

FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU MENULAR PADA PASIEN MDR-TB PARU DI RSUD DR SOEDARSO PONTIANAK

Endang Kurniawati¹, Abduh Ridha², Ismael Saleh³

Abstrak

TB-MDR merupakan penyakit menular, disebabkan terinfeksi kuman *M.tuberculosis* yang resisten terhadap inoziasid (INH) dan rifampisin. Transmisi terjadinya infeksi pada pasien TB MDR lebih berbahaya dibandingkan TB karena telah resisten terhadap OAT lini pertama yang potensinya paling kuat sehingga sulit disembuhkan. Kegagalan dalam melakukan pengobatan MDR TB tidak hanya merugikan pasien, tetapi juga meningkatkan penularan pada masyarakat. Perilaku pasien MDR-TB sangat berpengaruh terhadap penularan penyakit TB, karena jika pasien batuk dan bersin dapat menularkan terhadap orang disekitarnya melalui udara yang mengandung kuman dari percikan dahak yang mengandung kuman. Kejadian TB paru berdasarkan data dinas kesehatan yang melakukan pengobatan secara lengkap hanya 15% di tahun 2012 dan ditahun 2015 hanya 2%. Rendahnya pengobatan TB paru yang lengkap akan berisiko menjadi MDR-TB. TB MDR di Kalimantan Barat berjumlah 49 kasus, Pontianak merupakan Kasus MDR-TB terbanyak sebesar 53% dan terendah di Kota Singkawang sebesar 2%. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan perilaku menular Pada Pasien MDR-TB yang Berobat di Rs. Dr Soedarso Tahun 2016.

Penelitian ini menggunakan *desain Cross Sectional*. Sampel penelitian sebanyak 17 responden yang diambil dengan teknik *total sampling* menggunakan uji *chi-square* dengan tingkat kepercayaan 95%.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara persepsi menular ($p\ value = 0,004$), persepsi ancaman ($p\ value = 0,035$ PR= 7,1 CI 95% = 1,050 - 48,6) dengan perilaku menular MDR-TB. Variabel yang tidak berhubungan yaitu pendidikan ($p\ value= 0,129$), status ekonomi ($p\ value= 0,644$) dan kepemilikan BPJS ($p\ value= 0,057$).

Direkomendasikan untuk lebih meningkatkan dalam memberikan pemahaman serta motivasi agar pasien MDR-TB sadar bahwa penyakitnya akan mengancam dirinya dan orang lain serta dapat menularkan melalui perilakunya yang kurang baik.

Kata Kunci : MDR-TB, Persepsi, dan Perilaku Menular MDR-TB

Pustaka : 46 (1997-2015).

1. Peminatan PKIP Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Pontianak Jln. Ahmad Yani No. 111 Pontianak. Email: Endang_kurniawati@Yahoo.Com. Handphone: 085252109560
2. Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Pontianak Jln. Ahmad Yani No. 111 Pontianak.
3. Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Pontianak Jln. Ahmad Yani No. 111 Pontianak.

**FACTORS ASSOCIATED WITH THE BEHAVIOR OF INFECTIOUS
PATIENTS AT PULMONARY MDR-TB Hospital Dr Soedarso
PONTIANAK**

Endang Kurniawati¹, Abduh Ridha², Ismael Saleh³

ABSTARAK

MDR-TB is a contagious disease, caused M.tuberkolosis infected with the bacteria that are resistant to inoziacid (INH) and rifampicin. Transmission of infection in patients with MDR TB compared to TB more dangerous because it has been resistant to first-line OAT most powerful potential that is difficult to cure. Failure to carry out the treatment of MDR TB is not only detrimental to the patient, but also improve the transmission to the public. MDR-TB patient behavior affects the transmission of TB disease, because if the patient is coughing and sneezing can transmit to the people around him through the air containing the germs of droplets containing germs. One of the exposed group is a housewife who has a husband smoker. Pulmonary TB cases that occurred in West Kalimantan not only contributed by new patients (97.5%) but also relapse / re-treatment (2.5%) in the year 2015. In 2013 the number of smear-positive highest in the age group 45-54 ie 20.54% of the year 973, the year 2014 is 20.29% of 833 patients and in 2015 mangalami shift in adolescents in the age group 25-34 years is 20.53% of 638. Genesis pulmonary TB based on data from the health department complete treatment only 15% in 2012 and by 2015 only 2%. Low treatment of pulmonary tuberculosis which would risk being full of MDR-TB. MDR TB in West Kalimantan totaled 49 cases, Pontianak is a case of MDR-TB majority of 53% and the lowest in Singkawang by 2%. This study aims to determine the Factors Associated with the behavior of infectious pulmonary tuberculosis in patients with pulmonary MDR-TB Treatment in Hospital Dr Soedarso 2016.

