wawancara dengan kuesioner + Pemeriksaan dokumen rekam medis	Ya /Tidak Tidak menerima 0 Menerima 1	Nominal
<b>Karakteristik responden ( umur )</b>	Umur kontak serumah penderita TB paru di kota Magelang sejak dilahirkan hingga dilakukan wawancara. Bagi responden anak-anak wawancara diwakilkan orang tuanya	Kuesioner dengan pembagian umur menjadi 4 kelompok umur berdasarkan resiko epidemiologis	1 : 0-14 th 2 :15-24 th 3:25-59 th 4: > 60th (CDC & IDI)	Ordinal
<b>Karakteristik Responden (Jenis Kelamin)</b>	Perbedaan laki-laki dan perempuan berdasarkan ciri -ciri biologis kontak serumah penderita TB paru di kota Magelang	Kuesioner jenis kelamin: Laki-laki/ perempuan	Laki-laki (1) Perempuan (2)	Nominal
<b>Karakteristik responden (Tingkat Pendidikan)</b>	Tingkat Pendidikan formal kontak serumah penderita TB paru di Kota Magelang	Kuesioner tingkat pendidikan yang terbagi menjadi 4 kelompok	SD (1) SMP (2) SMA (3) PT ( 4 )	Ordinal
<b>Tingkat Pengetahuan</b>	Pemahaman kontak serumah tentang TBC dan TPT	Skala Guttman Kuesioner tingkat pengetahuan yang terdiri dari 10 pertanyaan, jawaban benar 1 Jawaban salah 0	interpretasi nilai skor: Kurang: 0-3 (1) Cukup : 4-6 (2) Baik: 7-10 (3)	Ordinal

Variabel	Definisi operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<b>Status Ekonomi</b>	Kondisi sosial-ekonomi yang mempengaruhi kemampuan seseorang untuk menerima TPT	Skala Guttman Kuesioner status ekonomi yang terdiri dari 3 pertanyaan : pendapatan: <2jt:1 2-3jt:2 >3jt:3 kepemilikan rumah: tidak 1 ya 2 kendaraan bermotor: tidak:1/ya:2	Interpretasi Nilai skor: 3-4: rendah (1) 5: menengah (2) 6-7 : tinggi (3)	Ordinal
<b>Akses layanan</b>	Ketersediaan fasilitas kesehatan yang mudah dijangkau dapat memudahkan seseorang untuk menerima TPT	Skala Guttman Kuesioner akses layanan dengan 3 pertanyaan	Interpretasi nilai skor Sulit: 3-4(1) Cukup:5-6 (2) Mudah:7-9 (3)	Ordinal
<b>Dukungan Keluarga</b>	Dukungan emosional, informasional,dan instrumental dari keluarga yang dapat memotivasi seseorang untuk menjalani TPT	Skala Likert Kuesioner dukungan keluarga dengan 5 pertanyaan dengan jawaban tidak pernah: 1 kadang-kadang:2 sering:3 Selalu :4	Interpretasi nilai skor Kurang: 5-10 (1) Cukup: 11-15 (2) Baik: 16-20 (3)	Ordinal
<b>Edukasi Petugas</b>	Informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan tentang penyakit TB dan TPT bagi kontak serumah pasien TB di kota Magelang	Skala likert 1-5 Kuesioner edukasi petugas kesehatan dengan 5 pernyataan	Interpretasi Nilai skor kurang:5-11 (1) cukup:12-18 (2) Baik: 19-25 (3)	Ordinal

### **3.4 Populasi dan sampel**

#### **3.4.1 Populasi**

Populasi penelitian adalah seluruh kontak serumah pasien TBC aktif ( Bakteriologis TBC ) di wilayah Kota Magelang yang memenuhi kriteria inklusi yaitu sejumlah 158 kontak serumah pasien TBC. Kontak serumah didefinisikan sebagai individu yang tinggal bersama atau memiliki interaksi erat dengan pasien TBC dalam lingkungan rumah tangga yang sama. Mereka berbagi ruang hidup yang sama, seperti kamar tidur, ruang keluarga, atau dapur, sehingga memiliki potensi terpapar bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang dikeluarkan oleh pasien TBC melalui udara.

