# ANALISIS DETERMINAN PENERIMAAN TERAPI PENCEGAHAN TUBERKULOSIS (TPT) PADA KONTAK SERUMAH: SKI 2023

PROPOSAL SKRIPSI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

Riyan Ramadan
NIM : 030002200142

UNIVERSITAS TRISAKTI
FAKULTAS KEDOKTERAN
JAKARTA, DESEMBER 2025

**Bidang Ilmu** : Kesehatan Masyarakat

PROPOSAL SKRIPSI

# ANALISIS DETERMINAN PENERIMAAN TERAPI PENCEGAHAN TUBERKULOSIS (TPT) PADA KONTAK SERUMAH

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan

Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

(Riyan Ramadan, 030002200142)

PROGRAM PENDIDIKAN SARJANA KEDOKTERAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS TRISAKTI

JAKARTA, Desember 2025

## PERSETUJUAN

## Proposal Skripsi

**Judul:**

# ANALISIS DETERMINAN PENERIMAAN TERAPI PENCEGAHAN TUBERKULOSIS (TPT) PADA KONTAK SERUMAH

Riyan Ramadan

NIM: 030002200142

Telah disetujui untuk diuji di hadapan

**Tim Penguji Proposal Skripsi**

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Senin, Tanggal 15 Desember 2025

**Pembimbing**

Evi Susanti Sinaga, SKM, MPH.

NIK: 3525/USAKTI

# PENGESAHAN SKRIPSI

**Judul :**

# ANALISIS DETERMINAN PENERIMAAN TERAPI PENCEGAHAN TUBERKULOSIS (TPT) PADA KONTAK SERUMAH

Riyan Ramadan
NIM: 030002200142

Telah diuji dan disahkan di hadapan **Dewan Penguji Skripsi**

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Senin , Tanggal 15 Desember 2025

**Pembimbing**

Nama : Evi Susanti Sinaga, SKM, MPH.

NIK : 3525/USAKTI …….

**Penguji I**

Nama : dr. Jihan Samira, MPd.Ked,SP.MK

NIK : 2603/USAKTI …….

**Penguji II**

Nama : dr. Astri Handayani, M.Biomed.AIFO-K

NIK : 3548/USAKTI …….

Jakarta, 15 Desember 2025
Dekan FK Trisakti

Dr.dr.Yenny,Sp.FK.

NIK:2613/USAKTI

# PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

| | |
|---|---|
| Nama | : Riyan Ramadan |
| NIM | : 030002200142 |
| Program Studi | : Sarjana Kedokteran |
| Alamat Korespondensi | : Dusun Sindang mulya RT 03/ RW 05. Tanjungjaya, Tempuran Karawang. |
| Telepon / *mobile* | : 081295423962 |
| E-mail | : 030002200142@std.trisakti.ac.id |
| Judul skripsi | : Analisis Determinan Penerimaan Terapi Penerimaan Tuberkulosis (TPT) Pada Kontak Serumah |

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya ilmiah saya sendiri. Skripsi ini belum pernah diajukan sebagai suatu karya ilmiah untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan SK Permendiknas No.17 tahun 2010 tentang pencegahan dan penanggulangan plagiat di perguruan tinggi.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, agar dapat dimanfaatkan sebagaimana mestinya.

Jakarta,…..... 2025

Riyan Ramadan

NIM 030002200142

# KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis sampaikan kepada Allah SWT, karena dengan anugerah dan berkat-Nya, atas terselesaikan proposal skripsi dengan judul ”Analisis Determinan Penerimaan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) Pada Kontak Serumah. Proposal ini disusun sebagai salah satu bentuk pemenuhan kewajiban akademik dan juga sebagai cara untuk meningkatkan wawasan serta pengetahuan.

Dalam proses penyelesaian proposal skripsi ini dapat berlangsug dengan baik dengan bantuan, bimbingan, dan dukungan dari berbagai pihak yang terlibat. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada setiap pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan tulisan ini. Secara khusus, penulis ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada Ibu Evi Susanti Sinaga, SKM, MPH yang telah berperan sebagai pembimbing, memberikan waktu, arahan, saran, dan motivasi selama penulisan. Selain itu, penulis juga mengucapkan terima kasih kepada teman-teman dan keluarga yang telah memberikan dukungan baik selama penyusunan proposal skripsi.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kesempatan untuk memperbaiki dan meningkatkan proposal skripsi ini. Oleh karena itu, penulis dengan sangat terbuka menerima masukan dan saran dari semua pihak yang terlibat, demi meningkatkan kualitas proposal ini dan mencapai standar yang diinginkan.

## DAFTAR ISI

**HALAMAN**

HALAMAN JUDUL ..... i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING ..... ii
HALAMAN PENGESAHAN TIM PENGUJI DAN DEKAN ..... iii
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN ..... iv
KATA PENGANTAR ..... v
DAFTAR ISI ..... vi
DAFTAR TABEL ..... viii
DAFTAR GAMBAR ..... ix
DAFTAR ARTI SINGKATAN ..... x

**BAB I PENDAHULUAN** ..... 1
1.1 Latar belakang ..... 1
1.2 Perumusan masalah ..... 2
1.3 Tujuan ..... 2
1.3.1 Tujuan umum ..... 2
1.3.2 Tujuan khusus ..... 3
1.4 Hipotesis ..... 3
1.5 Manfaat ..... 3
1.5.1 Bagi pengembangan ilmu pengetahuan ..... 3
1.5.2 Bagi profesi dan institusi ..... 4
1.5.3 Bagi masyarakat ..... 4

**BAB II TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI** ... 5
2.1 Tinjauan pustaka ..... 5
2.1.1 Tuberkulosis ..... 5
A. Definisi ..... 5
B. Etiologi ..... 5
C. Epidemiologi ..... 5
D. Faktor risiko ..... 6
E. Klasifikasi ..... 7
F. Patogenesis ..... 8
G. Diagnosis ..... 8
H. Pengobatan ..... 10
I. Efek samping ..... 11
2.1.2 Terapi pencegahan tuberkulosis (TPT) ..... 12
A. Definisi ..... 12
B. Tujuan ..... 12
C. Sasaran ..... 12
D. Efektivitas ..... 13
E. Panduan pemberian TPT ..... 13
F. Efek samping TPT ..... 16
G. Interaksi obat ..... 18

H. Kondisi dan pertimbangan khusus.....19
2.1.3 Kontak serumah.....21
A. Definisi.....21
B. Kriteria.....21
2.1.4 Faktor – faktor yang mempengaruhi penerimaan TPT.....21
A. Sosiodemografi.....22
B. Teori *Health Belief Model* (HBM).....25
2.2 Ringkasan pustaka.....28
2.3 Kerangka Teori.....31

**BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL**.....32
3.1 Kerangka konsep.....32
3.2 Variabel penelitian.....32
3.2.1 Variabel bebas.....32
3.2.2 Variabel tergantung.....32
3.3 Definisi operasional.....33

**BAB IV METODE**.....36
4.1 Desain.....36
4.2 Lokasi dan waktu.....36
4.3 Populasi dan subjek.....36
4.3.1 Populasi target.....36
4.3.2 Populasi terjangkau.....36
4.3.3 Subjek.....37
4.3.3.1 Kriteria pemilihan subjek.....37
A. Kriteria inklusi.....37
B. Kriteria eksklusi.....37
4.3.3.2 Perhitungan jumlah subjek.....37
4.4 Bahan dan instrumen.....38
4.5 Analisis statistik.....39
4.5.1 Analisis univariat.....39
4.5.2 Analisis bivariat.....39
4.6 Alur pengambilan sampel.....40
4.7 Alur kerja penelitian.....41
4.8 Etika penelitian.....41
4.9 Penjadwalan penelitian.....42

REFERENSI.....43
LAMPIRAN.....46

# DAFTAR TABEL

**Tabel 1.** Pilihan panduan TPT .....13
**Tabel 2.** Efek samping obat dan tatalaksana .....17
**Tabel 3.** Ringkasan pustaka.....28
**Tabel 4.** Definisi operasional.....33
**Tabel 5.** Penjadwalan pelaksanaan penelitian .....42

## DAFTAR GAMBAR

**Gambar 1.** Kerangka teori ..... 31
**Gambar 2.** Kerangka konsep ..... 32
**Gambar 3.** Alur kerja penelitian ..... 41

## DAFTAR ARTI SINGKATAN

| | |
|---|---|
| ACT | *Artemisinin-based Combination Therapies* |
| BKPK | Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan |
| BTA | Basil Tahan Asam |
| HBM | *Health Belief Model* |
| H | Isoniazid |
| HP | Isoniazid dan Rifapentin |
| HR | Isoniazid dan Rifampisin |
| IK | Investigasi Kontak |
| IUATLD | *International Union Against Tuberculosis and Lung Disease* |
| ILTB | Infeksi Laten Tuberkulosis |
| OAT | Obat Anti Tuberkulosis |
| ODHA | Orang dengan HIV/AIDS |
| SKI | Survei Kesehatan Indonesia |
| TB | Tuberkulosis |
| TCM | Tes Cepat Molekuler |
| TPT | Terapi Pencegahan Tuberkulosis |
| WHO | *World Health Organization* |

# BAB I
# PENDAHULUAN

## 1.1 Latar belakang

Tuberkulosis (TB) disebabkan oleh bakteri yang dikenal sebagai *Mycobacterium tuberculosis,* penyakit ini dapat diobati dan dicegah. Penularan TB terjadi antar individu melalui pernapasan. Penyebaran tuberkulosis terjadi melalui udara, ketika seorang penderita batuk, bersin, atau meludah, kuman TB akan tersebar di udara. Laporan *World Health Organization* (WHO) dalam Laporan Tuberkulosis Global 2023, diperkirakan ada 10,6 juta infeksi TB baru di seluruh dunia setiap tahunnya. TB adalah penyakit menular yang menduduki peringkat ke-13 sebagai penyebab kematian tertinggi di dunia. Penyakit TB banyak ditemukan di 30 negara yang memiliki beban tertinggi, di mana India, Indonesia, dan Cina mencatat jumlah kasus paling tinggi.[(1)] Laporan WHO Global TB 2024 tahun 2023 terdapat sekitar delapan juta kasus TB baru dengan lebih dari 1.200.000 kematian di seluruh dunia.[(2)]

Data dari Kementerian Kesehatan pada tahun 2023 menunjukan estimasi jumlah kasus mencapai 1.090.000, yaitu setara dengan 387 kasus per 100.000 penduduk. Angka kematian yang disebabkan oleh TB diperkirakan mencapai 125.000, atau 44 kematian per 100.000 penduduk.[(3)]

Indonesia merupakan negara dengan jumlah kasus TB terbanyak kedua di dunia, sehingga langkah pencegahan seperti pemberian terapi pencegahan tuberkulosis (TPT) menjadi strategi yang sangat penting dalam menghentikan penyebaran penyakit ini.[(5)] TPT merupakan jenis pengobatan yang diberikan kepada orang yang memiliki risiko tinggi terhadap TB. Manfaat utama dari TPT adalah menghindari timbulnya penyakit TB yang aktif, menurunkan angka sakit dan kematian akibat TB, serta mengurangi penyebaran TB di masyarakat. Sasaran dari distribusi TPT meliputi orang-orang yang tinggal serumah dengan pasien TB aktif, mereka yang memiliki sistem kekebalan tubuh lemah, pasien yang menderita penyakit tambahan seperti diabetes, orang dengan pekerjaan berisiko seperti nakes.[(6)]

Namun, penerimaan TPT kepada individu yang serumah TB dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti sosiodemografi, faktor hambatan dan kerentanan.[16] Dalam penelitian yang dilakukan oleh Safitri *et al.* (2023) di Kabupaten Tegal, menunjukkan bahwa aspek sosiodemografi memiliki hasil yang signifikan terhadap penerimaan terapi pencegahan tuberkulosis (TPT) di antara kontak serumah. Namun, usia dan ikatan keluarga dengan pasien TB tidak menunjukkan pengaruh signifikan terhadap penerimaan terapi ini.[16] Terdapat penelitian lain yang menunjukkan adanya ketidaksesuaian hasil mengenai dampak faktor sosiodemografi terhadap penerimaan TPT. Bahwa faktor sosiodemografi tidak selalu menjadi penentu utama dalam penerimaan terapi pencegahan tuberkulosis (TPT) di kalangan kontak serumah pasien TB.[8]

Faktor lain yang mempengaruhi seperti kerentanan dan hambatan. Situasi ini dapat dijelaskan melalui *Health Belief Model* (HBM). Hasil studi menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara skor perilaku pencegahan TB dengan pengetahuan mengenai TB, persepsi tentang kerentanan.[9]

Penelitian ini mengkaji faktor determinan sosiodemografi dan menggunakan teori *Health Belief Model* (HBM) terhadap penerimaan TPT di masyarakat. Oleh karena itu, penting untuk memahami interaksi antara faktor sosiodemografi dan alasan penerimaan TPT menggunakan teori *Health Belief Model* (HBM), demi usaha yang lebih efektif dalam menghentikan penyebaran tuberkulosis.

