

## HUBUNGAN ANTARA MEROKOK DENGAN KASUS TB DAN UPAYA PENGOBATAN DI WILAYAH PUSKESMAS CIBEUREUM KOTA TASIKMALAYA

### THE RELATIONSHIP BETWEEN SMOKING WITH TB AND THERAPHYTION TASIKMALAYA DISTRICT

Wawan Rismawan, Yayah Syafariah

#### ABSTRACT

**Background:** Until recently, tuberculosis (TB) among children in Indonesia is still becoming a health problem. Early detection and treatment compliance are keys to the success of controlling program of TB. Fact says that only 29% of community visit health centers after the symptoms lead to TB. Community perception toward the danger of disease plays an important role in health seeking behavior.

**Objective:** To increase community perception about smoking and tuberculosis in Tasikmalaya District and to increase of new case detection coverage.

**Method:** This was a quantitative and qualitative study with a cross sectional study design. Samples were 142 people. Tasikmalaya District. Data were collected through closed questionnaire and in-depth interview on four informants. Quantitative data were then analyzed with chi-square test and binomial regression. Meanwhile, qualitative data were analyzed using content analysis.

**Results:** Bivariable analysis showed that the perception about TB was significantly related to health seeking behavior. Parents who had a good perception about TB had an opportunity 1.3 times greater to health seeking behavior than the group who had a poor perception about TB. High education was significantly related to health seeking behavior (RP=1.3;  $p=0.005$  CI 95%=1,07-1,57, respectively) but age, knowledge, information source, family income and motivation were not significant. Meanwhile, results of multivariable analysis showed that education did not change the opportunity for health seeking behavior to health providers. Finally, results of qualitative analysis showed that TB had a greater severity than vleck.

**Conclusion:** Smoking had not significant relationship with TB but Perception about TB and education had a significant relationship with health seeking behavior.

#### A. Latar Belakang Masalah

Diperkirakan sekitar sepertiga penduduk dunia telah terinfeksi oleh Mycobacterium tuberculosis. Diperkirakan 95% kasus TB dan 98% kematian akibat TB didunia, terjadi pada negara-negara berkembang.

Indonesia berada pada posisi ke tiga terbesar didunia dalam jumlah penderita Tuberkulosis, setelah india dan cina. Jumlah pasien TB di Indonesia sekitar 10% dari total jumlah pasien TB didunia. Menurut laporan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) pada tahun 2007 dalam Depkes RI (2009), menunjukkan bahwa penyakit TB merupakan penyebab kematian nomor dua setelah penyakit kardiovaskuler (stroke) pada semua kelompok usia, dan nomor satu dari golongan penyakit infeksi. Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit infeksi yang masih menjadi masalah kesehatan utama di negara maju maupun di negara berkembang. Menurut WHO sepanjang

abad ke-20 kasus baru TB terus meningkat dan kasus di negara berkembang terdapat 95%. Sebanyak 10% dari seluruh kasus terjadi pada anak umur kurang dari 15 tahun (WHO, 2003).

Menurut Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular-PenyehatanLingkungan (PP&PL) pada Tahun 2005 dalam Survei Prevalensi TB tahun 2004, prevalensi TB di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) dan Bali sebesar 64 per 100.000 penduduk, di Jawa 107 per 100.000, di Sumatera 160 per 100.000, dan yang tertinggi di kawasan Indonesia Timur sebesar 210 per 100.000 penduduk. Penyakit TB sebagian besar menyerang kelompok umur produktif, kelompok ekonomi lemah dan berpendidikan rendah.

Tuberkulosis anak merupakan faktor penting karena di negara berkembang jumlah anak umur kurang 15 tahun adalah 40-50%. Menurut WHO (2007) seseorang yang terinfeksi TB pada masa anak-anak, sebanyak 7% akan

berkembang menjadi penyakit TB setelah 7 tahun dan menjadi TB tipe dewasa yaitu bersifat menular, selain itu TB anak apabila tidak diobati maka TB akan menimbulkan komplikasi diantaranya berupa TB otak yang dapat meninggalkan gejala sisa.

WHO memperkirakan bahwa 2020 penyakit berkaitan dengan rokok akan menjadi masalah kesehatan utama banyak Negara, bahkan merokok dianggap menjadi *entry point* pada penyalahgunaan narkotika (<http://www.ghozan.com> diakses tanggal 27 Februari 2015).

Sekitar 4,9 juta orang di Negara berkembang meninggal dunia karena rokok pada tahun 2003. Bahkan diseluruh dunia, tingkat kematian akibat rokok justru lebih besar ketimbang kematian malaria, kematian maternal, penyakit-penyakit yang sering menyerang anak dan tuberculosis. (<http://www.ghozan.com> diakses tanggal 27 Februari 2015).

Di Indonesia prevalensi merokok pada orang dewasa (usia 15 tahun keatas) yakni pria 63,1 % (naik 1,4 % dibandingkan tahun 2001) dan wanita 4,5 % (tiga kali lipat dibandingkan tahun 2001). Sementara prevalensi merokok pada anak-anak (usia 13 – 15 tahun) perinciannya pada anak laki-laki 24,5 % dan anak perempuan 2,3 %. Sebanyak 30,9 % dari anak-anak yang merokok telah mulai merokok sebelum umur 10 tahun. Menurut data Badan Pusat Statistik, jumlah perokok pemula (usia 5 – 9 tahun) naik secara signifikan. Hanya dalam kurun waktu 3 tahun (2001 – 2004) persentase perokok pemula naik dari 0,4 menjadi 2,8 %. (<http://www.ghozan.com> diakses tanggal 27 Februari 2015).