Kriteria inklusi digunakan untuk menentukan siapa yang dapat menjadi bagian dari populasi penelitian. Berikut adalah kriteria inklusi untuk penelitian ini:

a. Kontak Serumah Pasien TBC:

Individu yang tinggal satu rumah dengan pasien TBC yang telah terdiagnosis bakteriologis TBC.

Memiliki interaksi rutin dan dekat dengan pasien TBC aktif/ Bakteriologis TBC (misalnya, berbagi ruangan tertutup) baik yang menerima maupun yang menolak TPT.

b. Usia:

Kontak serumah tanpa batasan usia

c. Bagi responden anak-anak wawancara dan pengisian kuesioner diwakilkan orang tua

d. Status Kesehatan:

1) Kontak serumah yang belum terdiagnosis TBC aktif.

2) Tidak memiliki kontraindikasi medis untuk menerima TPT (misalnya, alergi terhadap obat TPT).

e. Kesiediaan Berpartisipasi:

Kontak serumah yang bersedia memberikan informed consent (persetujuan tertulis) untuk berpartisipasi dalam penelitian.

f. Tinggal di Wilayah Penelitian:

Kontak serumah yang tinggal di wilayah Kota Magelang selama periode studi.

Alasan Memilih Populasi Ini sebagai kriteria inklusi yaitu

1. Risiko Tinggi Tertular TBC:

Kontak serumah memiliki risiko tertular TBC 10-20 kali lebih tinggi dibandingkan populasi umum karena paparan berulang terhadap bakteri TBC.

2. Prioritas dalam Program Pencegahan TBC:

WHO merekomendasikan kontak serumah sebagai kelompok prioritas untuk skrining TBC dan pemberian TPT.

3. Relevansi dengan Tujuan Penelitian:

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi determinan pemberian TPT, sehingga populasi yang paling relevan adalah kontak serumah pasien TBC.

Disamping kriteria inklusi, peneliti juga menentukan kriteria eksklusi yaitu kontak serumah yang tidak dapat dihubungi atau menolak berpartisipasi.

### **3.4.2 Sampel**

Sampel diambil menggunakan teknik purposive sampling, yaitu teknik pengambilan sampel di mana peneliti memilih peserta berdasarkan kriteria atau tujuan penelitian tertentu. Teknik ini bersifat non-probabilitas, artinya tidak semua anggota populasi memiliki kesempatan yang sama untuk terpilih sebagai sampel. Peneliti memilih sampel berdasarkan pengetahuan dan pertimbangan subjektif tentang siapa yang paling sesuai untuk memberikan informasi yang relevan dengan penelitian.

### Alasan Menggunakan Purposive Sampling

#### a. Populasi Spesifik:

Kontak serumah pasien TBC adalah populasi yang spesifik dan relatif kecil. Purposive sampling memungkinkan peneliti untuk fokus pada individu yang memenuhi kriteria inklusi.

#### b. Ketersediaan Data:

Kontak serumah yang terdaftar di fasilitas kesehatan lebih mudah diidentifikasi dan diakses, sehingga memudahkan proses pengambilan sampel.

#### c. Relevansi dengan Tujuan Penelitian:

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi determinan pemberian TPT, sehingga sampel harus memenuhi kriteria tertentu (misalnya, tinggal serumah dengan pasien TBC dan bersedia berpartisipasi).

#### d. Efisiensi Waktu dan Biaya:

*Purposive* sampling lebih efisien karena peneliti tidak perlu mengumpulkan data dari seluruh populasi, melainkan hanya dari individu yang relevan dengan penelitian.

### 3.4.2.1 Besar Sampel

Besar sampel sejumlah 113 responden yang dihitung menggunakan rumus sampel untuk penelitian kuantitatif, yaitu rumus *Slovin*. Rumus *Slovin* digunakan untuk menentukan ukuran sampel minimal yang diperlukan dari suatu populasi dengan tingkat kesalahan (*margin of error*) yang dapat ditoleransi.