## 1.2 Perumusan masalah

Apakah faktor sosiodemografi (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, tempat tinggal, status ekonomi), *perceived susceptibility* (merasa tidak gejala), dan *perceived barriers* (obat tidak tersedia di faskes, obat tidak diberi nakes) berhubungan terhadap penerimaan TPT pada kontak serumah TB?

## 1.3 Tujuan

### 1.3.1 Tujuan umum

Mengkaji terkait faktor determinan yang berpengaruh terhadap penerimaan terapi pencegahan tuberkulosis (TPT) pada kontak serumah TB dengan

menggunakan pendekatan sosiodemografi seperti umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, tempat tinggal, status ekonomi dan teori *Health Belief Model* (HBM), yang diharapkan mampu memberikan pemahaman menyeluruh mengenai faktor-faktor yang memengaruhi perilaku penerimaan TPT guna mendukung upaya pencegahan TB yang lebih efektif.

### 1.3.2 Tujuan khusus

- Menganalisis hubungan antara faktor sosiodemografi (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, tempat tinggal, status ekonomi) dengan penerimaan terapi pencegahan TB.
- Menganalisis hubungan *perceived susceptibility* (merasa tidak gejala), *perceived barriers* (obat tidak tersedia di faskes, obat tidak diberi nakes) dengan penerimaan terapi pencegahan TB pada kontak serumah.

## 1.4 Hipotesis

- Terdapat hubungan antara faktor sosiodemografi (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, tempat tinggal, status ekonomi) dengan penerimaan terapi pencegahan TB.
- Terdapat hubungan antara *perceived susceptibility* (merasa tidak gejala), *perceived barriers* (obat tidak tersedia di faskes, obat tidak diberi nakes) dengan penerimaan terapi pencegahan TB pada kontak serumah.

## 1.5 Manfaat

### 1.5.1 Bagi pengembangan ilmu pengetahuan

Penelitian ini diharapkan mampu menambah pemahaman dan memperkaya literatur ilmiah tentang faktor-faktor risiko sosiodemografi dan *perceived susceptibility* dan *perceived barriers* yang berpengaruh terhadap penerimaan terapi pencegahan tuberkulosis (TPT) di kalangan kontak serumah. Temuan dari penelitian ini akan memberikan kontribusi empiris terbaru yang berdasarkan data nasional terbaru SKI 2023, sehingga dapat digunakan sebagai rujukan bagi para akademisi dan peneliti di sektor kesehatan masyarakat dan epidemiologi.

### 1.5.2 Bagi profesi dan institusi

Penelitian ini dapat memberikan wawasan bagi tenaga kesehatan, pembuat kebijakan, dan lembaga terkait untuk lebih memahami elemen-elemen yang berperan dalam keberhasilan program pemberian TPT di lapangan. Dengan mengidentifikasi faktor risiko yang penting, strategi intervensi dan pendekatan yang lebih efektif dapat disusun untuk meningkatkan jangkauan dan kepatuhan dalam terapi pencegahan TB bagi kontak serumah.

### 1.5.3 Bagi masyarakat

Masyarakat akan merasakan keuntungan langsung dari peningkatan efektivitas program pencegahan TB yang berkontribusi pada penurunan tingkat penularan dan kasus baru TB di lingkungan rumah dan komunitas. Di samping itu, dengan meningkatnya pemahaman masyarakat tentang pentingnya terapi pencegahan melalui edukasi yang ditingkatkan sesuai dengan faktor risiko dari penelitian, diharapkan dapat mendorong kesadaran serta partisipasi aktif masyarakat dalam usaha pencegahan TB.

# BAB II
# TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI

## 2.1 Tinjauan pustaka

### 2.1.1 Tuberkulosis

**A. Definisi**

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit yang dapat menular yang disebabkan oleh bakteri bernama *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri ini memiliki bentuk mirip batang dan dapat tahan terhadap asam, sehingga sering disebut sebagai Basil Tahan Asam (BTA) yang dapat menyebar melalui udara. Ketika seseorang yang menderita TB batuk, bersin, atau meludah, bakteri TB akan terlepas ke udara dan bisa dihirup oleh orang-orang di sekitarnya. Penyakit ini menular dan bisa menyerang siapa saja, khususnya pada usia produktif, orang lanjut usia, dan anak-anak. Banyak kasus TB ditemukan menyerang parenkim paru, yang mengakibatkan TB paru, tetapi bakteri ini juga dapat menginfeksi bagian tubuh lainnya (TB ekstra paru) seperti pleura, kelenjar limfa, tulang, dan organ dari luar paru lainnya.[10, 11]

**B. Etiologi**

Penularan TB berlangsung melalui udara *(airborne disease)*. Penyebabnya dari bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang memiliki bentuk silindris atau sedikit melengkung, tidak mempunyai spora dan tidak memiliki lapisan kapsul. Ukuran bakteri ini adalah lebar 0,3 – 0,6 µm dan panjang 1 – 4 µm. Struktur dinding sel *M. tuberculosis* sangat rumit, terdiri dari lapisan lemak yang cukup tinggi (60%). Bakteri ini menular dari tetesan *droplet* atau air liur yang berasal dari pasien TB ketika mereka berbicara, meludah, batuk, atau bersin.[12]

**C. Epidemiologi**

Tuberkulosis (TB) adalah penyebab kematian akibat penyakit menular kedua terbanyak setelah COVID-19 dan menduduki peringkat ke-13 sebagai penyebab kematian tertinggi di dunia. Penyakit TB banyak ditemukan di 30 negara yang memiliki beban tertinggi, di mana India, Indonesia, dan Cina mencatatkan jumlah

kasus paling tinggi. Terdapat 55% kasus TB terjadi pada pria, 33% pada wanita, dan 12% pada anak-anak serta remaja. Pada tahun 2023 diperkirakan terdapat sekitar 10,8 juta kasus baru tuberkulosis di seluruh dunia dengan tingkat insiden mencapai 134 per 100. 000 orang setiap tahunnya. Penyakit ini masih menjadi salah satu penyebab utama kematian akibat infeksi, dengan kira-kira 1,25 juta orang meninggal, termasuk 161 ribu di antaranya adalah penderita TB yang juga terinfeksi HIV. Sebagian besar kasus dan kematian tersebut terjadi di 30 negara yang memiliki beban TB tertinggi, di antaranya India (26%), Indonesia (10%), China (6,8%), Filipina (6,8%), dan Pakistan (6,3%). Penularan TB dipengaruhi oleh berbagai aspek sosial ekonomi dan kesehatan masyarakat, seperti kemiskinan, kurangnya gizi, dan ketidakmerataan dalam akses layanan kesehatan.[1, 2]

Data dari Kementerian Kesehatan menunjukan estimasi jumlah kasus TB di Indonesia pada tahun 2023 mencapai 1.090.000, yaitu setara dengan 387 kasus per 100.000 penduduk. Angka kematian yang disebabkan oleh TB diperkirakan mencapai 125.000, atau 44 kematian per 100.000 penduduk.[13] Saat ini, Indonesia menduduki posisi kedua dalam jumlah kasus TB di seluruh dunia, dengan beberapa provinsi di Jawa, Sumatera Utara, dan Sulawesi Selatan menjadi penyebab utama, masing-masing mencatat lebih dari 40.000 kasus.[13]

**D. Faktor risiko**

Terdapat berbagai faktor risiko berkontribusi dalam menentukan siapa yang dapat terinfeksi dan bisa berkembang menjadi TB aktif. Pertama penurunan sistem kekebalan tubuh menjadi salah satu faktor risiko utama, karena imunitas yang lemah memungkinkan bakteri TB untuk berkembang dan menyebabkan penyakit. Contoh dari kondisi ini termasuk penderita HIV/AIDS, pengidap diabetes mellitus, orang yang mendapatkan terapi imunosupresif, serta pasien dengan penyakit ginjal kronis. Kedua, faktor lingkungan dan sosial juga memengaruhi peluang terjadinya TB. Tinggal bersama dengan seseorang yang memiliki TB aktif dapat meningkatkan risiko penularan secara signifikan akibat kontak yang intens dan berkepanjangan. Kawasan yang memiliki kepadatan penduduk tinggi dan tempat tinggal yang tidak layak juga menjadi lokasi penyebaran *droplet* yang mengandung

bakteri tuberkulosis. Pekerja di lingkungan berisiko tinggi, seperti tenaga kesehatan dan staf di lembaga pemasyarakatan, juga lebih mungkin terpapar. Ketiga, perilaku dan gaya hidup juga berkontribusi pada risiko TB, seperti kebiasaan merokok, konsumsi alkohol yang tinggi, dan kekurangan gizi. Mereka yang merokok memiliki peluang lima kali lebih besar untuk terkena TB dibandingkan dengan mereka yang tidak merokok. Malnutrisi dapat menurunkan daya tahan tubuh dan meningkatkan peluang terjadinya TB aktif.[12]

Dalam penularannya TB berlangsung melalui udara. Sumber penularannya berasal dari percikan *droplet* atau air liur yang dikeluarkan oleh pasien TB saat berbicara, meludah, batuk, atau bersin. Bakteri penyebab TB yang ada dalam *droplet* tersebut mampu bertahan selama beberapa jam di dalam ruangan yang sejuk dan lembab tanpa sinar matahari. Percikan yang dihasilkan saat berbicara bisa menyebarkan sekitar 210 bakteri, sementara batuk dapat menyebarkan hingga 3.500 bakteri, dan bersin dapat melepaskan antara 4.500 hingga 1 juta bakteri. Jika percikan *droplet* itu terhirup oleh orang lain, maka orang tersebut berpotensi terinfeksi bakteri TB yang mungkin bisa aktif atau dalam keadaan tidur (*dormant*) di dalam tubuhnya.[12]

## E. Klasifikasi

Tuberkulosis (TB) dapat dibagi menjadi beberapa kategori. Pertama, ada TB yang dipastikan secara bakteriologis, yaitu pasien TB yang menunjukkan adanya infeksi Mycobacterium tuberculosis berdasarkan hasil pemeriksaan mikrobiologis. Kedua, terdapat TB yang didiagnosis melalui cara klinis, yakni pasien TB yang tidak memenuhi syarat untuk diagnosis bakteriologis, tetapi ada bukti kuat lain yang mendukung diagnosis dan pengobatan TB oleh dokter. Ketiga, ada klasifikasi berdasarkan tempat infeksi, yaitu TB paru, yang menyerang jaringan paru-paru, serta TB ekstrapulmoner yang terjadi di organ-organ selain paru-paru, termasuk pleura, kelenjar getah bening, perut, saluran kemih, saluran pencernaan, kulit, selaput otak, dan tulang.[12]

## F. Patogenesis

Tuberkulosis adalah sebuah penyakit menular yang ditularkan melalui udara *(air borne disease)*. Penularannya terjadi ketika seseorang menghirup *droplet* (1-5 mikron) yang mengandung bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Tetesan ini dapat bertahan di udara selama beberapa jam dan, karena ukuran yang kecil, dapat masuk jauh ke dalam saluran pernapasan mencapai bronkiolus respiratori dan alveolus. Setelah masuk ke dalam alveolus, bakteri TB akan ditangkap oleh sel makrofag. Jika jumlah bakteri relatif sedikit, biasanya makrofag dapat menghancurkan mereka. Namun, jika jumlah bakteri banyak atau imunitas tubuh lemah, bakteri dapat bertahan dan berkembang biak dalam makrofag. Ketika makrofag mati, bakteri tersebut akan dilepaskan dan menyebar ke jaringan di sekitarnya. Tubuh akan memberikan respons dengan membentuk granuloma, yaitu kumpulan sel imun yang bertujuan membatasi penyebaran infeksi. Granuloma menjadi ciri khas dari respon imun terhadap TB.[12]

Jika sistem imun tidak dapat mengontrol infeksi, bakteri bisa menembus batas granuloma dan menyebar melalui sistem limfatik atau aliran darah ke organ-organ lain, seperti kelenjar limfa, paru-paru, ginjal, otak, atau tulang. Pada tahap awal infeksi tuberkulosis di paru-paru, muncul sebuah fokus primer yang merupakan area inflamasi akibat bakteri. Dari lokasi ini, bakteri bisa menyebar ke kelenjar getah bening di hilus melalui sistem limfatik. Ini menyebabkan limfangitis dan pembesaran kelenjar getah bening (*limfadenitis regional*). Kombinasi ketiganya dikenal sebagai kompleks primer, yang merupakan karakteristik dari tahap awal tuberkulosis.[12]

## G. Diagnosis

Diagnosis dapat ditegakkan berdasarkan kumpulan dari gejala klinis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

- **Gejala klinis**

Terdapat sejumlah tanda klinis utama, contohnya batuk dengan dahak yang berlangsung lebih dari dua minggu. Tanda-tanda tambahan meliputi batuk dengan darah, kesulitan dalam bernapas, rasa lelah, penurunan nafsu makan, penurunan

berat badan, perasaan tidak enak, berkeringat di malam hari tanpa beraktivitas fisik, demam ringan yang bertahan lebih dari sebulan, serta nyeri di bagian dada. Tanda-tanda ini umumnya tidak terlihat pada pasien yang mengalami koinfeksi HIV.[12]