Berdasarkan data dan fakat tersebut di atas maka peneliti ingin mengetahui hubungan antara merokok dengan kejadian tuberkolosis dan pengobatannya di wilayah Puskesmas Cibeureum Kota Tasikmalaya.

## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara merokok dengan kejadian TB di Wilayah Puskesmas Cibeureum Kota Tasikmalaya.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran perokok di Wilayah Puskesmas Cibeureum Kota Tasikmalaya
- b. Mengetahui karakteristik penderita TB di Wilayah Puskesmas Cibeureum Kota Tasikmalaya
- c. Mengetahui gambaran kasus TB di Wilayah Puskesmas Cibeureum Kota Tasikmalaya.
- d. Mengetahui hubungan antara merokok dengan kejadian TB di Wilayah Puskesmas Cibeureum Kota Tasikmalaya.

## D. Tuberkulosis

### 1. Definisi

Tuberkulosis adalah infeksi yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberkulosis* (M.TB) yang terhirup ke dalam paru-paru, biasanya diperoleh dari orang yang menderita TB aktif. Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya (WHO, 2006)

### 2. Faktor risiko

- a. Risiko terjadinya infeksi TB adalah anak yang memiliki kontak dengan orang dewasa yang memiliki TB aktif, bertempat tinggal di daerah endemis TB, kemiskinan, lingkungan yang tidak sehat misalnya tempat penampungan atau panti perawatan (Rahajoe *et al.*, 2007).
- b. Risiko penyakit TB  
Faktor risiko terjadinya penyakit TB adalah: umur anak kurang dari 5 tahun, konversi tes tuberkulin 1-2 tahun terakhir, malnutrisi, *immunosupresi*, status sosial ekonomi yang rendah, penghasilan yang kurang, kepadatan hunian, pengangguran, pendidikan yang rendah dan kurangnya dana untuk pelayanan masyarakat (Rahajoe *et al.*, 2007).

### 3. Gejala

Menurut WHO (2006) gejala TB antara lain: batuk lama lebih dari 21 hari setelah disingkirkan sebab lain dari batuk. Demam lama lebih dari 2 minggu dan atau berulang tanpa sebab yang jelas (bukan tifus, malaria, atau infeksi saluran napas akut), dapat disertai keringat malam,

demam pada umumnya tidak tinggi. Berat badan turun selama 3 bulan berturut-turut tanpa sebab yang jelas, dan tidak naik dalam satu bulan meskipun sudah mendapatkan penanganan gizi yang baik. Selaras dengan itu Rahajoe *et al.*, (2007) menambahkan bahwa gejala TB yang lain yaitu tidak nafsu makan dan diare yang berulang yang tidak sembuh dengan pengobatan baku diare.

#### 4. Patofisiologi

Paru merupakan *port d'entree* lebih dari 98% kasus infeksi TB. Ukuran kuman yang sangat kecil ( $<5\mu\text{m}$ ), menyebabkan kuman TB dalam percik renik yang terhirup dapat mencapai *alveolus*. Masuknya kuman TB ini akan segera diatasi oleh mekanisme kekebalan nonspesifik. *Makrofag* *alveolus* akan menangkap kuman TB dan biasanya sanggup menghancurkan sebagian besar kuman TB. Sebagian kecil kasus, *makrofag* tidak mampu menghancurkan kuman TB dan kuman akan *bereplikasi* dalam *makrofag*. Kuman TB dalam *makrofag* yang terus berkembang biak, akhirnya akan menyebabkan *makrofag* menjadi hancur, dan kuman TB membentuk koloni di tempat tersebut. Lokasi pertama koloni kuman TB di jaringan paru disebut fokus primer *Ghon* (Rahajoe *et al.*, 2007)

Kuman TB menyebar melalui saluran limfe menuju ke kelenjar limfe regional, yaitu kelenjar limfe yang mempunyai saluran limfe ke lokasi fokus primer. Penyebaran ini menyebabkan terjadinya infeksi di saluran limfe (*limfangitis*) dan kelenjar limfe (*limfadenitis*) yang terkena, jika fokus primer terletak di lobus bawah atau tengah, kelenjar limfe yang akan terlibat adalah kelenjar limfe *parahilus*, sedangkan jika fokus primer terletak di *apex* paru, yang akan terlibat adalah kelenjar *paratrakheal*. Kompleks primer merupakan gabungan antara fokus primer, kelenjar limfe regional yang membesar dan saluran limfe yang meradang (Rahajoe *et al.*, 2007).

#### E. Perilaku dan Upaya Mencari Pengobatan

##### 1. Pengertian Perilaku

Menurut Green *et al.* (1980) perilaku adalah suatu tindakan yang mempunyai frekuensi, lama dan tujuan khusus serta dilakukan secara sadar. Perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pendidikan, pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, ketersediaan fasilitas kesehatan serta sikap dan perilaku petugas kesehatan.

Proses pembentukan atau perubahan perilaku dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor baik dari dalam maupun dari luar individu. Aspek individu yang sangat berpengaruh dalam perubahan perilaku adalah persepsi, motivasi dan emosi (Sarwono, 2004).