#### a. Rumus *Slovin*

Rumus *Slovin* dirumuskan sebagai berikut:

$$n: \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

Keterangan:

n : besar sampel yang dibutuhkan.

N : besar populasi.

e : tingkat kesalahan (margin of error) yang dapat diterima, biasanya dinyatakan dalam bentuk desimal (misalnya, 0,05 untuk 5%).

Berikut perhitungan jumlah sampel dengan menggunakan rumus Slovin:

$$n: \frac{158}{1+158(0,005)^2} \quad n: \frac{158}{1+ 0,395} \quad n: \frac{158}{1,395}$$

n: 113,26 dibulatkan menjadi 113 sampel

### **3.4.3 Waktu dan Tempat**

#### 3.4.3.1 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan selama 2 bulan yaitu bulan Mei -Juni, mulai dari persiapan, pengumpulan data, hingga analisis data.

#### 3.4.1.2 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di 5 Puskesmas wilayah Kota Magelang yang memiliki kasus TBC.

Lokasi dipilih berdasarkan pertimbangan aksesibilitas dan ketersediaan data.

### **3.4.4 Alat dan Metode Pengumpulan Data**

#### 3.4.4.1 Alat Pengumpulan Data

Alat yang digunakan dalam pengumpulan data adalah kuesioner. Terdapat 6 kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu:

a. Kuesioner karakteristik responden

Kuesioner ini berisikan pertanyaan mengenai karakteristik responden seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan kontak serumah pasien TBC di kota Magelang.

b. Kuesioner status ekonomi

Kuesioner status ekonomi mencakup 3 pertanyaan yang diadopsi dari KAP survey on TB 2023, pertanyaan berupa pertanyaan tertutup dengan skala penilaian Guttman . Skore pada kuesioner ini mengacu pada ketentuan sebagai berikut:

- a) Rendah skore : 3-4
- b) Cukup skore : 5
- c) Tinggi : 6-7
- c. Kuesioner akses layanan

Kuesioner akses layanan mencakup 3 pertanyaan yang diadopsi dari KAP survey on TB 2023, pertanyaan berupa pertanyaan tertutup dengan skala penilaian Guttman. Skore pada kuesioner ini mengacu pada ketentuan sebagai berikut:

- a) Sulit skore : 3-4
- b) Cukup skore : 5-6
- c) Mudah skore : 7-9
- d. Kuesioner pengetahuan

Kuesioner pengetahuan mencakup 10 pertanyaan yang dinyatakan valid dan reliabel oleh ( Safitri, 2023). Pertanyaan berupa multiple choice ( pilihan ganda) dengan skala Guttman jika jawaban benar nilai 1, jika jawaban salah nilai 0. Skore kuesioner ini mengacu pada ketentuan sebagai berikut:

- a) Kurang skore : 0-3
- b) Cukup skore : 4-6
- c) Baik skore : 7-10
- e. Kuesioner Dukungan keluarga

Kuesioner dukungan keluarga mencakup 5 pertanyaan yang diadopsi dari KAP survey on TB 2023 dengan skala Likert 1-4. Skore kuesioner ini mengacu pada ketentuan sebagai berikut:

- a) Kurang skore : 5-10
- b) Cukup skore : 11-15
- c) Baik skore : 16-20
- f. Kuesioner edukasi petugas

Kuesioner edukasi petugas mencakup 5 pernyataan yang diadopsi dari Kemenkes RI (2023) Standar Edukasi Kesehatan untuk Pasien TB, dengan skala Likert 1-5.