This study used cross sectional design. Samples are 17 respondents taken with total sampling technique using chi-square test with 95% confidence level.

The results showed that there was significant relationship between the perception of infectious (p value = 0.004), perception of threat (p value = 0,035 PR = 7.1 95% CI = 1.050 to 48.6) with the behavior of infectious MDR-TB. Variables are not related, education (p value = 0.129), economic status (p value = 0.644) and ownership BPJS (p value = 0.057).

Direkomendasikan to further improve in providing an understanding and motivation that MDR-TB patients are aware that the disease will threaten themselves and others and can transmit through his behavior is not good.

Keywords: MDR-TB, Perception, and Behavior Infectious MDR-TB

Bibliography: 46 (1997-2015).

PENDAHULUAN

TB merupakan urutan pertama penyakit menular penyebab kematian baik di perkotaan maupun di pedesaan. Permasalahan tersebut akan muncul tantangan dalam pengobatan TB di dunia dan Indonesia, antara lain kegagalan pengobatan, putus pengobatan, pengobatan yang tidak benar. Sehingga mengakibatkan terjadinya kemungkinan resistensi primer kuman TB terhadap obat anti TB atau *Multi Drug Resistance* (MDR). TB-MDR merupakan penyakit TB yang telah mengalami resisten terhadap *Isoniazid* (INH) dan *Rifampicin*, serta satu atau lebih obat anti tuberkulosis (OAT) berdasarkan pemeriksaan laboratorium yang terstandar.¹

Berdasarkan laporan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2014) Indonesia pada tahun 2014 menempati urutan ke-9 di antara 27 negara yang mempunyai beban tinggi untuk MDR TB yaitu 4,9%. Di Indonesia kasus MDR TB selalu terjadi peningkatan setiap tahunnya, pada tahun 2012 di Indonesia terdapat 739 kasus baru TB dengan *Multi Drug Resistance* (TB MDR), meningkat menjadi 1377 kasus di tahun 2013 dan ditahun 2014 terjadi peningkatan menjadi 1716 kasus. Diperkirakan 2% dari kasus TB baru dan 12% dari kasus TB pengobatan ulang merupakan kasus TB MDR.²

Kejadian TB paru berdasarkan data dinas kesehatan provinsi hanya 15% di tahun 2012 yang melakukan pengobatan secara lengkap dan ditahun 2015 dari seluruh penderita TB paru yang melakukan pengobatan

secara lengkap hanya 2%. Rendahnya pengobatan TB paru yang lengkap akan semakin berbahaya karena penyakit TB jika pengobatan penyakit TB tidak lengkap penderita sewaktu-waktu akan kambuh kembali penyakitnya dan kuman tuberkulosis menjadi resisten yang biasa disebut MDR-TB. Kejadian TB MDR di Kalimantan Barat berjumlah 49 kasus yang tersebar di 14 provinsi, Pontianak merupakan Kasus MDR-TB terbanyak sebesar 53% dan terendah di Kota Singkawang sebesar 2%.³

TB MDR (*tuberkolosis multi drugs resistance*) adalah kasus TB yang disebabkan oleh kuman *M.tuberkolosis* dimana kuman tersebut telah resisten terhadap inoziasid (INH) dan rifampisin. Transmisi terjadinya infeksi pada pasien TB MDR pada dasarnya sama dengan pasien TB, hanya kuman pada pasien TB paru MDR lebih berbahaya karena telah resisten terhadap OAT lini pertama yang potensinya paling kuat. Pada dasarnya pengendalian TB paru dengan MDR paru adalah sama, hanya pada pasien TB MDR harus mendapatkan perhatian lebih karena kumanya sudah resisten dan priode infeksius pasien TB MDR lebih lama dibanding pasien TB bukan MDR.⁴

Pengobatan terhadap pasien TB-MDR lebih sulit, mahal, dan memberikan hasil yang kurang memuaskan. Pengobatan TB-MDR terdiri dari dua tahap yaitu tahap awal dan tahap lanjutan yang memerlukan waktu 19 sampai 24 bulan. Kelompok kerja WHO Green Light Committee (GLC) membuat strategi pengobatan TB-MDR dengan promosi penggunaan rasional obat lini kedua dan meningkatkan

mutu obat lini kedua. Sejauh ini belum ditemukan OAT baru untuk mengatasi masalah TB- MDR. Beberapa penelitian klinis menunjukkan beberapa antimikroba (makrolid, kuinolon, betalaktam) dapat digunakan sebagai OAT. Dari semua antimikroba golongan kuinolon dianggap mempunyai efektivitas sebagai anti TB. Saat ini dari uji klinis yang dilakukan belum dapat disimpulkan tentang terapi TB-MDR yang optimal.⁵