##### 2. Perilaku Mencari Pengobatan

Menurut Kroeger (1983) perilaku mencari pengobatan adalah perilaku seseorang melakukan pencarian pengobatan dalam upaya menyembuhkan penyakitnya. Perilaku tersebut dapat bermacam-macam, misalnya usaha mengobati sendiri atau pengobatan secara tradisional dan mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan moderen seperti puskesmas, dokter praktek, mantri dan sebagainya. Liefoghe *et al.* (1997) menambahkan bahwa masyarakat di Kenya apabila merasakan sakit maka mereka akan memulai dengan mengobati sendiri penyakitnya. Masyarakat akan berobat ke petugas kesehatan setelah mengalami sakit yang tetap.

#### F. Perilaku Merokok

Merokok sudah dianggap hal biasa dalam kehidupan sehari-hari padahal dalam asap rokok terdapat 4.000 zat kimia berbahaya untuk kesehatan, 2 diantaranya adalah nikotin yang bersifat adiktif dan Tar yang bersifat karsinogenik (Asril Bahar, Harian Umum Republika, Selasa 26 Maret 2002). Racun karsinogen yang timbul akibat pembakaran tembakau dapat memicu terjadinya kanker. Sebenarnya, penanggulangan merokok di Indonesia telah berjalan lama ditandai dengan dikeluarkannya peraturan pemerintah No. 18 Tahun 1999 tentang pengamanan rokok bagi kesehatan dari peraturan pemerintah

No. 19 Tahun 1993 tentang larangan pembagian produk contoh rokok secara gratis. Namun hingga kini jumlah perokok tidak berkurang bahkan remaja dan anak-anak dibangku sekolahpun turut merokok pula.

**Hipotesis**

Tidak adanya hubungan antara merokok dengan TB di Wilayah Puskesmas Cibeureum Kota Tasikmalaya.

**G. Jenis dan Rancangan Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan rancangan *cross sectional* dan pendekatan kuantitatif yang dilengkapi metode kualitatif. Pada penelitian ini pengukuran variabel bebas dan variabel terikat dilakukan dalam waktu bersamaan.

**H. Populasi Penelitian**

Populasi dalam penelitian ini adalah semua penderita TB dari mulai anak, remaja dan dewasa yang berada di wilayah Puskesmas Cibeureum Kota Tasikmalaya.

**I. Pengambilan Sampel**

Pemilihan subjek penelitian dilakukan secara purposif untuk menentukan wilayah penelitian, sedangkan untuk menentukan sampel bagi tiap-tiap wilayah menggunakan *proportional random sampling*. Lokasi pengambilan sampel yaitu wilayah dengan kasus perokok dan TB terbanyak.

**K. Definisi Operasional**

Menghitung besar sampel digunakan rumus perhitungan besar sampel *hypothesis tests for two population proportions (two side test)* menurut Lemeshow *et al.* (1997).

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

**Keterangan :**

$Z_{1-\alpha}$  : Level of significance,  $\alpha$  0,05 = 1.96

$Z_{1-\beta}$  : Power of the test 80 % = 0.84

$P_1$  : Proporsi perokok dan upaya yang baik dalam pencarian pengobatan pada orang yang mempunyai persepsi tentang tuberkulosis tidak baik = 0,83.

$P_2$  : Proporsi perokok dan upaya yang baik dalam pencarian pengobatan pada orang yang mempunyai persepsi tentang tuberkulosis baik = 0,97.

Dengan menggunakan rumus perhitungan besar sampel tersebut di atas, didapatkan besar sampel (n) adalah 71 orang. Jumlah ini dikalikan 2 menjadi 142 orang dan ditambah 8 orang untuk menghindari *missing*. Jumlah sampel keseluruhan sebesar 150 orang.

**J. Variabel Penelitian**

Variabel dalam penelitian ini adalah:

1. Variabel terikat : Kasus TB
2. Variabel bebas: Merokok

**Tabel 2. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional**

	Nama Variabel	Definisi Operasional	Skala Ukur	Penilaian
1.	Variabel Terikat: Kasus TB	Diagnosa Medik tentang TB pada seseorang yang telah ditegakkan dengan hasil pemeriksaan penunjang .	Nominal	1= Ya 0= Tidak
2	Variabel Bebas: Merokok	Kegiatan seseorang untuk menghisap rokok yang dilakukan secara aktif.	Ordinal	2= Banyak (lebih dari 12 batang sehari) 1= Sering (antara 4-12 batang sehari) 0=Jarang (1-3 batang)

3	Variabel Luar: Umur	Umur orang tua/wali dan atau penderita dalam tahun berdasarkan ulang tahun terakhir pada saat dilakukan penelitian yang diukur berdasarkan tanggal kunjungan dikurangi tanggal lahir. (Zhang <i>et al.</i> , 2007)	Ordinal	7=61-70 6=51-60 5=41-50 4=31-40 3=21-30 2=11-20 1=1-10
4	Pendidikan	Tingkat pendidikan tertinggi yang pernah dijalani oleh orang tua/wali meliputi Sekolah Dasar (SD), Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP), Sekolah Lanjutan Tingkat Atas (SLTA) dan Perguruan Tinggi (PT). Dikatakan tinggi bila tamat SLTA atau lebih. Dikatakan rendah bila tidak tamat SLTA.	Ordinal	4=PT 3=SLTA 2=SLTP 1=SD
5	Pengetahuan	Semua hal yang diketahui orang tua/wali/penderita tentang TB. Penilaian dilakukan berdasarkan 18 item pertanyaan dan didapatkan nilai 3-23, dengan nilai <i>cut off point</i> 9. Dikatakan baik bila nilai jawaban $\geq 9$ , dan kurang baik jika nilai jawaban $< 9$ .	Ordinal	1= Tinggi 0= Rendah
6	Ekonomi Keluarga	Kemampuan keluarga untuk menghidupi seluruh anggota keluarga yang diukur berdasarkan kriteria miskin dan tidak miskin sesuai surat keputusan bupati Kabupaten Purworejo tahun 2008 tentang kriteria rumah tangga miskin. Dikatakan miskin bila mendapatkan Bantuan Langsung Tunai (BLT) atau asuransi kesehatan masyarakat miskin (BPJS subsidi) dan tidak miskin bila tidak mendapat BLT atau (BPJS Mandiri).	Nominal	1= Tidak miskin 0= Miskin
7	Sumber Informasi	Sumber informasi yang diperoleh orang tua/wali/penderita tentang TB. 1. Tenaga Kesehatan 2. Media Massa 3. Tidak mendapat informasi	Nominal	0= Tidak mendapat informasi 1= Tenaga kesehatan 2= Media massa
8	Motivasi	Dorongan anak dari orang tua/wali atau penderita untuk merokok.	Nominal	2= Rendah 1= Tinggi