Skore kuesioner ini mengacu pada ketentuan sebagai berikut:

- a) Kurang skore : 5-11
- b) Cukup skore : 12-18
- c) Baik skore : 19-25

#### 3.4.4.2 Metode Pengumpulan Data

- a. Wawancara langsung dengan kontak serumah.
- b. Observasi terhadap dokumen atau rekam medis.
- c. Mengajukan ijin penelitian ke Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan selanjutnya diteruskan ke Dinas Kesehatan Kota Magelang
- d. Setelah memperoleh ijin dari Dinas Kesehatan Kota Magelang, peneliti dapat melakukan observasi kepada calon responden di 5 puskesmas di Kota Magelang.
- e. Peneliti memberikan penjelasan kepada calon responden mengenai *inform consent*, apabila mereka bersedia, mereka diminta mengisi formulir *inform consent*
- f. Metode pengambilan sampel yang dilakukan dengan memilih sampel sesuai kriteria inklusi dan eksklusi
- g. Pengisian kuesioner oleh responden dengan bantuan peneliti/enumerator jika diperlukan

### 3.4.5 Uji Validitas dan Reliabilitas

#### 3.4.5.1 Uji Validitas

Validitas adalah ukuran yang menunjukkan apakah suatu alat ukur benar-benar mengukur apa yang dimaksudkan untuk diukur. Untuk mengetahui apakah kuesioner yang disusun dapat mengukur dengan tepat, perlu dilakukan uji korelasi antara skor setiap item dengan skor total kuesioner. Beberapa jenis uji validitas yang biasa digunakan antara lain uji product moment dan uji expert. Dalam penelitian ini, uji validitas dilakukan dengan menggunakan uji korelasi antar item pertanyaan menggunakan uji product moment, karena variabel yang digunakan

bersifat numerik. Pengujian ini dilakukan dengan bantuan program komputer yang akan menghasilkan nilai korelasi dan tingkat signifikansi. Suatu pertanyaan dianggap valid jika nilai signifikansi  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel dan memiliki korelasi positif; jika  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel, maka pertanyaan tersebut valid dan dapat digunakan, sementara jika  $r$  hitung lebih kecil dari  $r$  tabel, pertanyaan tersebut dianggap tidak valid dan perlu diperbaiki atau dihapus. Pada kuesioner pengetahuan dinyatakan valid oleh (Safitri, 2023) dimana seluruh nilai  $r$ -hasil diatas nilai  $r$ -tabel, dimana telah dilakukan uji validitas kepada 30 kontak serumah sebelumnya sehingga dengan nilai  $r$  hitung harus di atas  $r$  tabel . Pada kuesioner pengetahuan nilai  $r$  hasil pada rentang 0,177 sampai dengan 0,420, sedangkan pada kuesioner status ekonomi, akses layanan, dukungan keluarga, edukasi petugas menggunakan kuesioner yang sudah baku dari kemenkes dan KAP survey on TB 2023 dari WHO.. Sehingga kesimpulannya keenam kuesioner setiap pertanyaanya dinyatakan valid dan dapat digunakan sebagai alat ukur.

#### 3.4.5.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah pengujian yang digunakan untuk menilai sejauh mana suatu alat ukur dapat diandalkan. Uji ini mengukur konsistensi hasil pengukuran, apakah tetap stabil meskipun pengukuran dilakukan lebih dari sekali pada gejala yang sama. Reliabilitas juga menunjukkan apakah alat ukur tersebut dapat dipercaya dalam menghasilkan data yang konsisten. Jika pengukuran dilakukan dengan menggunakan alat yang sama pada waktu yang berbeda, hasilnya diharapkan tidak berubah secara signifikan. Dengan demikian, uji reliabilitas mengukur keandalan alat ukur dalam menghasilkan hasil yang stabil dan konsisten (Arikunto, 2019).