Perlu dilakukan penyelidikan serupa terhadap riwayat lainnya untuk mengidentifikasi elemen yang dapat meningkatkan risiko, seperti interaksi dekat dengan pasien TB, tinggal di area yang padat penduduk dan kumuh, serta individu yang beroperasi di lokasi yang berpotensi menghadapi infeksi paru, contohnya pekerja kesehatan atau aktivis TB.[12]

- **Pemeriksaan fisik**

Pada pasien tuberkulosis paru kelainan yang dapat dijumpai antara lain menunjukan adanya suara napas bronkial, amorfik, suara napas melemah, ronki basah kasar/halus, dan/atau tanda-tanda retraksi paru, diafragma, dan mediastinum.[12]

- **Pemeriksaan penunjang**
  - **Pemeriksaan bakteriologis**

Pada evaluasi individu yang dicurigai menderita TB, diagnosis dapat dilakukan melalui pemeriksaan dahak. Sebelum melakukan pengujian TB, biasanya menggunakan Tes Cepat Molekuler (TCM) atau pemeriksaan mikroskop jika akses ke fasilitas TCM terbatas. Diperlukan dua kali pengambilan sampel dahak dari pasien, yaitu pada saat kedatangan ke layanan (sewaktu) dan dahak yang diambil di pagi hari setelah bangun tidur (pagi) atau bisa juga dibalik, pagi dan sewaktu (ketika pasien membawa sampel pagi ke layanan), atau dapat dilakukan kapan saja dengan jarak satu jam.[10]

Pemeriksaan bakteriologi ini bertujuan untuk mendeteksi keberadaan bakteri tuberkulosis yang memiliki peranan penting dalam memastikan diagnosis. Dalam proses penegakan diagnosis, dilakukan analisis dahak melalui pemeriksaan mikroskopis dengan teknik pewarnaan Ziehl-Nielsen pada BTA akan memberikan warna merah.[12]

*World Health Organization* (WHO) merekomendasikan interpretasi pemeriksaan mikroskopis menggunakan skala *International Union Against Tuberculosis and Lung Disease* (IUATLD) sebagai berikut:

a. Tidak ditemukan BTA dalam 100 lapang pandang, disebut negatif.
b. Ditemukan 1-9 BTA dalam 100 lapang pandang, ditulis jumlah basil yang ditemukan.
c. Ditemukan 10-99 BTA dalam 100 lapang pandang, disebut + (1+).
d. Ditemukan 1-10 BTA dalam 1 lapang pandang, disebut ++ (2+).
e. Ditemukan >10 BTA dalam 1 lapang pandang, disebut +++ (3+).

Dalam analisis Mycobacterium tuberculosis, kultur lebih peka dibandingkan dengan pemeriksaan di bawah mikroskop. Media Lowenstein-Jensen dipakai untuk mengisolasi serta mengembangkan spesies Mycobacterium. Media ini memberikan ketepatan dan keakuratan yang tinggi dan dianggap sebagai metode diagnostik terbaik dalam tes tuberkulosis. Di media BTA, koloni yang berwarna krem atau kuning akan terlihat.[12]

- **Pemeriksaan radiologi**

Hasil pemeriksaan radiologis dengan kecurigaan lesi aktif dapat ditemukan bayangan berawan atau nodular di segmen *apical* dan posterior lobus atas paru dan segmen superior lobus bawah, kavitas lebih dari satu dan dikelilingi bayangan opak dan bercak milier, dan umumnya ditemukan efusi pleura unilateral.[12]

## H. Pengobatan

Pengobatan pada pasien TB memberikan tujuan untuk menyembuhkan pasien dan memperbaiki produktivitas, mencegah kematian/kecacatan serta kekambuhan, menurunkan risiko penularan, dan mencegah resistensi terhadap obat anti tuberkulosis (OAT). Pengobatan untuk tuberkulosis biasanya berlangsung selama 6 bulan bagi pasien yang menderita TB paru tanpa adanya komplikasi atau penyakit lain. Sementara itu, bagi pasien yang mengalami TB di luar paru-paru, terapi memerlukan waktu lebih dari 6 bulan.

Pada fase awal/ intensif OAT diberikan setiap hari untuk menurunkan secara cepat jumlah kuman TB dan meminimalkan penularan TB. Diberikan terapi kombinasi empat obat selama 2 bulan berupa Rifampisin (R), Isnoniazid (H), Pirazinamid (Z), dan Etambutol (E).

Pada fase lanjutan, dilanjutkan pengobatan dengan pemberian Isoniazid (H) dan Rifampisin (R) selama 4 bulan, diberikan sebagai dosis harian (RH) sesuai dengan yang direkomendasikan oleh WHO.[12, 14]

**I. Efek samping**

Pengobatan untuk tuberkulosis membutuhkan penggunaan obat yang terstandardisasi dalam kombinasi jangka panjang. Dalam penggunaannya dapat menyebabkan berbagai efek samping bagi para pasien. Efek samping ini dapat bervariasi dari yang ringan hingga yang serius dan dapat mempengaruhi kepatuhan pasien terhadap pengobatan. Dengan demikian, sangat penting untuk mengetahui efek samping yang mungkin muncul agar penanganan yang tepat dapat dilakukan untuk mengoptimalkan hasil dari terapi.

Efek samping pada obat anti tuberkulosis (OAT) tergantung jenis obatnya, pada umumnya memberikan efek samping seperti mual, muntah, kesemutan, rasa terbakar pada kaki, hepatotoksik dan gejala lainnya seperti BAK berwarna merah/ oranye pada obat rifampisin, gangguan keseimbangan, tuli, gatal kemerahan efek dari streptomisin, dan bisa menyebabkan neuritis retrobulbar pada jenis obat etambutol.[12]

Tuberkulosis tetap menjadi salah satu isu kesehatan masyarakat yang memerlukan perhatian mendalam, khususnya untuk kelompok yang rentan. Salah satu langkah penting dalam pencegahannya adalah melalui pelaksanaan terapi pencegahan tuberkulosis (TPT). TPT diberikan kepada orang-orang yang memiliki kemungkinan tinggi terinfeksi atau berisiko berkembang menjadi TB aktif, dengan maksud untuk mengurangi jumlah kasus penyakit dan menghindari penularan lebih lanjut.

Dalam praktiknya, TPT tidak hanya fokus pada penyediaan obat, tetapi juga meliputi sesi konseling dan identifikasi awal efek samping yang mungkin muncul.

Dengan strategi yang menyeluruh ini, diharapkan pasien tidak hanya terhindar dari kemungkinan perkembangan TB aktif, tetapi juga merasa nyaman dan terbantu selama menjalani pengobatan. Ini merupakan elemen penting dalam usaha mengurangi dampak TB di masyarakat secara berkelanjutan.

### 2.1.2 Terapi pencegahan tuberkulosis (TPT)

**A. Definisi**

Terapi pencegahan tuberkulosis (TPT) adalah jenis pengobatan yang diberikan kepada orang-orang yang terinfeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, tetapi belum menunjukkan gejala TB yang aktif, atau bagi mereka yang memiliki risiko tinggi untuk tertular dan menderita TB, dengan tujuan untuk menghentikan perkembangan penyakit tersebut.(5)

**B. Tujuan**

Terapi pencegahan tuberkulosis (TPT) adalah suatu langkah yang diberikan kepada orang-orang yang memiliki risiko tinggi, khususnya pada orang-orang yang tinggal serumah dengan pasien TB aktif serta kelompok yang memiliki daya tahan tubuh lemah dan telah terpapar kuman *Mycobacterium tuberculosis*, tetapi belum menunjukkan tanda-tanda TB aktif. Tujuan dari pemberian TPT ini untuk mencegah perkembangan TB laten menjadi TB aktif dan mengurangi angka morbiditas serta mortalitas TB.(15)

**C. Sasaran**

Dengan mengenali kelompok-kelompok berisiko sasaran penerapan terapi pencegahan tuberkulosis (TPT) dapat lebih diarahkan untuk mengurangi angka infeksi dan fatalitas akibat TB di Indonesia. Berikut merupakan kelompok risiko sasaran yang menjadi prioritas pemberian TPT yaitu sebagai berikut:

1. Orang dengan HIV/AIDS (ODHA)
2. Kontak serumah dengan pasien TB paru yang terkonfimasi bakteriologis. Seperti anak usia dibawah 5 tahun, anak usia 5-14 tahun, remaja dan dewasa usia diatas 15 tahun.

3. Kelompok risiko lain dengan HIV negatif seperti pasien immunokompremais.[15]

## D. Efektivitas

Sebuah studi menunjukkan bahwa terapi untuk tuberkulosis laten dapat mengurangi risiko kambuh penyakit antara 60 hingga 90 persen. Penelitian yang dilaksanakan di negara-negara dengan tingkat TB yang tinggi juga menunjukkan bahwa pemberian terapi pencegahan kepada individu dengan HIV mampu memberikan perlindungan lebih dari lima tahun. Pedoman WHO yang diterbitkan pada tahun 2018 menyarankan penggunaan rejimen profilaksis yang lebih singkat, lebih aman, lebih efektif, dan lebih mudah diterima, sehingga dapat meningkatkan kepatuhan pasien terhadap terapi.[15]

## E. Panduan pemberian TPT

Tujuan dari terapi pencegahan tuberkulosis (TPT) adalah untuk menghindari kemungkinan terjangkit TB dan karenanya mengurangi efek yang ditimbulkannya. Saat ini, terdapat beberapa kombinasi TPT yang disarankan oleh program nasional untuk pengobatan tuberkulosis, yaitu:

Tabel 1. Pilihan panduan TPT

| NO | Sasaran | Pilihan | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 6H | 3HP | 3HR |
| 1 | Kontak serumah usia < 2 tahun *) | √ | | √ |
| 2 | Kontak serumah usia 2-4 tahun | | √ | |
| 3 | Kontak serumah usia ≥ 5 tahun | | √ | |
| 4 | ODHA usia < 2 tahun *) | √ | | √ |
| 5 | ODHA usia ≥ 2 tahun **) | √ | √ | |
| 6 | Kelompok risiko lainnya | | √ | |

Dikutip**:** Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Petunjuk Teknis Penanganan Infeksi Laten Tuberkulosis (ILTB)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2020.

Keterangan:

*) Jika 3HR belum ada, maka bisa memilih kombinasi TPT 6H. Jika 3HR sudah ada, maka TPT untuk anak-anak yang berusia < 2 tahun menggunakan kombinasi 3HR.

**) Untuk ODHA mendapatkan jenis ARV yang memiliki interaksi dengan rifampisin, kehamilan, ibu menyusui dan malaria berat merupakan kontraindikasi untuk paduan berbasis rifampisin seperti 3HP atau 3HR maka alternatif lain dapat menggunakan paduan 6H.(15)

- **Paduan 6H (6 bulan isoniazid)**

Dosis INH usia < 10 tahun 10 mg/kg BB/ hari (maks. 300 mg/ hari), ≥ 10 tahun 5mg/ kg BB/ hari (maks. 300 mg/hari) dikonsumsi satu kali sehari pada waktu yang sama saat perut kosong (1 jam sebelum makan atau 2 jam setelah makan). Diberikan selama 6 bulan (180 dosis) dengan keadaan klinis baik (tidak ada gejala TB selama pengobatan) tetap lanjut sampai 6 bulan. Jika terdapat gejala TB dilakukan pemeriksaan. Apabila terbukti menderita penyakit, hentikan pemberian TPT dan berikan OAT.(15)

Pada pasien anak gizi buruk atau terinfeksi HIV, dianjurkan diberikan vitamin B6 dosis 1x10mg, INH ≤ 200mg/hari dan vitamin B6 dosis 2x10mg untuk dosis INH >200 mg/hari.(15)

Pada pasien dewasa terinfeksi HIV, diberikan dosis INH 300mg/ hari dan vitamin B6 25mg/ hari.(15)

- **Paduan 3HP (3 bulan isoniazid dan ripapentine)**

Pemberian selama 3 bulan dengan dosis 12 dosis per-bulan dengan keadaan klinis baik, jika muncul gejala TB dilakukan pemeriksaan dan menghentikan TPT dan diberikan OAT. Pemberian dosis INH dan rifapentin disesuaikan dengan usia dan berat badan, paduan ini hanya digunakan pada usia mulai ≥ 2 tahun dan tidak direkomendasikan penggunaannya pada anak usia < 2 tahun dan ibu hamil karena terkait dengan keamanan serta farmakokinetik dari rifapentin. Dengan penggunaan dosis INH maks. 900 mg/ hari, dan rifapentin maks. 900mg/ hari, dikonsumsi satu

kali seminggu pada waktu yang sama saat perut kosong (1 jam sebelum makan atau 2 jam setelah makan).[15]