## L. Instrumen Penelitian

### a. Sumber Data

Data kuantitatif diperoleh dari responden langsung dengan mengisi kuesioner yang meliputi karakteristik responden, persepsi tentang TB, pengetahuan tentang TB dan motivasi merokok.

### b. Tenaga Pengumpul Data

Tenaga dalam mengumpulkan data dibantu oleh tenaga Puskesmas yang sebelum dilakukan penelitian diadakan persamaan persepsi dalam pengumpulan data.

### c. Instrumen Penelitian.

Kuesioner dalam penelitian ini dikembangkan berdasarkan kepustakaan

dan konsultasi pada orang yang dipandang sebagai ahli serta modifikasi oleh peneliti berdasarkan penyusunan skala psikologi (Azwar, 2008).

### 4. Alat Ukur Data Kualitatif

Panduan wawancara mendalam dibuat sendiri oleh peneliti dengan menggunakan pertanyaan terbuka sesuai dengan objek penelitian. Pertanyaan difokuskan pada persepsi tentang TB dan motivasi merokok.

### 5. Uji Validitas dan Reliabilitas Alat Ukur

Uji validitas dan reliabilitas alat ukur yang menyangkut pengukuran persepsi orang tua/wali/penderita tentang TB dengan motivasi merokok. Uji coba

ini untuk melihat kesahihan dan keterandalan dari alat ukur.

1. Uji validitas dan reliabilitas persepsi tentang TB.

Pengujian validitas dan reliabilitas ini dilakukan pada responden terdiri dari 35 pernyataan. Hasil analisis dengan menggunakan *Alpha Cronbach*, pada bagian ini terdapat 4 pernyataan yang gugur sehingga pernyataan yang memenuhi syarat uji sebanyak 31 pernyataan. Hasil reliabilitas didapatkan nilai *Alpha* 0,892.

2. Uji validitas dan reliabilitas pengetahuan tentang TB.

Pengujian validitas dan reliabilitas ini dilakukan pada responden terdiri dari 20 pertanyaan. Hasil analisis dengan menggunakan *Alpha Cronbach*, pada bagian ini terdapat 2 pertanyaan yang gugur sehingga pertanyaan yang memenuhi nilai koefisien sebanyak 18 pertanyaan. Hasil reliabilitas didapatkan nilai *Alpha* 0,862.

1. Uji validitas dan reliabilitas motivasi merokok.

Pengujian validitas dan reliabilitas ini dilakukan pada responden terdiri dari 8 pernyataan. Hasil analisis dengan menggunakan *Alpha Cronbach*, pada bagian ini tidak terdapat pernyataan yang gugur karena semua pernyataan menunjukkan nilai koefisien yang mencukupi. Hasil reliabilitas didapatkan nilai *Alpha* 0,757.

## 2. Cara Analisis Data

### 1. Analisis Data Kuantitatif

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan program SPSS versi 21 dengan langkah-langkah sebagai berikut:

a. Analisis Univariabel

Analisis dilakukan dengan cara mengolah semua variabel yang ada dalam penelitian dan disajikan secara deskriptif dalam tabel distribusi frekuensi untuk mengetahui karakteristik dan distribusi data. Adapun jumlah frekuensi dan persentase dari setiap karakteristik variabel meliputi upaya mencari pengobatan, persepsi tentang TB, umur, pengetahuan, pendidikan, ekonomi keluarga, sumber informasi dan motivasi merokok.

b. Analisis Bivariabel

Analisis digunakan untuk mengidentifikasi ada tidaknya hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat, yaitu variabel merokok dengan TB. Selanjutnya tabulasi silang juga dilakukan pada variabel lainnya umur, pengetahuan, pendidikan, ekonomi keluarga, sumber informasi dan motivasi. Uji statistik yang digunakan adalah *Chi square* ( $\chi^2$ ) pada tingkat kemaknaan  $p < 0,05$ . Untuk mengetahui kekuatan hubungan antara variabel-variabel tersebut dilihat dari nilai *Ratio Prevalence* (RP). RP menggambarkan berapa kali peningkatan atau penurunan risiko pada populasi dengan *Confidence Interval* (CI) 95%.

### 2. Analisis Data Kualitatif

Analisis data kuantitatif dilakukan dengan menganalisis isi (*content analysis*) terhadap pernyataan informan tentang pandangannya terhadap TB, merokok dan upaya mencari pengobatan. Menurut Bungin (2007) teknik analisis yang sering digunakan pada penelitian eksploratif adalah analisis isi, kemudian dilakukan penarikan kesimpulan.