### 3.4.6 Metode Pengolahan dan Analisa Data

#### 3.4.6.1 Pengolahan data

- a. *Editing* yaitu proses pemeriksaan nama dan kelengkapan identitas

- b. *Coding* yaitu proses pemberian kode atau angka khusus pada data untuk mempermudah waktu tabulasi dan Analisa
- 1) Pada karakteristik responden usia, kode “1” untuk 0-14 th, “2” untuk 15-24 th, “3” untuk 25-59 th, “4” untuk >60 th
  - 2) Pada karakteristik jenis kelamin, kode “1” untuk laki-laki, kode “2” untuk perempuan.
  - 3) Pada karakteristik tingkat pendidikan, kode “1” untuk tamat SD, kode “2” untuk tamat SMP, kode “3” tamat SMA, kode “4” untuk tamat PT
  - 4) Pada status ekonomi, kode “1” untuk tingkat ekonomi rendah, kode “2” untuk tingkat ekonomi menengah, kode “3” untuk tingkat ekonomi tinggi.
  - 5) Pada akses layanan, kode “1” untuk akses layanan sulit, kode “2” untuk akses layanan cukup, kode “3” untuk akses layanan mudah.
  - 6) Pada pengetahuan, kode “1” untuk tingkat pengetahuan kurang, kode “2”, untuk tingkat pengetahuan cukup, kode “3” untuk tingkat pengetahuan baik.
  - 7) Pada dukungan keluarga, kode “1”, untuk dukungan kurang, kode “2” untuk dukungan cukup, kode “3” untuk dukungan baik.
  - 8) Pada edukasi petugas, kode “1” untuk edukasi petugas kurang, kode “2” untuk edukasi petugas cukup, kode “3” untuk edukasi petugas baik
- c. *Entry* yaitu proses memasukkan data-data ke dalam system computer
- d. *Cleaning* yaitu proses memeriksa Kembali data yang telah diinput untuk mengidentifikasi apakah ada kesalahan atau tidak
- e. *Tabulation* yaitu data yang telah diberikan kode kemudian dihitung, disusun, dan dipresentasikan dalam bentuk table atau grafik.

#### 3.4.6.2 Analisis data

Analisis data dilakukan setelah peneliti melakukan proses pengolahan data. Hasil dari pengolahan data kemudian dianalisis menggunakan program SPSS. Proses analisis tersebut dilakukan menggunakan analisis *univariat* dan analisis *bivariat* menggunakan uji *chi square*.

a. *Analisis Univariat*

Analisis *univariat* digunakan untuk menggambarkan dan mempresentasikan distribusi frekuensi dari variable yang akan diteliti. Variabel independent yang akan diteliti yaitu usia, jenis kelamin, tingkat Pendidikan, tingkat pengetahuan dan kualitas konseling petugas Kesehatan. Sedangkan variable dependent yaitu pemberian TPT.

b. *Analisis Bivariat*

Analisis *bivariat* dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variable independent dengan variable dependent yaitu hubungan antara status ekonomi, akses layanan, tingkat pengetahuan, dukungan keluarga dan edukasi petugas kesehatan dengan penerimaan TPT. Analisis *bivariat* menggunakan uji *chi square*.

### **3.4.7 Etika Penelitian**

Penelitian ini melibatkan partisipasi manusia sebagai subyek penelitian, sehingga diperlukan evaluasi etik dengan mengajukan proposal penelitian kepada komite etik Universitas Muhammadiyah Magelang untuk penelitian kepatuhan etik. Subyek penelitian diberikan penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian baik secara lisan maupun tertulis, dengan menggunakan *inform consent*. Subyek memiliki hak untuk menolak partisipasi tanpa adanya sanksi. Identitas subyek penelitian dijaga kerahasiannya.

Etika dalam penelitian ini mencakup (Masturoh, I., & Anggita, 2018):

1) *Self Determination*.

Dalam penelitian ini, responden diberikan hak untuk membuat keputusan apakah akan berpartisipasi dalam penelitian atau mengundurkan diri. Penelitian ini dilakukan secara sukarela tanpa paksaan. Responden yang memenuhi kriteria akan diberikan hak sukarela untuk mengikuti sebagai responden penelitian.

## 2) Prinsip *Beneficence*

Pada prinsip ini dilakukan untuk menjelaskan kepada responden tentang tujuan dan manfaat survei yang akan dilakukan. Penelitian ini bermanfaat bagi subjek penelitian dan masyarakat umum.

## 3) Prinsip *Non-Maleficence*

Asas *Non-Maleficence* adalah peneliti memberikan pernyataan kepada responden bahwa penelitian yang dilakukan tidak akan merugikan mereka. Responden akan diberikan kesempatan dan hak untuk mengajukan pertanyaan terperinci tentang isi survei.

## 4) Prinsip Keadilan (*Justice*)

Keadilan berarti bahwa semua responden mempunyai hak yang sama dalam penelitian ini, sehingga tidak ada perbedaan antar responden dan penelitian ini bersifat adil terhadap semua responden.