Kegagalan dalam melakukan pengobatan MDR TB tidak hanya merugikan pasien, tetapi juga meningkatkan penularan pada masyarakat. TB resistensi obat anti TB (OAT) pada dasarnya adalah suatu fenomena buatan manusia sebagai akibat dari pengobatan pasien TB yang tidak adekuat yang menyebabkan terjadinya penularan dari pasien TB-MDR ke orang lain/masyarakat. TB-MDR masih berpeluang untuk disembuhkan, jika pasien menelan obat secara teratur hingga selesai, akan tetapi jika tidak diatasi dengan baik dapat menyebabkan kematian.⁶

Penyakit TB biasanya menyerang sebagian besar kelompok usia kerja produktif, kelompok ekonomi lemah, dan berpendidikan rendah. Pada pengobatan yang tidak teratur dan kombinasi obat yang tidak lengkap di masa lalu diduga telah menimbulkan kekebalan ganda kuman TB terhadap OAT atau MDR. Untuk itu dibuat program penanggulangan TB dengan tujuan jangka panjang, yaitu dengan menurunnya angka kesakitan dan angka kematian penyakit TB dengan cara memutuskan rantai penularan.

Sehingga, penyakit TB tidak lagi merupakan masalah kesehatan masyarakat Indonesia. Sedangkan dalam jangka pendek, yaitu tercapainya angka kesembuhan minimal 85% dari semua penderita baru BTA positif yang ditemukan.⁷

Perilaku pasien MDR-TB sangat berpengaruh terhadap penularan penyakit TB, karena jika pasien batuk dan bersin dapat menularkan terhadap orang disekitarnya melalui udara yang mengandung kuman dari percikan dahak yang mengandung kuman. Dalam pencegahan penularan MDR-TB terhadap keluarga dan masyarakat yaitu pengobatan tidak boleh sampai putus, tutup hidung dan mulut ketika batuk dan bersin, jangan membuang dahak sembarangan, buka jendela dan pintu agar udara segar bisa masuk dan jangan berbagi tempat tidur dengan orang lain sampai dokter menyatakan bahwa pasien tidak lagi menularkan TB.⁶

Faktor risiko kejadian MDR-TB meliputi motivasi penderita yang rendah dan ketidakteraturan berobat.⁸ Sedangkan beberapa faktor yang berhubungan meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status perkawinan, perilaku mengkonsumsi gizi, perilaku olah raga dan perilaku pemanfaatan sarana pelayanan.⁹

Pasien TB paru yang teridentifikasi sebagai TB-MDR 1,45%. Karakteristik pasien TB-MDR berjenis kelamin laki-laki, berada pada kelompok umur 25–44 tahun, dan berstatus sosial sebagai pasien Jamkesmas/ Jamkesda/ Gakin dengan diagnostik sebagian besar pasien TB-MDR datang berobat

dengan keluhan utama batuk lama, hasil foto toraks dengan gambaran TB paru lama aktif, dan hasil pewarnaan basil tahan asam (BTA) menunjukkan hasil positif.¹⁰ faktor yang berhubungan terhadap pengetahuan MDR-TB yaitu pendidikan yang rendah.¹¹

Dalam hal kepatuhan terhadap pengobatan MDR-TB, dukungan keluarga memiliki peranan yang besar dalam hal memberikan dorongan berobat kepada pasien. Keluarga adalah orang yang pertama tahu tentang kondisi sebenarnya dari penderita MDR-TB dan orang yang paling dekat serta berkomunikasi setiap hari dengan penderita. Dorongan anggota keluarga untuk berobat secara teratur dan adanya dukungan keluarga yang menjalin hubungan yang harmonis dengan penderita membuat penderita diuntungkan lebih dari sekedar obat saja, melainkan juga membantu pasien tetap baik dan patuh meminum obatnya. Pengaruh peran keluarga terhadap kepatuhan minum obat penderita sangat besar. Namun sebaliknya, penderita memiliki alasan tersendiri untuk tidak melanjutkan pengobatan. Pada umumnya, alasan responden menghentikan pengobatan karena paket obat terlalu banyak dan besar, merasa sudah sembuh yang ditandai dengan batuk yang berkurang, perasaan sudah enak badan, sesak nafas berkurang, nafsu makan baik.¹² Efek dalam pengobatan MDR-TB memiliki efek samping yaitu mual (79,8%), muntah (78,9%), artalgia (78,9%), gangguan pendengaran (59,6%), gangguan psikiatri (53,3%), hipokalemia (52,6%), diare (49,1%), hiperurisemia (37,7%), nyeri tempat

suntikan (21,9%) dan gangguan tidur (18,4%)²¹.