### 3. Keterbatasan Penelitian

Kesulitan

- Tidak mempunyai kuesioner yang baku sehingga untuk mengatasi hal ini peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas kuesioner.
- Kasus yang menurut prediksi masih tersembunyi karena ketidaktahuan.

Kelemahan

- Penelitian ini adalah penelitian *cross-sectional*, sehingga hanya menggambarkan hubungan antara persepsi orang tua/wali/ penderita tentang merokok dengan TB, tetapi tidak dapat mendeteksi kasus baru yang masih tersembunyi.
- Data yang dianalisis terbatas pada variabel yang diteliti berdasarkan tujuan penelitian.

## M. Hasil Penelitian

### 1. Analisis Univariabel

Karakteristik responden yang dibahas dalam penelitian ini terdiri dari upaya mencari pengobatan, persepsi tentang TB, umur orang tua/wali,

pengetahuan, pendidikan, ekonomi keluarga, sumber informasi dan motivasi merokok Tabel di bawah ini adalah

distribusi responden dalam upaya mencari pengobatan.

**Tabel 3. Distribusi Upaya Mencari Pengobatan**

No	Upaya mencari pengobatan ke tenaga kesehatan	Jumlah	Persentase
1	Puskesmas	82	
2	Bidan praktek	18	
3	Dokter praktek	7	
4	Rumah sakit	3	
	Jumlah	<b>110</b>	<b>(75,4)</b>
<b>Upaya mencari pengobatan bukan ke tenaga kesehatan</b>			
1	Mengobati sendiri	3	
	Jumlah	<b>3</b>	<b>(2,1)</b>
<b>Menggabungkan upaya mencari pengobatan ke tenaga kesehatan dan bukan tenaga kesehatan</b>			
1	Pengobatan tradisional	8	
2	Membeli obat di apotek	12	
3	Mengobati sendiri	9	
4	Paranormal	4	
	Jumlah	<b>33</b>	<b>(22,5)</b>

Pada tabel di atas menunjukkan pilihan terbanyak upaya mencari pengobatan adalah ke puskesmas. Karakteristik responden lainnya dilakukan analisis univariabel yang ditampilkan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi seperti pada tabel berikut:

**Tabel 4. Distribusi Karakteristik Responden**

Variabel	Total n (%)
<b>Upaya mencari pengobatan</b>	
Baik	110 (75,4)
Kurang	36 (24,6)
<b>Persepsi tentang TB</b>	
Baik	79 (54,1)
Kurang baik	67 (45,9)
<b>Umur</b>	
<40 tahun	111 (76,0)
≥40 tahun	35 (24,0)
<b>Pengetahuan</b>	
Baik	111 (76,0)
Kurang	35 (24,0)
<b>Pendidikan</b>	
Tinggi	70 (48,0)
Rendah	76 (52,0)
<b>Ekonomi keluarga</b>	
Tidak miskin	122 (83,6)
Miskin	24 (16,4)
<b>Sumber Informasi</b>	
Tenaga kesehatan	83 (56,8)
Media massa	6 (4,1)
Tidak mendapat informasi	57 (39,1)
<b>Motivasi Merokok</b>	
Rendah	46 (31,5)
Tinggi	100 (68,5)

Keterangan:

n = jumlah

% = persentase

Distribusi karakteristik orang tua/wali anak dari 146 responden sebagian 139

besar mempunyai persepsi yang baik tentang TB dan sebanyak dua pertiga

responden mempunyai upaya pengobatan yang baik. Berdasarkan karakteristik umur ternyata didapatkan responden terbanyak adalah berumur <40 tahun dan pengetahuan baik yaitu masing-masing sebanyak 76,0%, sedangkan berdasarkan karakteristik pendidikan antara pendidikan tinggi dan rendah mempunyai jumlah persentase yang hampir sama yaitu 48,0% dan 52,0%.

Distribusi responden berdasarkan ekonomi keluarga didominasi oleh keluarga yang tidak miskin yaitu 83,6%. Berdasarkan sumber informasi paling banyak responden mendapat informasi

dari tenaga kesehatan yaitu sebesar 56,8% dan tidak pernah mendapat informasi sebesar 39,1%. Distribusi responden berdasarkan motivasi diperoleh sebanyak 68,5% mempunyai motivasi yang kurang.

## 2. Analisis Bivariabel

Pada tahap ini dilakukan analisis bivariabel untuk mengetahui hubungan variabel bebas dengan variabel terikat, variabel luar dengan bebas dan variabel luar dengan variabel terikat. Uji statistik yang digunakan adalah *Chi-Square*. Hasil analisis disajikan dalam tabel berikut ini.