Pemberian pada anak memiliki gizi buruk atau infeksi HIV diberikan dosis vitamin B6 10mg/ hari dan INH ≤ 200mg/ hari, dan vitamin B6 2x10mg untuk dosis INH > 200mg/ hari. Dikonsumsi sekali seminggu. Rifapentin dapat dikonsumsi dengan cara dihancurkan dan dicampur dengan sedikit makan untuk mengatasi rasa pahit.[15]

Pada pasien dewasa yang terinfeksi HIV, diberikan INH dengan dosis 300 mg setiap hari dan vitamin B6 25 mg setiap hari yang harus dikonsumsi selama satu minggu. Apabila muncul gejala neuropati perifer, dosis B6 akan meningkat menjadi 50 mg per hari selama seminggu. Regimen 3 HP ini dapat digunakan untuk pasien yang sedang menjalani terapi ARV, kecuali untuk nevirapine dan kelompok penghambat protease. ARV seperti efavirenz atau raltegravir, termasuk dolutegravir, dapat digunakan dengan aman tanpa perlu mengubah dosis dalam kombinasi ini.[15]

- **Paduan 3HR (3 bulan isoniazid dan rifampisin)**

Dengan paduan 3HR dosis disesuaikan dengan kenaikan berat badan setiap bulan, dan obat dikonsumsi satu kali sehari pada waktu yang bersamaan dalam keadaan perut kosong (1 jam sebelum makan, atau 2 jam setelah makan). Dosis diberikan sebanyak 84 dosis untuk 1 bulan selama 3 bulan pemberian, dengan catatan keadaan klinis baik (tanpa muncul gejala TB), jika terdapat gejala TB segera lakukan pengecekan dan hentikan TPT digantikan dengan OAT jika terkonfimasi TB.[15]

Pemberian dosis INH pada usia < 10 tahun yaitu 10mg/kg BB/ hari (maks. 300mg. hari) dan dosis rifampisin usia < 10 tahun 10mg/kg BB/hari (maks. 600 mg/hari). Pada pemberian anak pada usia ≥ 10 tahun dosis INH 5mg/kg BB/hari (maks. 300mg/hari) dan dosis rifampisin 10mg/kg BB/hari.[15]

Pada anak memiliki gizi buruk atau orang yang terinfeksi HIV bisa diberikan vitamin B6 10mg dan INH ≤ 200mg/ hari dan vitamin B6 2x10mg dengan dosis INH >200mg/hari. Pada pasien dewasa dengan infeksi HIV, diberikan dosis INH 300mg/hari dan vitamin B6 sebanyak 25mg/hari dikonsumsi selama seminggu.[15]

**F. Efek samping TPT**

Pemantauan terhadap potensi efek samping dilakukan pada semua orang yang menjalani terapi pencegahan tuberkulosis (TPT). Selain itu, penting untuk memberikan konseling mengenai kepatuhan agar pasien tetap disiplin dalam menggunakan obat.

Konseling ini juga menjadi alat untuk mengidentifikasi dan menangani apabila ada keluhan atau tanda efek samping yang muncul selama masa pengobatan. Berikut adalah hal-hal yang dibutuhkan untuk mengawasi efek samping:

a. Tanyakan apakah ada keluhan mengenai efek samping dari obat, seperti mual, muntah, kulit menguning, gatal-gatal, serta gejala lain yang mungkin timbul, seperti nyeri pada otot atau sendi, nyeri di area perut, perubahan warna urin menjadi merah atau oranye, pusing, sakit kepala, dan sebagainya.
b. Periksa juga apakah tedapat tanda seperi ruam pada kulit, ikterik, pembesaran hepar.[15]

Berikut ini gambaran tabel yang memuat berbagai efek samping dan tatalaksana obat TPT sesuai jenis obat yang diberikan.

Tabel 2. Efek samping obat dan tatalaksana

| Obat | Efek samping | Tatalaksana |
|---|---|---|
| Isoniazid | Neuropati perifer | - berikan atau tingkatkan dosis piridoksin (B6).<br>- jika menetap atau berat, hentikan INH. |
| | Hepatotoksisitas | - hentikan minum obat, tes fungsi hati; tunggu sampai fungsi hati normal.<br>- obat diberikan sekuensial satu demi satu setiap 2 hari sebelum menambah obat. |
| | Gangguan neuropsikiatri | - periksa dosis obat, hentikan penggunaan obat yang dicurigai sebagai penyebab.<br>- jika gejala terus ada, berhentilah menggunakan obat yang paling kemungkinan menjadi penyebab.<br>- jika gejala parah atau terus berlanjut, hentikan obat yang paling mungkin menjadi penyebab atau kurangi dosisnya. |
| Rifampisin (R) dan Rifapentin (P) | Reaksi seperti flu (*flu-like syndrome*) berupa demam disertai lemas, lelah, sakit kepala, nyeri otot, takikardi atau palpitasi, berkeringat atau gejala lainnya | - hentikan penggunaan obat.<br>- pikirkan tentang penggunaan obat anti-histamin (seperti diphenhydramine, loratadine, dan lainnya).<br>- obat untuk mengatasi mual dan diare.<br>- obat bronkodilator.<br>- kortikosteroid.<br>- tunggu hingga kondisi klinis menunjukkan perbaikan. |
| | Hepatotoksisitas | |
| | Ruam pada kulit | |
| | Tanda-tanda masalah pencernaan meliputi rasa ingin muntah, memuntahkan isi perut, atau nyeri di perut. | |
| | Perubahan warna dari cairan tubuh seperti air seni, keringat, atau air mata. | Beri pengarahan kepada pasien agar mereka memahami bahwa variasi warna pada cairan tubuh adalah hal yang wajar akibat proses pembuangan dari terapi yang dilakukan dan tidak berbahaya. |

| | | |
|---|---|---|
| | Hipersensitivitas seperti tekanan darah rendah, kehilangan kesadaran, detak jantung cepat, reaksi anafilaksis, atau masalah pada saluran pernapasan. Kejadian ini sangat tidak umum. | - hentikan minum obat<br>- berikan perawatan dukungan pada kondisi mendesak<br>- melakukan rujukan untuk pemeriksaan dan tatalaksana lanjut yang dibutuhkan. |

Dikutip: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Petunjuk Teknis Penanganan Infeksi Laten Tuberkulosis (ILTB)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2020.

Bila muncul efek samping yang telat diuraikan di atas, maka semua pengobatan harus dihentikan terlebih dahulu dan dilakukan tatalaksana sesuai dengan efek dari masing-masing efek samping. Dilakukan perawatan suportif dan lakukan rujukan apabila terjadi reaksi yang berat pada pasien. Jika reaksi sedang/ ringan yang terjadi pastikan efek samping tersebut muncul karena penggunaan TPT, dan diberikan perawatan pendukung dan pengawasan sampai efek obat reda. Lakukan pemeriksaan lebih lanjut apabila terdapat reaksi akibat dari obat tersebut terus muncul.

Selain mengawasi efek samping dan kepatuhan, aspek lain yang tak kalah penting dalam penerapan TPT adalah memperhatikan kemungkinan interaksi antar obat. Interaksi tersebut dapat mempengaruhi keberhasilan pengobatan serta meningkatkan kemungkinan terjadinya efek samping. Maka dari itu, sebelum meresepkan atau memberikan TPT, tenaga medis harus mengevaluasi riwayat penggunaan obat oleh pasien agar pengobatan bisa berjalan dengan aman dan optimal.

## G. Interaksi obat

Terdapat interaksi obat antara terapi pencegahan tuberkulosis (TPT) dengan pasien yang sedang konsumsi pengobatan, terutama orang dengan HIV/AIDS (ODHA).

Rifapentin (RPT) dan rifampisin (R) yang diberikan setiap hari dikenal sebagai penginduksi yang sangat kuat terhadap enzim sitokrom P450. Proses ini dapat memengaruhi cara tubuh memetabolisme berbagai jenis obat yang

membutuhkan enzim tersebut, sehingga mengurangi tingkat efektivitasnya. Berbagai jenis obat yang mungkin terpengaruh termasuk antiretroviral (ARV), antikonvulsan, antiaritmia, kina, antikoagulan oral, antijamur, metode kontrasepsi baik oral maupun suntik, kortikosteroid, siklosporin, fluoroquinolon, obat antimikroba lainnya, agen hipoglikemik yang diminum, metadon, serta antiseptik klinis. Peningkatan aktivitas enzim sitokrom P450 karena induksi ini akan mempercepat pengeluaran obat dari dalam tubuh, sehingga kadar obat menurun dengan cepat dan menjadi kurang efektif.(15)

Penggunaan regimen yang mengandung rifampisin perlu mendapat perhatian khusus pada ODHA yang sedang menjalani terapi ART, karena adanya risiko interaksi antarobat. Rifampisin tidak dianjurkan diberikan bersama dengan protease inhibitor maupun regimen berbasis nevirapine, sebab dapat menurunkan kadar obat-obat tersebut di dalam darah. Jenis protease inhibitor yang termasuk dalam kelompok ini antara lain atazanavir, darunavir, fosamprenavir, lopinavir, saquinavir, ritonavir, dan tipranavir.(15)

Penggunaan obat-obatan tersebut bersamaan dengan kandungan obat lain yang menjadi kontra indikasi sebaiknya dihindari, atau jika diperlukan, dilakukan penyesuaian dosis agar terapi tetap optimal.(15)

Pemberian terapi pencegahan tuberkulosis (TPT) memerlukan perhatian khusus dan dilakukan pertimbangan karena tidak semua pasien dapat langsung dijalankan terapi tanpa penilaian kondisi terlebih dahulu. Ada sejumlah kondisi tertentu yang harus dipertimbangkan untuk memastikan keamanan serta efektivitas pengobatan, yang meliputi keadaan klinis, riwayat kesehatan, hingga adanya penyakit penyerta atau penggunaan obat lain yang dapat memengaruhi hasil TPT. Oleh sebab itu, diperlukan evaluasi menyeluruh sebelum menentukan apakah seorang pasien layak memulai terapi pencegahan TB.(15)

## H. Kondisi dan pertimbangan khusus

Dilakukan terlebih dahulu evaluasi fungsi hati yang disarankan untuk kelompok yang berisiko seperti yang memiliki riwayat penyakit hati, peminum alkohol secara teratur, menderita penyakit hati kronis, positif HIV, berumur di atas

35 tahun, sedang hamil atau dalam masa pasca melahirkan (3 bulan setelah melahirkan). Pemeriksaan ini bukanlah syarat bagi pasien ODHA untuk memulai terapi TPT, tetapi pemeriksaan dilakukan bersamaan dengan pengobatan TPT. Dilakukan penilaian terhadap individu dengan hasil pemeriksaan yang tidak normal untuk memastikan bahwa manfaat dari TPT lebih besar dibandingkan dengan risiko yang mungkin timbul. Selama proses pengobatan, pemeriksaan fungsi hati harus tetap dilakukan secara rutin.(15)

Terapi pencegahan tuberkulosis (TPT) juga diberikan dengan pertimbangan kondisi pasien, Ibu hamil yang mengalami infeksi laten bisa mendapatkan pengobatan guna mencegah kemungkinan berkembangnya menjadi tuberculosis aktif. Sebelum diberikan TPT, terlebih dahulu dilakukan pemeriksaan fungsi hepar (SGOT & SGPT) untuk melihat indikasi adanya gangguan hepar. Jenis obat TPT yang diberikan pada ibu hamil yaitu rifampisin karena dianggap aman. Tidak hanya TPT, disarankan juga pemberian vitamin B6 selama penggunaan TPT pada pasien dalam masa kehamilan.(15)

Apabila hasil pemeriksaan pada pasien ODHA menunjukan kadar transaminase meningkat $\geq$ 3 kali batas normal dengan disertai gejala awal hepatitis (lemah, lesu, nafsu makan hilang, mual, dan muntah) atau meningkat 5 kali dari batas normal, pemberian TPT harus dihentikan.(15)

Dalam kasus malaria, obat dari kelompok rifampisin dan rifapentin dapat berinteraksi dengan obat malaria untuk orang dewasa. Maka dari itu harus dipertimbangkan pemberian TPT pada malaria dengan memberikan prioritas pengobatan malaria terlebih dahulu pada individu terdiagnosis sebelum memulai TPT. Pada indivisdu yang terjangkit saat TPT, perlu segera diberikan pengobatan malaria dan melakukan pemantauan secara klinis, kesehatan hati, serta interaksi obat sesuai dengan pedoman yang ada untuk memastikan pemulihan dari malaria. Sampai saat ini, belum terdapat bukti cukup kuat terkait perlunya penyesuaian dosis TPT maupun *artemisin-based combination terapies* (ACT). Penghentian pengobatan TPT dilakukan pada dua kondisi individu. Pertama, seseorang yang kembali menderita malaria selama terapi pencegahan harus menghentikan penggunaan rifampisin dan rifapentin, dan pengobatan dapat dilanjutkan setelah

terapi malaria selesai. Kedua, terapi harus dihentikan jika muncul gejala malaria yang parah seperti kebingungan, hipoglikemia, jaundice, kulit yang menguning, pendarahan, anemia, gagal ginjal, dan tingkat parasitemia lebih dari 10 persen, serta perlu segera dilakukan perawatan malaria lanjutan.(15)