## 5) Kerahasiaan (*Confidentialy*)

Peneliti akan menjaga kerahasiaan informasi yang berhubungan dengan responden dan informasi lainnya dengan cara menyimpan hasil dari pengumpulan data peneliti dalam suatu lembar agar orang lain atau responden lainnya tidak akan mengetahui.

## **BAB 5**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Penerimaan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) pada Kontak Serumah Pasien Tuberkulosis di Kota Magelang, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan terhadap faktor – faktor yang mempengaruhi penerimaan TPT pada kontak serumah pasien TBC di kota magelang dengan rincian sebagai berikut:

##### **5.1.1 Karakteristik Responden**

Hasil penelitian karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin terbanyak perempuan ( 55,8 % ) dan berada pada usia produktif ( 25-59 tahun ) sebanyak 61,1 %. Pendidikan responden didominasi oleh lulusan SMA ( 42,5 % ), dan Sebagian besar tidak bekerja ( 24,8% ). Tingkat ekonomi mayoritas tergolong menengah ( 49,6 % ), dan akses layanan kesehatan umumnya dinilai mudah ( 88,5% ).

5.1.2 Terdapat hubungan yang signifikan antara status ekonomi terhadap penerimaan TPT pada kontak serumah pasien TBC di Kota Magelang dengan p-value 0.025.

5.1.3 Terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan terhadap penerimaan TPT pada kontak serumah pasien TBC di Kota Magelang dengan p-value 0.000.

5.1.4 Terdapat hubungan yang signifikan antara akses layanan terhadap penerimaan TPT pada kontak serumah pasien TBC di kota Magelang dengan p-value 0.000.

5.1.5 Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga terhadap penerimaan TPT pada kontak serumah pasien TBC di kota Magelang dengan p-value 0.000.

5.1.6 Terdapat hubungan yang signifikan antara edukasi petugas terhadap penerimaan TPT pada kontak serumah pasien TBC di kota Magelang dengan p-value 0.000.

## 5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan tersebut, maka saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

### 5.2.1 Bagi Dinas Kesehatan Kota Magelang

- a. Dapat meningkatkan program intervensi berbasis keluarga untuk memperkuat dukungan keluarga terhadap kontak serumah pasien TB yang sedang menjalani TPT.
- b. Menyusun program intervensi yang memprioritaskan kelompok dengan status ekonomi rendah melalui pemberian bantuan transportasi atau layanan jemput bola (home visit) untuk memudahkan akses ke TPT.
- c. Mengintegrasikan edukasi TPT dalam kegiatan posyandu, penyuluhan RT/RW, dan kampanye kesehatan masyarakat agar informasi menjangkau semua lapisan, terutama keluarga dengan risiko tinggi.
- d. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar untuk mengembangkan strategi intervensi yang lebih efektif terhadap peningkatan cakupan TPT di kota Magelang.

### 5.2.2 Bagi Petugas Kesehatan di Puskesmas

- a. Memperkuat kualitas edukasi tentang TPT dengan metode komunikasi yang interaktif, penggunaan media visual, dan bahasa yang mudah dipahami.
- b. Menyediakan layanan konsultasi individual untuk menjawab keraguan pasien, mengurangi kekhawatiran efek samping, dan meningkatkan kepatuhan.
- c. Memastikan akses layanan mudah, misalnya dengan memperpendek waktu tunggu, membuat jadwal pelayanan yang fleksibel, atau membuka layanan akhir pekan bagi pekerja.

### 5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian bisa digunakan sebagai pengembangan ilmu keperawatan, bahan bacaan dan referensi bagi mahasiswa

### 5.2.4 Bagi Peneliti selanjutnya

Bisa menindaklanjuti hasil penelitian, sehingga peneliti selanjutnya dapat lebih spesifik lagi dalam Menyusun penelitian dengan menambahkan variabel lain seperti persepsi risiko, stigma terhadap TB, atau faktor psikososial lain yang mungkin memengaruhi penerimaan TPT.