**Tabel 5. Hasil Analisis Hubungan Karakteristik Responden dengan Upaya Mencari Pengobatan (n=146)**

Variabel	Upaya Mencari Pengobatan		$\chi^2$	p	RP	95% CI
	Baik n (%)	Kurang Baik n (%)				
<b>Persepsi tentang TB</b>						
Baik	66 (83,5)	13 (16,5)	6,23	0,012*	1,3	1,04-1,55
Kurang baik	44 (65,7)	23 (34,3)				
<b>Umur</b>						
≥40 tahun	26 (74,3)	9 (25,7)	0,03	0,867	1,0	0,78-1,22
<40 tahun	84 (75,7)	27 (24,3)				
<b>Pengetahuan</b>						
Baik	24 (21,6)	87 (78,4)	2,30	0,129	1,2	0,92-1,54
Kurang	23 (65,7)	12 (34,3)				
<b>Pendidikan</b>						
Tinggi	60 (85,7)	10 (14,3)	7,79	0,005*	1,3	1,07-1,57
Rendah	50 (65,8)	26 (34,2)				
<b>Ekonomi keluarga</b>						
Tidak miskin	96 (78,7)	26 (21,3)	3,44	0,063	1,3	0,95-1,92
Miskin	14 (58,3)	10 (41,7)				
<b>Sumber Informasi</b>						
Tenaga kesehatan	58 (69,9)	25 (30,1)	3,09	0,213	0,9	0,70-1,02
Media massa	5 (83,3)	1 (6,7)			1	0,69- 1,47
Tidak mendapat informasi	47 (82,5)	10 (17,5)	1	1	1	
<b>Motivasi Merokok</b>						
Rendah	36 (78,3)	10 (21,7)	0,31	0,579	1,1	0,87-1,28
Tinggi	74 (74,0)	26 (26,0)				

Keterangan :

$\chi^2$  = *Chi-Square*

RP = *Ratio Prevalens*

p = *p-value*

CI = *Confidence Interval*

\* = bermakna

## C. Pembahasan

Hasil penelitian ini menemukan seluruh informan mengenal istilah TB, rata-rata mereka pernah melihat satu kasus TB ada disekitar mereka. Nama lain dari TB yang mereka kenal adalah vlek, sedikit sekali dari mereka yang mengetahui bahwa TB sama dengan vlek. Sebagian besar dari mereka menganggap bahwa TB dan vlek merupakan dua hal yang berbeda

dan mempunyai tingkat keparahan yang berbeda pula.

Upaya mencari pengobatan merujuk pada apa yang dilakukan orang-orang secara individu maupun bersama-sama untuk memelihara dan atau memulihkan kesehatan (Liefoghe *et al.*, 1997) sedangkan Waldman *et al.* (1996) menyatakan bahwa upaya mencari pengobatan merupakan tindakan yang



dilakukan seseorang atau keluarga yang mengalami sakit untuk memilih pengobatan profesional atau tidak untuk kelangsungan hidup anak. Pengobatan profesional adalah pengobatan berdasarkan ilmu kedokteran.

Hal ini menunjukkan bahwa upaya mencari pengobatan tidak sepenuhnya dipengaruhi oleh persepsi tetapi ada faktor lain. Sistem kesehatan, kondisi masyarakat setempat, pengalaman anggota keluarga, teman maupun tetangga, sikap lingkungan sosial, kepercayaan dari individu tersebut akan saling berinteraksi dan mempengaruhi upaya mencari pengobatan (Liefoghe *et al.*, 1997); Agboatwalla *et al.* (2003); Auer *et al.* (2000). Tipping dan Segall (1995) merinci faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku pencarian pengobatan di negara berkembang adalah umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status sosial wanita, sosial ekonomi, status perkawinan, biaya pelayanan kesehatan, beratnya penyakit, akses dan kualitas pelayanan kesehatan. Hasil uji bivariabel sesuai dengan pernyataan di atas yaitu ditemukan terdapat hubungan yang bermakna antara persepsi orang tua/wali tentang TB terhadap upaya mencari pengobatan. Orang tua/wali yang mempunyai persepsi tentang TB baik cenderung membawa anaknya berobat ke tenaga kesehatan.

Analisis univariabel terlihat mayoritas responden berumur <40 tahun, analisis bivariabel menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara umur dengan persepsi TB, juga umur tidak bermakna terhadap upaya mencari pengobatan. Hasil ini tidak sesuai dengan penelitian Zhang *et al.* (2007) bahwa umur mempengaruhi persepsi seseorang dalam upaya mencari pengobatan. Umur  $\geq 40$  tahun dan tinggal di daerah dengan prevalensi TB tinggi lebih mengetahui tentang TB dibandingkan dengan umur <40 th. Responden  $\geq 40$  tahun setuju bahwa anak-anak mereka diprioritaskan dalam pencarian pengobatan. Umur juga berhubungan dengan tempat mereka mencari pelayanan kesehatan, untuk enam orang dalam keluarga prioritas dalam mencari pelayanan kesehatan berturut-turut adalah anak laki-laki, anak perempuan, ayah, kakek, ibu dan terakhir nenek.