### 2.1.3 Kontak serumah

**A. Definisi**

Kontak serumah mengacu pada individu yang tinggal di lokasi yang sama setidaknya selama satu malam, atau sering berbagi tempat tinggal pada siang hari dengan kasus indeks dalam tiga bulan terakhir sebelum pengobatan TB dimulai. Contohnya adalah anak yang tinggal bersama ibunya yang terdiagnosis positif TB, atau seorang pelajar di pesantren yang berbagi kamar dengan temannya yang juga positif TB.(6)

**B. Kriteria**

Dilakukan kegiatan Investigasi Kontak (IK) oleh petugas kesehatan dan atau kader kesehatan yang bertujuan untuk mencari dan mengobati kasus sejak dini, baik yang berhubungan dengan infeksi laten maupun TB yang aktif. Salah satu kegiatan investigasi yaitu pada kontak serumah. Terdapat kriteria untuk menemukan individu yang kontak serumah dengan pasien TB. Sebagai berikut:

- Individu yang tinggal serumah dengan penderita TB dan menghabiskan banyak waktu di dalam rumah sehingga lebih lama kontak dengan kasus indeks.
- Dilakukan investigasi terhadap gejala dan faktor risiko TB.
  Kelompok yang menjadi prioritas investigasi adalah anak dibawah 5 tahun, dan orang dengan HIV, serta individu yang mempunyai imunokompromais.(6)

### 2.1.4 Faktor – faktor yang mempengaruhi penerimaan TPT

Keberhasilan dalam pelaksanaan terapi pencegahan tuberkulosis (TPT) tidak hanya bergantung pada ketersediaan obat-obatan dan kebijakan yang diterapkan, tetapi juga dipengaruhi oleh faktor-faktor sosiodemografi individu seperti usia,

jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan kondisi ekonomi yang dapat memengaruhi pemahaman serta motivasi untuk mengikuti terapi sampai selesai.[16] Selain itu, faktor kebiasaan yang diuraikan dalam teori *Health Belief Model* (HBM) seperti pemahaman tentang kerentanan terapi, dan hambatan yang dirasakan juga memainkan peran penting dalam membentuk sikap terhadap TPT. Maka dari itu, pemahaman menyeluruh mengenai dampak gabungan antara faktor sosiodemografi dan elemen yang terdapat dalam teori HBM menjadi sangat penting dalam merancang strategi intervensi yang efektif untuk meningkatkan kepatuhan serta keberhasilan terapi pencegahan TB secara berkelanjutan.[8]

## A. Sosiodemografi

Sosiodemografi mendapatkan peranan penting dari faktor sosial dan demografi dalam memengaruhi keadaan kesehatan masyarakat. Unsur-unsur seperti umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, tempat tinggal, serta status sosial ekonomi dapat berpengaruh pada perilaku kesehatan, akses terhadap layanan kesehatan, dan terapi penerimaan tuberkulosis (TPT) dalam kasus penyakit menular seperti tuberkulosis (TB).[16]

Faktor sosiodemografi yang mempengaruhi penerimaan TPT meliputi karakteristik sebagai berikut:

**a. Usia**

Usia merupakan salah satu aspek internal individu yang memengaruhi keputusan mengenai penerimaan suatu program kesehatan terutama dalam pengendalian TB. Penelitian yang dilakukan oleh oleh Safitri *et al.* menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dan penerimaan TPT. Walaupun ada beberapa responden yang menolak TPT berusia lebih dari 50 tahun, perbedaan tersebut tidak signifikan secara statistik. Kelompok usia yang lebih tua biasanya kurang aktif dan tidak begitu berminat untuk menerima TPT karena merasa sehat tanpa gejala, sehingga menolak pengobatan pencegahan itu.[16]

**b. Jenis kelamin**

Jenis kelamin memiliki peran yang signifikan dalam memengaruhi tindakan terkait kesehatan, termasuk sikap terhadap TPT. Pria biasanya mengalami tingkat risiko TB yang lebih besar disebabkan oleh faktor pekerjaan dan tingkat mobilisasi. Pria cenderung menolak TPT, sebagian disebabkan oleh kurangnya kepedulian terhadap keuntungan terapi dan kesibukan bekerja yang membuat mereka sulit mengakses layanan kesehatan. Disisi lain, wanita lebih mungkin untuk menerima TPT karena mereka biasanya mempunyai lebih banyak waktu dan perhatian untuk hal-hal kesehatan keluarganya.[16]

**c. Pendidikan**

Tingkat pendidikan berperan dalam pengetahuan dan pemahaman seseorang mengenai keuntungan TPT, sehingga memiliki dampak signifikan pada penerimaan serta kepatuhan. Mereka yang memiliki pendidikan rendah lebih banyak menolak TPT, mungkin disebabkan oleh minimnya pengetahuan mengenai keuntungan terapi pencegahan. Di sisi lain, beberapa individu dengan pendidikan tinggi juga menolak terapi tersebut, terutama karena pertimbangan mengenai efek samping dan kesibukan yang padat.[16]

**d. Pekerjaan**

Keadaan dalam pekerjaan berdampak pada penerimaan TPT, baik secara langsung maupun tidak langsung, melalui waktu yang tersedia, akses ke layanan kesehatan, dan dukungan dari lingkungan kerja. Jenis pekerjaan dapat berdampak pada pengetahuan, pandangan mengenai risiko, serta akses terhadap informasi kesehatan yang pada akhirnya berpengaruh pada keputusan individu untuk menerima atau menolak TPT.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Ren *et al.* di Cina pada pekerja menunjukkan hubungan yang signifikan dengan penerimaan TPT. Penelitian ini melibatkan 1.077 orang yang terinfeksi TB laten (ILTB) dari berbagai provinsi di Cina. Hasil analisis multivariat memperlihatkan bahwa kelompok pekerjaan seperti tenaga medis, guru, dan mahasiswa memiliki tingkat penerimaan TPT yang lebih

tinggi dibandingkan dengan kelompok pekerjaan lainnya seperti pekerja lepas dan buruh.[17]

**e. Tempat tinggal**

Tempat tinggal memiliki peranan krusial dalam menentukan sejauh mana seseorang dapat mengakses layanan kesehatan, termasuk program TPT. Mereka yang tinggal di area kota biasanya memiliki akses yang lebih baik ke fasilitas kesehatan, informasi medis, dan pendidikan tentang pencegahan. Penelitian dari Safitri *et al.* menunjukan faktor sosiodemografi seperti tempat tinggal berpengaruh terhadap penerimaan dan akses terhadap TPT. Individu dengan jarak lebih dekat terhadap pelayanan kesehatan cenderung lebih menerima TPT dibandingkan yang tinggal jauh.[16]

**f. Status ekonomi**

Individu yang berada dalam situasi ekonomi yang lebih tinggi, biasanya dapat mengakses layanan kesehatan dengan lebih gampang, memiliki kemampuan lebih untuk menanggung biaya perjalanan atau biaya tambahan lainnya, dan mengalami lebih sedikit masalah finansial. Oleh karena itu, mereka lebih cenderung untuk mendapatkan TPT. Data lokal memperkuat temuan ini: sebuah penelitian di Kabupaten Tegal Safitri *et al.* menunjukkan bahwa status ekonomi memiliki hubungan signifikan dengan penerimaan TPT individu yang memiliki keadaan ekonomi yang lebih baik memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan terapi pencegahan TB.[16]

Berdasarkan penjelasan teori dan hasil penelitian yang telah dipaparkan, dapat disimpulkan bahwa unsur-unsur sosiodemografi memiliki dampak signifikan terhadap penerimaan terapi pencegahan tuberkulosis (TPT). Meskipun beberapa faktor seperti usia tidak menunjukkan hubungan yang signifikan, aspek lain seperti jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, lokasi tempat tinggal, dan kondisi ekonomi terbukti mempengaruhi keputusan individu dalam menerima atau menolak TPT. Secara umum, orang-orang yang memiliki pendidikan dan kondisi ekonomi yang lebih baik, bekerja dalam sektor formal, serta tinggal di daerah perkotaan

cenderung lebih menerima TPT karena mereka memiliki akses yang lebih baik terhadap informasi dan layanan kesehatan. Sebaliknya, individu yang lebih tua, berpendidikan rendah, atau yang tinggal di daerah pedesaan memiliki kemungkinan yang lebih kecil untuk menerima TPT, terutama disebabkan oleh keterbatasan dalam akses dan pengetahuan.

Oleh karena itu, program TPT harus mempertimbangkan perbedaan sosiodemografi dalam masyarakat agar strategi intervensi dapat lebih tepat sasaran dan efektif dalam meningkatkan cakupan pencegahan TB di tingkat populasi.

## B. Teori *Health Belief Model* (HBM)

*Health Belief Model* (HBM) adalah salah satu teori dalam psikologi kesehatan yang digunakan untuk mengerti bagaimana keyakinan dan pandangan seseorang dapat memengaruhi perilaku kesehatan mereka. Teori ini menekankan enam elemen utama yang dapat berperan penting dalam memperkirakan dan menjelaskan pilihan individu untuk melakukan tindakan pencegahan atau perawatan, termasuk penerimaan terapi pencegahan tuberkulosis (TPT), dengan harapan meningkatkan kesehatan dan mengurangi risiko terjadinya penyakit lebih lanjut. Teori ini dapat mencakup alasan yang dibahas dalam elemen yang tergabung dalam HBM.[18]

### a. *Perceived susceptibility* (persepsi kerentanan)

Persepsi tentang kerentanan menunjukkan seberapa besar seseorang merasa terjangkit atau mengalami suatu penyakit. Dalam hal penerimaan TPT banyak orang yang tinggal serumah merasa tidak mengalami gejala apa pun dan menganggap diri mereka dalam keadaan sehat, sehingga menilai risiko terjangkit TB aktif sangat kecil. Situasi ini mengakibatkan rendahnya semangat untuk memulai pengobatan profilaksis. Penelitian yang dilakukan studi ini menunjukkan bahwa salah satu kendala utama adalah pandangan bahwa karena hanya berurusan dengan TB aktif tetapi mereka sendiri tidak mengalami gejala, maka TPT dianggap tidak penting. Pengasuh dan tenaga kesehatan menyatakan bahwa kurangnya gejala menyebabkan motivasi untuk memulai terapi pencegahan menjadi rendah.[19]

**b. *Perceived barriers* (persepsi hambatan)**

Hambatan adalah elemen yang dianggap dapat mengganggu seseorang dalam melaksanakan tindakan kesehatan. Dalam konteks TPT, hambatan yang terlihat seperti kurangnya ketersediaan obat di tempat pelayanan kesehatan dan hambatan seperti obat tidak diberi nakes, yang membuat hambatan pada individu untuk menerima TPT. Ketersediaan obat TPT adalah salah satu elemen krusial yang berdampak pada suksesnya pelaksanaan program pencegahan TB. Penelitian di Nigeria menunjukkan bahwa sering kali pasokan obat TPT mengalami kekurangan.[20] Dalam penelitian Mande pada 2025 yang dilakukan di Uganda, terungkap bahwa meskipun angka penyelesaian TPT sangat baik, tingkat mulai pengobatan masih rendah akibat adanya hambatan dari penyedia layanan dan sistem yang menyebabkan penundaan dalam pemberian obat TPT.[21]

**c. *Perceived benefits* (manfaat yang dirasakan)**

*Perceived Benefits* mengacu pada seberapa besar keyakinan seseorang bahwa melakukan tindakan kesehatan tertentu akan memberikan keuntungan nyata bagi dirinya seperti mengurangi kemungkinan terkena penyakit, mempercepat proses penyembuhan, atau mencegah terjadinya komplikasi.[18]

**d. *Perceived severity* (keparahan yang dirasakan)**

*Perceived severity* mengacu pada pandangan seseorang mengenai seberapa berat dampak dari penyakit atau masalah kesehatan jika tidak ada tindakan pencegahan atau perawatan yang dilakukan.[18]

**e. *Self-Efficacy* (keyakinan diri)**

*Self-Efficacy* merujuk pada kepercayaan seseorang terhadap kapasitas dirinya untuk melakukan tindakan yang diperlukan seperti menjalani rencana pengobatan, melaksanakan pemeriksaan, atau menghadapi rintangan dan tantangan yang datang.[18]

**f. *Cues and action* (pemicu tindakan)**

*Cues and action* adalah elemen yang mendorong seseorang untuk mulai mengambil langkah-langkah atau tindakan terkait kesehatan, seperti melalui pendidikan, pengingat, atau motivasi dari profesional kesehatan.[18]

Berdasarkan teori Model Keyakinan Kesehatan (HBM) serta penelitian yang relevan, dapat diperoleh kesimpulan bahwa penerimaan terapi pencegahan tuberkulosis (TPT) dipengaruhi secara signifikan oleh cara individu memandang penyakit dan pemicu tindakan yang ada. Rendahnya persepsi kerentanan, yang muncul akibat tidak adanya gejala, membuat individu kurang menganggap penting TPT sebagai langkah pencegahan. Di samping itu, adanya hambatan eksternal seperti kurangnya kuantitas obat di fasilitas kesehatan juga mengurangi keinginan untuk memulai terapi. Ketidakadaan dorongan atau informasi yang cukup dari tenaga kesehatan juga mengurangi petunjuk untuk bertindak, sehingga membuat proses pengambilan keputusan untuk mengikuti TPT terhambat. Oleh karena itu, penerapan teori HBM menunjukkan bahwa peningkatan penerimaan TPT tidak hanya tergantung pada pengetahuan individu, tetapi juga memerlukan usaha sistematis untuk meningkatkan persepsi risiko, mengurangi hambatan, serta menyediakan dukungan dan pemicu tindakan melalui partisipasi aktif tenaga kesehatan dan ketersediaan fasilitas yang sesuai.