### 5.2.5 Bagi Masyarakat

Perlu meningkatkan pengetahuan mengenai pentingnya TPT dalam mencegah penularan TB serta aktif mencari informasi dan dukungan dalam mengikuti program pencegahan yang disediakan oleh pemerintah.

## DAFTAR PUSTAKA

- Atun, R., Pothapregada, S. K., Kwansah, J., Degbotse, D., & Lazarus, J. V. (2017). *Assessing the impact of health system barriers on tuberculosis case detection and treatment in Ghana*. *Health Policy and Planning*, 32(6), 847-855.
- Biro Komunikasi dan Pelayanan Publik, Kementerian Kesehatan RI, 22 Maret 2024
- Awal, U., & Batam, B. (2022). *cross sectional*. *September*.
- Fadillah, A. R., & Lestari, H. (2024). *Endemis Journal*. 5(1), 9–15.
- Felisia, F., Triasih, R., Nababan, B. W. Y., Sanjaya, G. Y., Dewi, S. C., Rahayu, E. S., Unwanah, L., du Cros, P., & Chan, G. (2023). High Tuberculosis Preventive Treatment Uptake and Completion Rates Using a Person-Centered Approach among Tuberculosis Household Contact in Yogyakarta. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 8(12). <https://doi.org/10.3390/tropicalmed8120520>
- Goroh, M. M. D., van den Boogaard, C. H. A., Lukman, K. A., Lowbridge, C., Juin, W. K., William, T., Jeffree, M. S., & Ralph, A. P. (2023). Factors affecting implementation of tuberculosis contact investigation and tuberculosis preventive therapy among children in Sabah, East Malaysia: A qualitative study. *PLoS ONE*, 18(5 May), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285534>
- Gubernur, P. (2024). rencana aksi daerah penanggulangan TBC. *Ayoan*, 15(1), 37–48.
- Dewi, C., van der Werf, M.J., & Prasetyo, M.A. (2019). *Barriers to the uptake of tuberculosis preventive therapy among people living with HIV in Indonesia: A qualitative study*. **BMC Infectious Diseases**, 19(1), 622.
- Harries, A. D., Nair, D., Thekkur, P., Ananthakrishnan, R., Thiagesan, R., Chakaya, J. M., Mbithi, I., Jamil, B., Fatima, R., Khogali, M., Zachariah, R., Berger, S. D., Satyanarayana, S., Kumar, A. M. V., Bochner, A. F., & McClelland, A. (2024). TB preventive therapy: uptake and time to initiation during implementation of ‘7-1-7.’ *Ijtld Open*, 1(4), 189–191. <https://doi.org/10.5588/ijtldopen.24.0101>
- Kemenkes RI. (2020). Penanganan Infeksi TB laten. In *Kemenkes*. [https://tbindonesia.or.id/wp-content/uploads/2021/01/Isi-Juknis-ILTB-FINAL-ok\\_published.pdf](https://tbindonesia.or.id/wp-content/uploads/2021/01/Isi-Juknis-ILTB-FINAL-ok_published.pdf)
- Mahajan, P., Soundappan, K., Singla, N., Mehta, K., Nuken, A., Thekkur, P., Nair, D., Rattan, S., Thakur, C., Sachdeva, K. S., & Kalottee, B. (2024). Test and Treat Model for Tuberculosis Preventive Treatment among Household Contacts of Pulmonary Tuberculosis Patients in Selected Districts of Maharashtra: A Mixed-Methods Study on Care Cascade, Timeliness, and