Pengetahuan merupakan modal awal bagi terbentuknya sikap yang akhirnya mengarah kepada niat melakukan perbuatan, pengetahuan yang berasal dari pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain atau media berpengaruh terhadap perilaku (Azwar, 2003). Hasil penelitian ini didapatkan sebesar tiga perempat responden mempunyai pengetahuan yang baik tentang TB. Namun demikian ditemukan sebesar dua pertiga responden yang mempunyai pengetahuan baik tidak sepenuhnya berobat ke tenaga kesehatan. Hasil uji bivariabel menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan upaya mencari pengobatan. Tetapi pengetahuan mempunyai hubungan yang bermakna dengan persepsi tentang TB, namun setelah dilakukan uji interaksi tidak ditemukan adanya interaksi antara pengetahuan dengan persepsi TB. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Zhang *et al.* (2007) bahwa pengetahuan tentang TB mempengaruhi upaya mencari pengobatan. Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang tentang TB maka akan semakin baik persepsinya tentang TB dan semakin baik pula dalam upaya mencari pengobatan (Hoa *et al.*, 2003; Liefoghe *et al.*, 1997). Hasil wawancara mendalam menemukan hal sebaliknya bahwa sebagian besar informan percaya bahwa TB disebabkan oleh udara kotor, tidur dilantai dan batuk yang tidak diobati dan mereka percaya bahwa TB dapat sembuh dengan mandi di pantai. Hasil ini sesuai dengan pernyataan Liefoghe *et al.* (1997) dan Agboatwalla *et al.* (2003) bahwa pengetahuan yang kurang tentang TB membuat pasien menunda mencari pelayanan kesehatan dan mereka mengobati sendiri penyakitnya. Selanjutnya wawancara mendalam ternyata ditemukan bahwa sebelum berobat ke tenaga kesehatan sebagian besar informan telah mencoba terlebih dahulu mengobati sendiri anaknya di rumah dengan memijat, mengerik dan membeli obat di apotek, apabila tidak sembuh maka akan membawa anaknya berobat ke tenaga kesehatan. Ungkapan ini senada dengan penelitian kualitatif di Kenya bahwa langkah awal upaya mencari pengobatan mereka dengan mencoba

menangani sendiri penyakitnya, menggunakan berbagai obat-obatan yang lazim digunakan di rumah, obat-obat tradisional, obat moderen atau menggunakan pengobatan tradisional dan moderen dilakukan secara bersamaan. Lifooghe *et al.* (1997) menemukan pernyataan yang berbeda bahwa penyembuhan tradisional bisa menjadi alternatif yang baik ketika pelayanan kesehatan telah gagal atau ketika tidak ada perbaikan pada kondisi pasien. Hal ini terganggu persepsi keseriusan kondisinya. Penanganan sendiri yang berkepanjangan menjadi salah satu alasan penting menunda penanganan yang semestinya dan penundaan akan bertambah lama oleh karena faktor sosial ekonomi yang kurang (Auer *et al.*, 2000).

### Kesimpulan

Berdasarkan hasil temuan pada penelitian dan analisis serta pembahasan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Jumlah perokok makin meningkat.
2. Jumlah penderita TB yang terdeteksi masih banyak.
3. Karakteristik TB semakin beragam.
4. Tidak ada hubungan yang bermakna antara merokok dengan kejadian TB.

### Saran

Berdasarkan hasil dan kesimpulan penelitian ini maka peneliti menyarankan beberapa hal, antara lain sebagai berikut:

1. Bagi Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya, perlu diadakan suatu program *active case finding* dengan melakukan *screening* terhadap Perokok dan TB.
2. Petugas kesehatan perlu merubah terminologi vlek menjadi TB pada anak sehingga masyarakat mempunyai persepsi yang benar tentang TB dan masyarakat menyadari akan bahaya TB.
3. Perlu adanya penelitian lanjutan untuk akibat rokok terhadap berbagai masalah kesehatan.

### DAFTAR PUSTAKA

Aditama, Y.T. (2000) Sepuluh Masalah Tuberkulosis dan

Penanggulangannya. *Jurnal Spirologi Indonesia*. 20 (1):1-29.

Al-Absi (2004) Attitude, Knowledge and Compliance of Tuberculosis Patiens. *Int J Tuberc Lung Dis*, 8 (11):300-9.

Agboatwalla, M., Kazi, G.N., Shah, S.K. & Tariq, M. (2003) Gender Perspectives on Knowledge and Practices Regarding Tuberculosis in Urban and Rural Areas in Pakistan. *East Mediterr Health J*, 9 (4):732-40.

Armijos, R.X., Weigel, M.M., Qinch, M. & Ulloa, B. (2008) The Meaning and Consequences of Tuberculosis for an At-Risk Urban Group in Ecuador. *Pan am j public health*, 23(3):188-97.

Askew, G.L., Finelli, L. & Hutton, M. (1997) Mycobacterium Tuberculosis Transmission from a Pediatrician to Patiens. *J Pediatr*, 100:19-23.

Auer, C., Sarol, J., Tanner, M. & Weiss, M. (2000) Health Seeking and Perceived Causes of Tuberculosis Among Patients In Manila, Philippines. *Trop Med Int Health*, 5 (9):648-56.

Case, A., Menendez, A. & Ardington, C. (2006) *Health Seeking Behaviour in Northern KwaZulu-Natal*, Princeton University and Visiting Scientist, University of Chicago and Visiting Scientist, Africa Centre for Health and Population Studies.

Depkes. (2006) *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, Jakarta.

Direktorat Jenderal PP & PL. (2006) *Diagnosis dan Tatalaksana Tuberkulosis Anak*, Jakarta.

\_\_\_\_\_. (2005) *Survei Prevalensi Tuberkulosis Indonesia Tahun 2004*. Depkes RI, Jakarta.

Dye, C., Scheele, S. & Dolin, P. (1999) Global Burden of Tuberculosis: Estimated Incidence, Prevalence and Mortality by Country. *JAMA*, 282:677-86.

Glanz, K., Lewis, F.M. & Rimer, B. (1997) *Health Behavior and Health Education*.

Gordis, L. (2004) *Epidemiology*: (3<sup>rd</sup> ed) W.B. Saunders Company, Philadelphia London New York.