## 2.2 Ringkasan pustaka

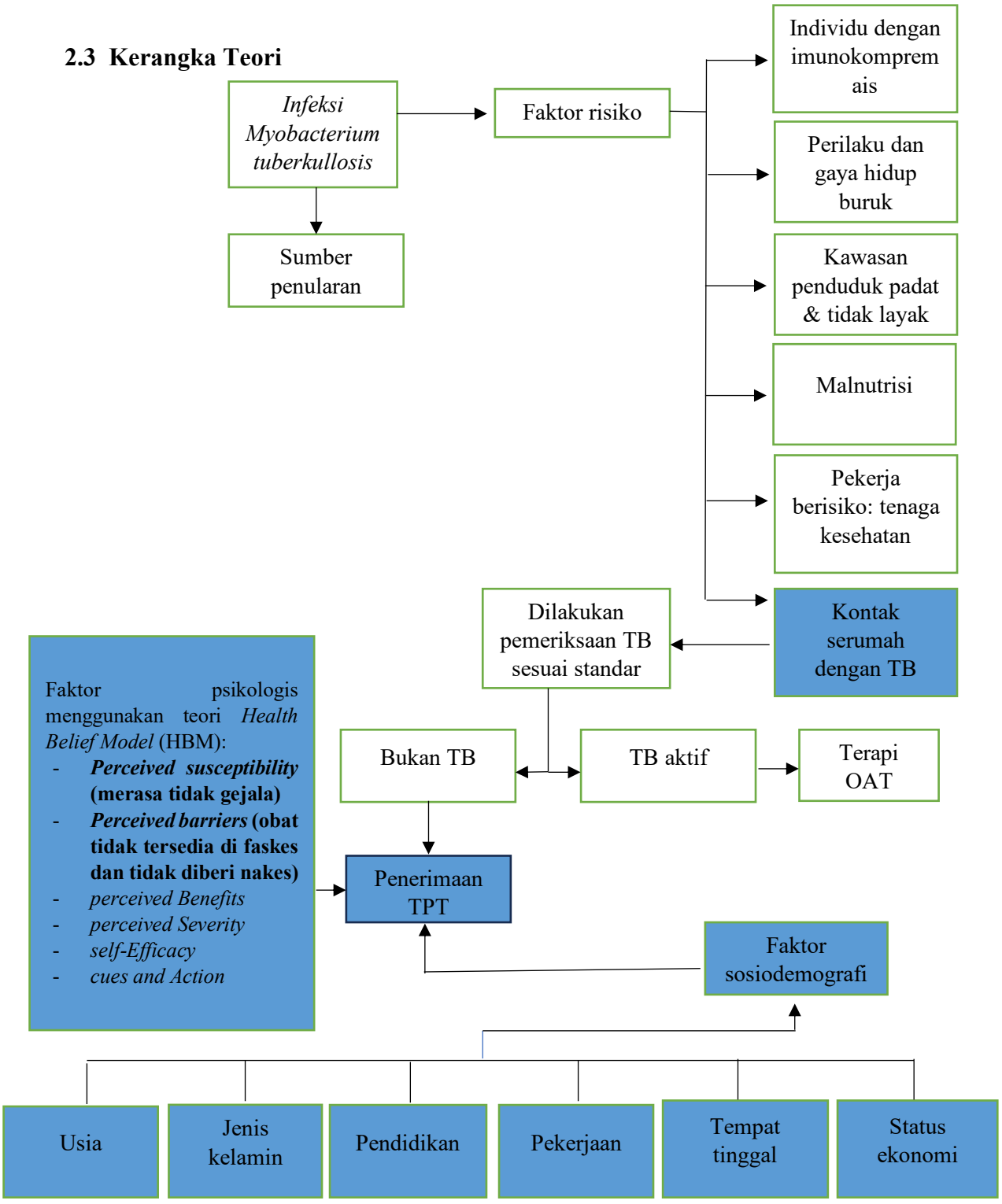
**Tabel 3.** Ringkasan pustaka

| Peneliti | Lokasi & Waktu | Desain | Subjek | Variabel yang Diteliti | Lama | Hasil |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Safitri, *et al.*[7] | Tegal 2023 | *Cross sectional* | Kontak serumah TB aktif di wilayah kerja tiga puskesmas. | Usia, jenis kelamin, Tingkat Pendidikan, kekerabatan pasien TB, Tingkat pengetahuan, jarak rumah ke puskesmas, edukasi TPT dari nakes terhadap penerimaan TPT. | Satu kali | Menunjukan hasil berhubungan seperti jenis kelamin, tingkat pendidikan, tempat tinggal (jarak rumah ke puskesmas) terhadap penerimaan TPT ($p<0.05$) dan Usia menunjukan hasil tidak berhubungan ($p\geq0,05$). |
| Wang J, *et al.*[17] | Shenzhen, China | *Cross sectional* | Individu dengan infeksi laten tuberkulosis (ILTB) | Usia, jenis kelamin, Pendidikan, pengetahuan tentang TB, faktor sosiodemografi lainnya. | 2 bulan | Menunjukan hasil tidak berhubungan antara Jenis kelamin dan pendidikan terhadap penerimaan TPT ($p\geq0,05$). |
| Nugroho, *et al.* [27] | Semarang 2021 | *Cross sectional* | Anak – anak usia dibawah 5 tahun dan kontak serumah dengan TB sputum smear positif (75 anak) | Usia, jenis kelamin, Tingkat Pendidikan, status ekonomi, pengetahuan, persepsi ancaman, hambatan dirasakan, jarak ke fasilitas Kesehatan | Satu kali | Jenis kelamin, status ekonomi, pengetahuan menunjukan hasil yang tidak signifikan ($p\geq 0,05$). |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Fadhilah N, *et al* [8] | Tidak disebutkan | *Cross sectional* | Kontak serumah pasien TB | Konstruksi HBM: *Perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, Perceived barriers, self-efficacy, cues to action* terhadap penerimaan TPT. | Satu kali | Terdapat hubungan HBM dengan penerimaan TPT, *Perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, Perceived barriers, self-efficacy, cues to action* memiliki hasil yang signifikan terhadap peneriman TPT ($p< 0,05$). |
| Muttaqin, *et al.*[22] | Barlingmascakeb, 2021 | *Cross sectional* | Masyarakat di seluruh Barlingmascakeb | Jenis kelamin, usia, pekerjaan, kabupaten, persepsi dengan usia, pendidikan terakhir, sikap dengan usia | Satu kali | Menunjukan hasil bahwa jenis kelamin, usia, pekerjaan, dan kabupaten memiliki hasil berhubungan ($p < 0,05$). |
| Favian J, Janu B.[23] | Semarang, 2021 | *Cross sectional* | Pasien dewasa tuberkulosis (TB) | Umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, | Satu kali | Umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan penghasilan menunjukan hasil yang berhubungan ($p < 0,05$). |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tutuhatunewa P., *et al.*[24] | Sorong, 2024 | *Cross sectional* | 100 orang penderita TB-RO | Umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jarak ke RSUD, status pekerjaan, suku dan penyakit komorbid | 2 bulan | Menunjukan hasil berhubungan seperti Umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jarak ke RSUD, status pekerjaan($p < 0,05$). |
| Wulan T.[25] | Magelang | *Cross sectional* | 158 kontak serumah pasien TB | Karakteristik responden, tingkat pengetahuan, status ekonomi, akses layanan, dukungan keluarga dan edukasi petugas, pemberian TPT pada kontak serumah pasien TB | 2 bulan | Status ekonomi, tingkat pengetahuan terhadap penerimaan TPT, akses layanan, dukungan keluarga terhadap penerimaan TPT pada kontak serumah pasien TB yangh menunjukan hasil berhubungan ($p<0,05$). |
| Gumara A, *et al.*[26] | Jambi, 2022 | *Cross sectional* | 78 orang yang serumah dengan pasien TB | *Perceived vulnerability, perceived severity, perceived benefits, Perceived barriers, and perceived self-efficacy* | Satu kali | Menunjukan hasil yang berhubungan seperti *Perceived vulnerability*, *perceived severity*, *perceived benefits*, *Perceived barriers*, *and perceived self-efficacy* ($p<0,05$). |

## 2.3 Kerangka Teori




Gambar 1. Kerangka teori[15] [25] [28]

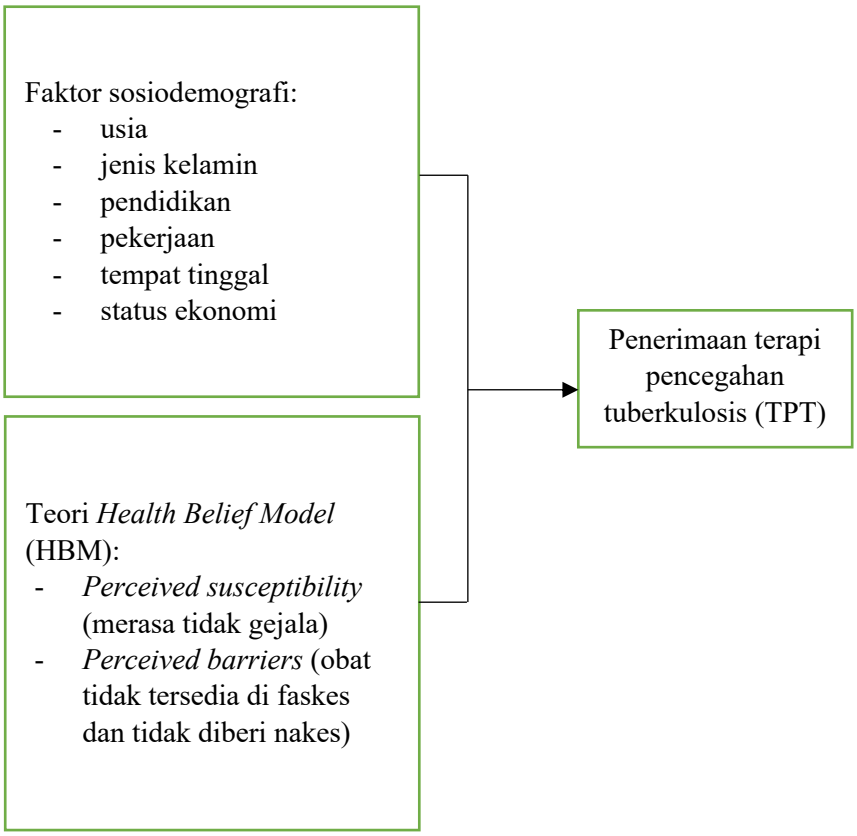
Keterangan:

diteliti

Tidak diteliti

# BAB III
# KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

## 3.1 Kerangka konsep




Gambar 2. Kerangka konsep

## 3.2 Variabel penelitian

### 3.2.1 Variabel bebas

Variabel bebas yang diteliti adalah analisis determinan yang meliputi faktor sosiodemografi (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, tempat tinggal, status ekonomi) dan *perceived susceptibility* (merasa tidak gejala) dan *perceived barriers* (obat tidak tersedia di faskes dan tidak diberi nakes).

### 3.2.2 Variabel tergantung

Variabel tergantung merupakan variabel dalam sebuah studi yang terpengaruh akibat hadirnya variabel bebas. Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah penerimaan terapi pencegahan tuberkulosis (TPT).