- Early Implementation Challenges. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 9(1), 1–12. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed9010007>
- Masturoh, I., & Anggita, N. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. EGC.
- Safitri, I. N., Martini, M., Adi, M. S., & Wurjanto, M. A. (2023). Faktor yang Berhubungan dengan Penerimaan Terapi Pencegahan TB di Kabupaten Tegal. *Jurnal Riset Kesehatan Masyarakat*, 3(4), 212–220. <https://doi.org/10.14710/jrkm.2023.20670>
- Salazar-Austin, N., Mulder, C., Hoddinott, G., Ryckman, T., Hanrahan, C. F., Velen, K., Chimoyi, L., Charalambous, S., & Chihota, V. N. (2022). Preventive Treatment for Household Contacts of Drug-Susceptible Tuberculosis Patients. *Pathogens*, 11(11), 1–13. <https://doi.org/10.3390/pathogens11111258>
- Simarmata, A. F., Wasliati, B., & Sirait, R. A. (2024). Analisis Perilaku Kontak Serumah Penderita TBC dalam Pemberian Terapi Pencegahan Tuberculosis ( TPT ) di Wilayah Kerja Puskesmas Sri Padang Tinggi Tahun 2024 Analysis of the Behavior of Household Contacts TB Patients in Providing Tuberculosis Prevention T. c, 46–52.
- Survey, P. (2023). *ON TUBERCULOSIS 2023*.
- Tayal, A., & Kabra, S. K. (2024). Tuberculosis Preventive Treatment. *Indian Journal of Pediatrics*, 91(8), 823–829. <https://doi.org/10.1007/s12098-023-04969-z>
- WHO. (2022). WHO consolidated guidelines on tuberculosis. In *WHO Press*.
- Fauziah, N., Sari, R.P., & Damayanti, N.A. (2022). *The Role of Personalized Health Education in Improving Community Acceptance of Tuberculosis Preventive Therapy: A Community-Based Intervention Study in Indonesia*
- Gebremariam, M.K., Bjune, G.A., & Frich, J.C. (2020). Barriers to and facilitators of tuberculosis preventive therapy among people living with HIV in low- and middle-income countries: A systematic review. **PLOS ONE**, 15(5), e0233064
- Ismail, R., Prawira, A., & Siregar, A.Y.M. (2020). Geographical Accessibility and Timeliness of TB Preventive Therapy Initiation in Indonesia: A Spatial Analysis Approach. **Tropical Medicine and International Health**, 25(11), 1358-1367
- Liefooghe, R., Baliddawa, J. B., Kipruto, E. M., Vermeire, C., & De Munynck, A. O. (2019). The Role of Family Support in Adherence to Tuberculosis Treatment: A Mixed-Methods Study in Kenya. **PLOS ONE**, 14(12), e0225767.
- Lestari, S., & Handayani, D. (2021). *Family Support as a Key Factor in*

- Adherence to Tuberculosis Preventive Therapy: A Qualitative Study in Indonesia.* *Journal of Public Health Research*, **10**(3), 204-211
- Lwevola, P., Mfinanga, S., & Ngadaya, E. (2021). *Impact of Distance to Health Facilities on TB Preventive Therapy Continuation in Rural Tanzania: A Prospective Cohort Study.* **International Journal of Environmental Research and Public Health**, **18**(16), 8423.
- Putri, A.D. & Harahap, J. (2022). *Socioeconomic Disparities in Access to Tuberculosis Prevention Services: Evidence from Urban and Rural Areas in Indonesia.* **Journal of Epidemiology and Community Health**, **76**(8), 712-719
- Rosita, S., Sari, N. P., & Wahyuni, C. U. (2019). *Knowledge and Acceptance of Tuberculosis Preventive Therapy among High-Risk Populations in Indonesia: A Cross-Sectional Study.* *Journal of Infection in Developing Countries*, **13**(8), 712-719
- Suryavanchi, N., Tanaka, M., & Kobayashi, N. (2020). *Knowledge-Attitude-Practice Gap in Tuberculosis Preventive Therapy: A Multicenter Study in High-Burden Asian Countries.* **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, **24**(5), 510-517.
- Yusuf, S., Nugroho, S. W., & Putri, R. N. (2020). *Socioeconomic Status and Health Decision-Making: The Role of Health Literacy and Access to Healthcare Facilities.* *Journal of Public Health Research*
- Lwevola, P., Mfinanga, S., & Ngadaya, E. (2021). *Impact of Distance to Health Facilities on TB Preventive Therapy Continuation in Rural Tanzania: A Prospective Cohort Study.* **International Journal of Environmental Research and Public Health**, **18**(16), 8423.