- Grassner, B.D., Weiss, N.S. & Nolan, C.M. (1997) Risk Factor for Pediatric Tuberculosis Infection and Disease After Household Exposure to Adult Index Case in Alaska. *J Pediatr*, 132:509-13.
- Green, L.W., Kreuter, M.W., Deeds, S.G. & Patridge, K.B. (1980) *Health Promotion Planning and Educational and Environmental Approach*. Second Edition, Mayfield Publishing Company, London.
- Hoang, N.P., Thorson, A.E.K., Long, N.H. & Diwan, V.K. (2003) Knowledge of Tuberculosis and Associated Health Seeking Behaviour among Rural Vietnamese Adults with a Cough for at Least Three Weeks. *Scand J Public Health*, 31:49-65.
- Kroeger, A. (1983) Anthropological and Socio-Medical Health Care Research in Developing Countries. *Soc Sci Med*, 17:147-61.
- Liefooghe, R., Baliddawa, J.B., Kipruto, E.M., Vermeire, C. & Munynck, A.O.D. (1997) A Kenyan Community's Perception of Tuberculosis. *Trop Med Int Health*, 2 (8):809-21.
- Lienhardt, C., Sillah, J., Fielding, K., Donkor, S., Manneh, K., Warndorff, D., Bennet, S. & Adam, K.M. (2003) Risk Factor for Tuberculosis in Children in Contact with Infectious Tuberculosis Cases in The Gambia, West Africa. *J Pediatr*, 111:608-14.
- Mar'at (1981) *Sikap Manusia dan Pengukurannya*. Ghalia Indonesia, Jakarta.
- Marais, B.J., Gie, R.P., Schaaf, S., Beyers, N., Donald, P.R. & Starke, J.R. (2006) Childhood Pulmonary Tuberculosis, Old Wisdom and New Challenges. *Am J Respir Cell Mol Biol*, 173:1078-90.
- Needham, D.M., Foster, S.D., Tomlinson, G. & Godfrey-Faussett, P. (2001) Socio-economic, Gender and Health Services Factors Affecting Diagnostic Delay for Tuberculosis Patients in Urban Zambia. *Trop Med Int Health*, 6 (4):256-9.
- Nelson, L.J., Schneider, E., Wells, C.D. & Moore, M. (2004) Epidemiology of **Childhood Tuberculosis** in The United States, 1993–2001: The Need for Continued Vigilance. *J Pediatr*, 114 (2):333-41.
- Rahajoe, N.N., Basir, D., Makmuri, Kartasasmita, C.B. (2007) *Pedoman Nasional Tuberculosis Anak*. UKK Pulmonologi PP IDAI, Jakarta.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J. & Becker, M.H. (1990) The Health Belief Model: Explaining Health Behaviour Through Expectancies. In *Glanz, Rimer. Health Behaviour and Health Education; Theory, Research and Practice*. Jossey-Bass Publisher, San Francisco.
- Sarafino, E.P. (1998) *Health Psychology; Biopsychosocial Interaction*. Third Edition, John Wiley & Sons, New York.
- Seetfa, M.A., Srikantaramu, N., Anfja, K.S. & Sigh, H. (2006) Influence of Motivation of Patients and Family Members on the Drug Collection by Patient. *Ind J Tub*, 28 (4):182-90.
- Siagian, S.P. (2004) *Teori Motivasi dan Aplikasinya*. Cetakan ke-tiga, Rineka Cipta, Jakarta.
- Sheeran, P. & Abraham, C. (1995) *The Health Belief Model, in Predicting Health Behaviour*. Open University Press, Buckingham.
- Survei Kesehatan Rumah Tangga (1992) Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Jakarta.
- Survei Sosial Ekonomi Nasional (2000) *Statistik Kesejahteraan Rakyat: Welfare Statistik*, Badan Pusat Statistik, Jakarta.
- Theart, A.C., Marais, B.J., Gie, R.P., Hesselning, A.C. & Beyers, N. (2005) Criteria Used for the Diagnosis of Childhood Tuberculosis at Primary Health Care Level in a High-Burden, Urban Setting. *Int J Tuberc Lung Dis*, 9 (11):1210-4.
- Thind, A. & Andersen, R. (2003) Respiratory Illness in the Dominican Republic: Countries an Predictors for Health Services Unilitization of Young Children?. *Soc Sci Med*, 56:1173-82.
- Tipping, G. & Segal, M. (1995) *Health Care Seeking Behavior in Developing Countries an Annotated*

- Bibliography and Literature Review*,  
University of Sussex, Sussex.
- WHO. (2003) *Global Tuberculosis Control*, Geneva.
- \_\_\_\_\_. (2006) *Guidance for National Tuberculosis Programmes on the Management of Tuberculosis in Children*, Geneva.
- \_\_\_\_\_. (2007) *A Research Agenda for Childhood Tuberculosis*, Geneva.
- Winardi, J. (2002) *Motivasi dan Pemoivasian dalam Manajemen*, PT Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Yenie, H. (2003) *Hubungan Persepsi Ibu Orang Tua Tentang Penyakit Tuberkulosis dengan Kepatuhan Berobat Balita di RSUD Kabupaten Purworejo Jawa Tengah*. Tesis, Program Pascasarjana, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Zaman, K., Zeitlyn, S., Chakraborty, J., Francisco, A. & Yunus, M. (1997) Acute Lower Respiratory Infection in Rural Bangladesh Children: Patterns of Treatment and Identification of Barriers“. *Southeast Asia J of Trop Med Public Health*, 28(1):99-106.
- Zhang, T., Liu, X., Bromley, H. & Tang, S. (2007) Perception of Tuberculosis and Health Seeking Behaviour in Rural Inner Mongolia, China. *Health Policy*, 81:155-65.