### 3.3 Definisi operasional

**Tabel 4.** Definisi operasional

| Variabel | Definisi | Alat ukur | Cara mengukur | Hasil | Skala | Referensi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Usia | Kartakteristik usia penerima TPT | Kuesioner survey Kesehatan indonesia 2023 | Data sekunder SKI 2023, kuesioner rumah tangga blok IV kode B4K7.<br>Bayi dan balita = < 5 tahun<br>Anak-anak = 5 – 9 tahun<br>Remaja = 10 – 18 tahun<br>Dewasa = 18 – 59 tahun<br>Lansia = > 60 tahun | 0 = 15 - 55 tahun<br>1= 0 – 14 tahun | Ordinal | Data SKI 2023[28] |
| Jenis kelamin | Karakteristik laki-laki dan Perempuan | Kuesioner survey Kesehatan indonesia 2023 | Data sekunder SKI 2023, kuesioner rumah tangga blok IV kode B4K4 | 0= Laki-laki<br>1= Perempuan | Nominal | Data SKI 2023[28] |
| Pendidikan | Karakteritik Pendidikan yang ditamatkan | Kuesioner survey Kesehatan indonesia 2023 | Data sekunder SKI 2023, kuesioner rumah tangga blok IV kode 8. Diukur berdasarkan jenjang pendidikan.<br>Tidak/ belum pernah sekolah,<br>Tidak tamat SD/MI<br>Tamat SD/MI<br>Tamat SLTP/MTS<br>Tamat SLTA/MA<br>Tamat D1/D2/D3<br>Tamat PT | 0= ≥ 12 tahun<br>1= < 12 tahun | Ordinal | Data SKI 2023[28] |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pekerjaan | Jenis pekerjaan utama | Kuesioner survey Kesehatan indonesia 2023 | Data sekunder SKI 2023, kuesioner rumah tangga Blok IV kode 9.<br>Tidak bekerja<br>Sekolah<br>PNS/ TNI/ Polri/ BUMN/ BUMD<br>Pegawai swasta<br>Wiraswasta<br>Petani/ buruh tani<br>Nelayan<br>Buruh/ sopir/ pembantu ruta<br>Lainnya | 0= Tidak bekerja<br>1= Bekerja | Nominal | Data SKI 2023[28] |
| Tempat tinggal | Karakteristik tempat tinggal | Kuesioner survey Kesehatan indonesia 2023 | Data sekunder SKI 2023, kuesioner rumah tangga blok I kode B1R5 | 0= Perkotaan,<br>1= Pedesaan | Nominal | Data SKI 2023[28] |
| Status ekonomi | Tingkat kesejakteraan rumah tangga | Kuesioner survey Kesehatan indonesia 2023 | Data sekunder SKI 2023, kuesioner rumah tangga blok VII. | 0= Terbawah<br>1= Teratas | Ordinal | Data SKI 2023[28] |
| *Perceived susceptibility* Merasa tidak gejala | Kondisi seorang tidak mengalami tanda-tanda keluhan fisik yang mnegindikasik | Kuesinoer survey Kesehatan indonesia 2023. | Data sekunder SKI 2023, kuesioner penyakit menular Blok A kode A21. | 0= Merasa gejala<br>1= Merasa tidak gejala | Nominal | Data SKI 2023[28] |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | an gangguan kesehatan | | | | | |
| *Perceived barriers* Obat tidak tersedia di faskes | Kondisi ketersediaan obat tidak ada pada layanan kesehatan. | Kuesinoer survey Kesehatan indonesia 2023. | Data sekunder SKI 2023, kuesioner penyakit menular Blok A kode A21. | 0= Obat tersedia di faskes<br>1= Obat tidak tersedia di faskes | Nominal | Data SKI 2023[28] |
| Tidak diberi nakes | Suatu kewajiban yang harus dilaksanakan oleh nakes untuk memberikan obat, tetapi tidak diberikan. | Kuesinoer survey Kesehatan indonesia 2023. | Data sekunder SKI 2023, kuesioner penyakit menular Blok A kode A21. | 0= Diberikan oleh nakes<br>1= Tidak diberikan oleh nakes | Nominal | Data SKI 2023[28] |
| Penerimaan TPT | Seseorang yang berisiko tertular yang menerima TPT | Kuesinoer survey Kesehatan indonesia 2023. | Data sekunder SKI 2023, kuesioner penyakit menular Blok A kode A20. | 0= Ya<br>1= Tidak | Nominal | Data SKI 2023[28] |

# BAB IV
# METODE

## 4.1 Desain

Penelitian ini menggunakan desain dengan pendekatan observasional potong lintang, dimana setiap responden diamati hanya satu kali, baik variabel independen baik sosiodemografi dan alasan penerimaan TPT terhadap variabel dependen berupa penerimaan TPTserta menilai hubungannya. Sumber data yang digunakan berasal dari Survey Kesehatan Indonesia (SKI) 2023, yaitu sebuah survei nasional yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia untuk menggambarkan kondisi kesehatan masyarakat Indonesia.

## 4.2 Lokasi dan waktu

Penelitian ini direncanakan berlangsung di DKI Jakarta dari bulan Februari hingga Juni 2026. Lokasi sumber data yang akan digunakan dalam penelitian ini berada di Indonesia. Sumber data menggunakan data sekunder bersumber dari Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

## 4.3 Populasi dan subjek

### 4.3.1 Populasi target

Penduduk Indonesia yang terdata dalam SKI 2023 yang mempunyai riwayat kontak serumah TB.

### 4.3.2 Populasi terjangkau

Responden yang mempunyai riwayat kontak serumah dengan pasien TB dan terdaftar pada SKI 2023 baik tidak dan menerima TPT.

### 4.3.3 Subjek

#### 4.3.3.1 Kriteria pemilihan subjek

**A. Kriteria inklusi**

Responden yang terdaftar dalam data SKI 2023 dalam 1 tahun terakhir yang pernah kontak serumah dengan pasien TB.

**B. Kriteria eksklusi**

Responden yang terdaftar pada SKI 2023 yang datanya tidak lengkap.

#### 4.3.3.2 Perhitungan jumlah subjek

Sampel dalam penelitian ini diambil dengan teknik *total sampling* yaitu teknik pengambilan jumlah sampel sama dengan populasi. Sampel dari penelitian ini terdiri dari seluruh responden yang mempunyai riwayat kontak serumah TB dan terdaftar di SKI 2023.

Jumlah sampel yang akan digunakan untuk mengetahui determinan penerimaan TPT pada kontak serumah TB diambil berdasarkan hasil perhitungan dari rumus perhitungan sampel untuk populasi terbatas finit dan infinit.

**Rumus infinit**

$$n_0 = \frac{(Z\alpha)^2 \times p \times q}{d^2}$$

$$n_0 = \frac{(1{,}96)^2 \times 0{,}002 \times 0{,}998}{0{,}001^2}$$

$$n_0 = 7.667{,}8 \approx 7.668$$

Besar sampel yang akan digunakan untuk penelitian pada survei kesehatan Indonesia adalah sebesar 7.668 sampel.

Keterangan :

$n_0$ : Besaran sampel optimal yang dibutuhkan

$Z\alpha$ : Tingkat kemaknaan dikehendaki adalah 95%, dengan nilai 1,96

$p$ : Proporsi penularan kontak serumah TB dan mendapat TPT pada survei kesehatan indonesia = 0,2% = 0,002

$q$ : Proporsi penularan kontak serumah TB dan tidak mendapat TPT di survei kesehatan Indonesia = 1 — $p$ = 0,998

$d$ : Kesalahan absolut yang dapat diterima = ½ P = $0{,}001^2$

**Rumus finit**

$$n = \frac{n_0}{1 + {}^{n_0}/_{N}}$$

$$n = \frac{7.668}{1 + {}^{7.668}/_{1.272}}$$

$$n = 1.091$$

Berdasarkan perhitungan diperoleh sampel finit sebanyak 1.091 sampel, untuk mengurangi kemungkinan terjadinya *drop-out* sampel yang tidak sesuai kriteria yang diinginkan, jumlah sampel diperluas 15% dengan demikian nilai menjadi

$$n_{total} = n + 15\%n$$

$$n_{total} = 1.098 + 164$$

$$n_{total} = 1.262$$

Setelah ditambah dengan *drop-out* sebesar 15% maka pada penelitian ini didapatkan jumlah besar sampel sebanyak 1.262 sampel.

Perhitungan sampel diatas hanya dilakukan untuk memperkirakan jumlah sampel yang dibutuhkan untuk membuat penelitian, namun penulis akan tetap melakukan *total sampling.*

### 4.4 Bahan dan instrumen

Alat ukur yang digunakan untuk mengumpulkan data menggunakan kuesioner SKI 2023. Instrumen: Kuesioner Rumah Tangga SKI 2023.

1. Kuesioner Rumah Tangga (RUTA) Blok IV, untuk mendapatkan data usia (B4K7), jenis kelamin (B4K4), pendidikan (kode 8) , dan pekerjaan (kode 9).
2. Kuesioner Rumah Tangga (RUTA) Blok I kode B1R5, untuk mendapatkan data tempat tinggal.

3. Kuesioner Rumah Tangga (RUTA) Blok VII, untuk mendapatkan data status ekonomi.
4. Kuesioner individu Blok A Kode A21 Nomer 1, untuk mendapatkan alasan tidak mendapatkan TPT dengan alasan merasa tidak gejala/ sakit.
5. Kuesioner individu Blok A Kode A21 Nomer 2, untuk mendapatkan alasan tidak mendapatkan TPT dengan alasan obat tidak tersedia di faskes.
6. Kuesioner individu Blok A Kode A21 Nomer 3, untuk mendapatkan alasan tidak mendapatkan TPT dengan alasan obat tidak diberi nakes .
7. Kuesioner individu Blok A Kode A21 Nomer 4, untuk mendapatkan alasan lainnya tidak mendapatkan TPT.
8. Kuesinoer individu Blok A kode A20, untuk mendapatkan informasi mengenai penerimaan TPT.

## 4.5 Analisis statistik

### 4.5.1 Analisis univariat

Analisis univariat digunakan untuk menjelaskan secara rinci tentang ciri-ciri dari tiap variabel yang diteliti, mencakup baik variabel independen dan variabel dependen, dalam bentuk frekuensi atau persentase. Variabel yang dianalisis terdiri dari usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, tempat tinggal, status ekonomi, *perceived susceptibility* (merasa tidak gejala), *perceived barriers* (obat tidak tersedia di faskes dan tidak diberi nakes).

### 4.5.2 Analisis bivariat

Analisis dua variabel dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen yaitu sosiodemografi meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, tempat tinggal, status ekonomi dan *perceived susceptibility* (merasa tidak gejala) dan *perceived barriers* (obat tidak tersedia di faskes dan tidak diberi nakes) dan variabel dependen yaitu penerimaan TPT pada peserta SKI 2023. Uji statistik yang digunakan adalah Uji *Chi-Square*.

Hasil dari analisis bivariat akan disajikan dalam bentuk tabel frekuensi, dengan tingkat signifikansi nilai *p-value* < 0,05, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat

hubungan yang signifikan secara statistik antara sosiodemografi meliputi usia, jenis kelamin, pendiidkan, pekerjaan, tempat tinggal, status ekonomi terhadap penerimaan TPT.

### 4.6 Alur pengambilan sampel

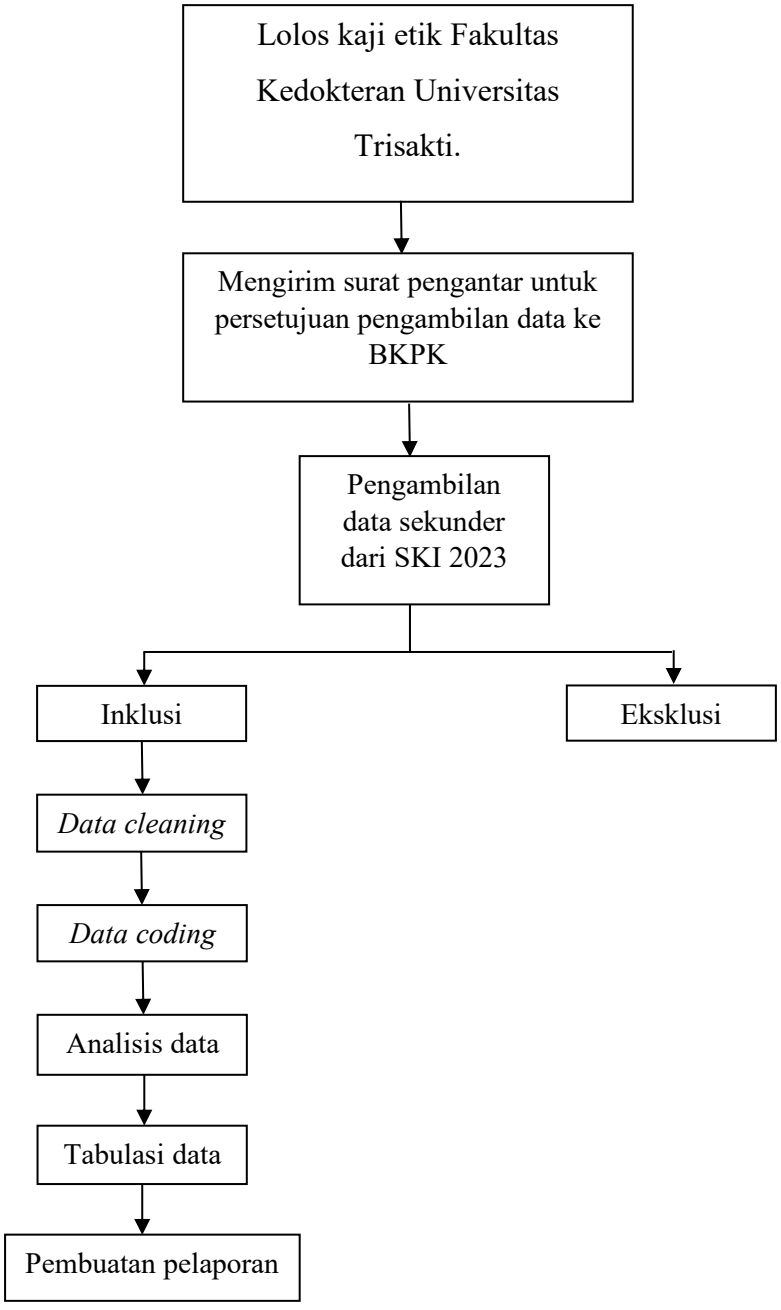
Penelitian ini memanfaatkan data sekunder dari Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 yang diselenggarakan oleh Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan di Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peserta dalam penelitian ini melibatkan responden pada kontak serumah TB yang tedaftar di SKI 2023.

Proses permintaan data diawali dengan pengajuan permohonan secara daring oleh institusi permohonan melalui Portal Layanan Permintaan Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Selanjutnya, permohonan melengkapi seluruh persyaratan administrasi yang ditetapkan, termasuk pengunggahan proposal singkat atau kerangka acuan kerja (TOR) yang menjelaskan tujuan dan kebutuhan data penelitian.

Dalam proposal tersebut, peneliti mencantumkan secara rinci nomor dan nama variabel yang dibutuhkan sesuai dengan pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner SKI 2023. Setelah seluruh dokumen dinyatakan lengkap dan sesuai ketentuan, institusi permohon diwajibkan menandatangani perjanjian kerahasiaan data *(non-disclosure agreement/NDA)* sebagai bentuk komitmen dalam menjaga keamanan dan kerahasiaan data yang diperoleh. Data SKI 2023 yang telah disetujuan kemudia digunakan untuk proses seleksi sampel sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian.

Karena penelitian ini berbasis data dari survey nasional, maka pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan seluruh responden yang memenuhi kriteria.

### 4.7 Alur kerja penelitian




Gambar 3. Alur kerja penelitian

### 4.8 Etika penelitian

Penelitian ini akan dilakukan setelah lolos kaji etik Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti.

### 4.9 Penjadwalan penelitian

**Tabel 5.** Penjadwalan pelaksanaan penelitian

| Kegiatan | WAKTU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sep 2025 | | Okt 2025 | | Nov 2025 | | Des 2025 | | Jan 2026 | | Feb 2026 | | Mar 2026 | | Apr 2026 | | Mei 2026 | | Jun 2026 | | Jul 2026 | |
| Pemilihan Topik dan judul | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Penyusunan dan penyelesaian BAB I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Penyusunan dan penyelesaian BAB II | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Penyusunan dan penyelesaian BAB III | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Penyusunan dan penyelesaian BAB IV | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persiapan ujian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ujian proposal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pengerjaan sampel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Analisis data | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persiapan ujian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Penyususnan skripsi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# REFERENSI


1. World Health Organization. Tuberkulosis. Geneva: World Health Organization; 2025. Available from: https//www-who-int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis
2. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2024 [Internet]. WHO; 2019. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240101531
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia. KKRI; 2020. Available from: https://repository.kemkes.go.id/book/567
4. Kemenkes. Aksi Nyata Percepatan Eliminasi Tuberkulosis di Indonesia [Internet]. [cited 2025 Sep 27]. Available from: https://kemkes.go.id/id/47510
5. Kemenkes. Cegah dan Obati TB dengan Terapi Pencegahan Tuberkulosis [Internet]. [cited 2025 Sep 27]. Available from: https://kemkes.go.id/id/cegah-dan-obati-tb-dengan-terapi-pencegahan-tuberkulosis
6. Kemenkes. Buku Panduan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan Tuberkulosis Langkah dalam Pencegahan, Deteksi Dini, dan Pendampingan Pasien TBC di Masyarakat. Kemenkes; 2025. Available from: https://www.tbindonesia.or.id/wp-content/uploads/2025/01/Buku-Panduan-Tenaga-Medis-dan-Kesehatan-Tuberkulosis.pdf
7. Safitri IN, Martini M, Adi MS, Wurjanto MA. Faktor yang Berhubungan dengan Penerimaan Terapi Pencegahan TB di Kabupaten Tegal. Jurnal riset Kesehatan Masyarakat. 2023;3(4):212-220. DOI: 10.14710/jrkm.2023.20670. Available from: https://ejournal2.undip.ac.id/index.php/jrkm/article/view/20670/9906
8. Fadhilah N, Bowo IT. Prediksi penerimaan terapi pencegahan tuberkulosis pada kontak serumah dengan pendekatan *Health Belief Model* (HBM). Holistik Jurnal Kesehatan. 2025;19(4):663–71. DOI:10.33024/hjk.v19i4.993
9. Khamai N, Seangpraw K, Ong-Artborirak P. Using the *Health Belief Model* to Predict Tuberculosis Preventive Behaviors Among Tuberculosis Patients' Household Contacts During the COVID-19 Pandemic in the Border Areas of Northern Thailand. J Prev Med Public Health. 20245793): 223-233. DOI: 10.3961/jpmph.23.453. Available from: https://doi.org/10.3961/jpmph.23.453
10. Kemenkes. Buku Panduan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan Tuberkulosis Langkah dalam Pencegahan, Deteksi Dini, dan Pendampingan Pasien TBC di Masyarakat. Kemenkes; 2025. Available from: https://www.tbindonesia.or.id/wp-content/uploads/2025/01/Buku-Panduan-Tenaga-Medis-dan-Kesehatan-Tuberkulosis.pdf
11. Kemenkes. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana Tuberkulosis [Internet]. Kemenkes; 2020. Available from: https://repository.kemkes.go.id/book/124
12. Isbaniah F, Burhan E, Sinaga B. Tuberkulosis Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan di Indonesia [Internet]. Stikes RS Huda; 2021 Feb. Available from:

https://library.stikesrshusada.ac.id/index.php?p=show_detail&id=6484&keywords=
13. Kemenkes. Laporan Program Penanggulangan Tuberkulosis Tahun 2023. Kemenkes 2024. Available from: https://www.tbindonesia.or.id/wp-content/uploads/2024/12/Laporan-Program-Penanggulangan-TBC-2023_Final
14. World Health Organization. Guidelines for Treatment of Tuberculosis and Patient Care. Who [Internet]. 2017 [cited 2025 Sep 30];1(1):85–97. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1586/17476348.1.1.85
15. Kemenkes. Petunjuk Teknis Penanganan Infeksi Laten Tuberkulosis (ILTB). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2020. Available from: https://repository.kemkes.go.id/book/73
16. Safitri IN, Martini M, Adi MS, Wurjanto MA. Faktor yang Berhubungan dengan Penerimaan Terapi Pencegahan TB di Kabupaten Tegal. Jurnal riset Kesehatan Masyarakat. 2023;3(4):212-220. DOI: 10.14710/jrkm.2023.20670. Available from: https://ejournal2.undip.ac.id/index.php/jrkm/article/view/20670/9906
17. Ren J, Huang F, Chen H, Zhang H, Sun J, Zhao A, et al. Barriers to the Acceptance of Tuberculosis Preventive Treatment: A Multicenter Cross-sectional Study in China. Biomedical and Environmental Sciences. 2024;37(11):1303–1309. DOI:10.3967/bes2024.150
18. Alyafei A, Easton-Carr R. The *Health Belief Model* of Behavior Change [Internet]. National Library of Medicine; 2024. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/
19. An Y, Teo AKJ, Huot CY, Tieng S, Khun KE, Pheng SH, et al. They do not have symptoms – why do they need to take medicines? Challenges in tuberculosis preventive treatment among children in Cambodia: a qualitative study. BMC Pulm Med. 2023;23(1):83. DOI: 10.1186/s12890-023-02379-7 Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10000356/
20. Chukwuogo O, Daniel O, Ihesie A, Eneogu R, Odume B, Agbaje A, et al. Knowledge, enablers, and barriers to TB preventive treatment among health care workers. Public Health Action. 2025;15(3):113-117. DOI: 10.5588/pha.24.0044 Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12422701/
21. Mande R, Thekkur P, Mudoola D, Nsonga J, Dongo JP, Muchuro S, et al. Tuberculosis Preventive Treatment in People Living with HIV in Uganda: Facilitators and Barriers for Initiation and Completion. Tropical Medicine and Infectious Disease. 2025;10(11):303. https://doi.org/10.3390/tropicalmed10110303 Available from: https://www.mdpi.com/2414-6366/10/11/303/htm
22. Muttaqin Cecep D, Samodra G, Kusuma Khamdiah I. Hubungan faktor sosiodemografi dengan tingkat pengetahuan, persepsi, dan sikap masyarakat tentang penyakit TB Paru di Barlingmascakeb Jawa Tengah. Jurnal Farmasi Indonesia. 2023;20(2):166-178. DOI:10.23917/pharmacon.v20i2.23307
23. Favian J, Janu B. Hubungan sosiodemografi terhadap keberhasilan terapi pada pasien dewasa tuberkulosis (TB) Paru di Balai Kesehatan Masyarakat

(Balkesmas) wilayah Semarang (Studi observasional di Balai Kesehatan Masyarakat Wilayah Semarang). Universitas Islam Sultan Agung; 2023.
24. Tutuhatunewa PR, Hardia L, Irwandi. Pengaruh sosiodemografi terhadap keberhasilan pengobatan pasien TB-RO di RSUD Dr. J. P. Wanane. Jurnal Kesehatan Tambusai. 2024;5(3):9280-9288 DOI: https://doi.org/10.31004/jkt.v5i3.32421
25. Wulan T. Analisis faktor yang berhubungan dengan penerimaan terapi pencegahan tuberkulosis (TPT) pada kontak serumah pasien tuberkulosis di kota Magelang. Universitas Muhammadiyah Magelang:2025.
26. Gumara A, Sari Rumita E, Wardiah R, Guspianto, Nasution Helmi S. Faktor yang berhubungan dengan perilaku minum obat terapi pencegahan tuberkulosis (TPT) di wilayah kerja puskesmas Putri Ayu kota Jambi. Klinik: Jurnal Ilmiah Kedokteran dan Kesehatan. 2025;4(3):589-602. DOI: https://doi.org/10.55606/klinik.v4i3.4857
27. Nugroho THS, Soetadji A, Adespin DA, Firmanti SC. Barriers to the implementation of isoniazid preventive therapy among children under five years old in close contact with sputum smear-positive TB patients. Diponegoro Med J (Jurnal Kedokteran Diponegoro) [Internet]. 2021 Jan;10(1):20–26. Available from: http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/medico
28. Kemenkes BKPK. Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 dalam angka [Internet]. Kemenkes; 2023. Available from: https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/ski-2023-dalam-angka/

# LAMPIRAN

**Lampiran 1.** *Dummy table*

**Tabel 1. Distribusi frekuensi sosiodemografi, *Perceived susceptibility* dan *Perceived barriers***

| Variabel | Frekuensi (n) | Persentase (%) |
|---|---|---|
| **Umur (tahun)** | | |
| 15 – 55 tahun | | |
| 0 – 14 tahun | | |
| **Jenis kelamin** | | |
| Laki-laki | | |
| Perempuan | | |
| **Pendidikan** | | |
| ≥ 12 tahun | | |
| < 12 tahun | | |
| **Pekerjaan** | | |
| Tidak bekerja | | |
| Bekerja | | |
| **Tempat tinggal** | | |
| Perkotaan | | |
| Perdesaan | | |
| **Status ekonomi** | | |
| Terbawah | | |
| Teratas | | |
| ***Perceived susceptibility*** | | |
| Merasa gejala | | |
| Merasa tidak gejala | | |
| ***Perceived barriers*** | | |
| Obat tersedia di faskes | | |
| Obat tidak tersedia di faskes | | |

**Tabel 2. Hubungan karakteristik sosiodemografik dan *Health Belief Model* (HBM)**

| Variabel | Penerimaan TPT | | Nilai p |
|---|---|---|---|
| | Ya, n(%) | Tidak, n(%) | |
| **Umur (tahun)** | | | |
| 15 – 55 tahun | | | |
| 0 – 14 tahun | | | |
| **Jenis kelamin** | | | |
| Laki-laki | | | |
| Perempuan | | | |
| **Pendidikan** | | | |
| ≥ 12 tahun | | | |
| < 12 tahun | | | |
| **Pekerjaan** | | | |
| Tidak bekerja | | | |
| Bekerja | | | |
| **Tempat tinggal** | | | |
| Perkotaan | | | |
| Perdesaan | | | |
| **Status ekonomi** | | | |
| Terbawah | | | |
| Teratas | | | |
| ***Perceived susceptibility*** | | | |
| Merasa gejala | | | |
| Merasa tidak gejala | | | |
| ***Perceived barriers*** | | | |
| Obat tersedia di faskes | | | |
| Obat tidak tersedia di faskes | | | |

Analisis data menggunakan uji *Chi-Square* Batas kemaknaan statistik yang digunakan $p<0,05$