Rumah sakit Dr Soedarso Pontianak merupakan salah satu rumah sakit di Kota Pontianak, rumah sakit inilah yang menjadi rujukan pasien MDR-TB di Kota Pontianak. Kasus MDR-TB yang dilakukan pengobatan saat ini sebesar 17 pasien dari 49 kasus yang tersebar diberbagai Kabupaten di KalBar. Pentingnya pengobatan penderita MDR tuberkulosis paru dilakukan untuk meminimalisir risiko dari penyakit tersebut. Penyakit MDR TB sangat mudah menularkan terhadap orang lain karena telah resisten terhadap OAT lini pertama yang potensinya paling kuat sehingga perlu dilakukan penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku menular tuberkulosis paru pada pasien MDR tuberkulosis paru yang berobat di RSUD Dr Soedarso tahun 2016.

METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan rancangan penelitian observasional analitik dengan pendekatan *Cross Sectional* yaitu pengukuran terhadap variabel independen (pendidikan, persepsi menular, persepsi ancaman, setatus ekonomi dan kepemilikan BPJS) dan variabel dependen (perilaku menular MDR-TB) dilakukan secara bersamaan. Populasi dalam penelitian seluruh pasien MDR-TB yang berobat dirumah sakit Dr. Suedarso Pontianak. Pengambilan sampel dengan teknik *total sampling*. Besar sampel 17 pasien MDR-TB.

Analisis yang digunakan untuk melihat hubungan antara variabel independen dan dependen yaitu pendidikan, persepsi menular, persepsi ancaman, setatus ekonomi dan kepemilikan BPJS dengan perilaku menular MDR-TB menggunakan uji *chi-square*.

HASIL

Karakteristik

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Variabel penelitian di Rumah Sakit Rs. Dr. Suedarso .

Variabel	N	%
1. Perilaku Menular		
Menularkan	6	35,3
Tidak Menularkan	11	64,7
2. Pendidikan		
Rendah	12	70,6
Tinggi	5	29,4
3. Persepsi Menular		
Menular	9	52,9
Tidak Menular	8	47,1
4. Persepsi Ancaman		
Tidak Berbahaya	7	11,1
Berbahaya	10	88,9
5. Status Ekonomi		
Kurang mampu	7	41,2
Mampu	10	58,8
6. kepemilikan BPJS		
Tidak Memiliki	4	23,5
Memiliki	13	76,5

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan Perilaku menular dalam penelitian ini adalah tindakan berdasarkan pengakuan dan observasi terhadap responden. Proporsi pasien MDR-TB yang berperilaku menularkan 35,3% dan yang tidak menularkan sebanyak 64,7%.

Variabel Pendidikan dalam penelitian ini dikategorikan menjadi 2 (dua) yaitu pendidikan pasien MDR-TB sebagian besar Rendah (70,6%) sedangkan tinggi sebanyak 29,4%. Variabel Persepsi menular dalam penelitian ini dideskripsikan menjadi 2 (dua) yaitu persepsi menular

sebagian besar menular (52,9%) sedangkan yang tidak menular sebanyak 47,1%. Pada variabel Persepsi ancaman dalam penelitian ini dideskripsikan menjadi 2 (dua) yaitu persepsi ancaman sebagian besar berbahaya (58,8%) sedangkan yang tidak berbahaya sebesar 41,2%.

Status ekonomi dalam penelitian ini dikategorikan menjadi 2 (dua) yaitu status ekonomi sebagian besar mampu (58,8%) sedangkan yang kurang mampu sebanyak (41,2%). Pada variabel Kepemilikan BPJS dalam penelitian ini dikategorikan menjadi 2 (dua) yaitu kepemilikan BPJS sebagian besar adalah ada yaitu 76,5% sedangkan yang tidak memiliki BPJS sebanyak 23,5%.

Tabel 2. Distribusi Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Menular Pada Pasien Mdr-Tb Paru Di Rs. Dr Soedarso Pontianak

Variabel	Perilaku Menular		Total	P value
	Ya	Tidak		
1. Pendidikan				0,304
Rendah	5	5	10	
Tinggi	1	6	7	
2. Persepsi Menular				0,009
Menular	6	3	9	
Tidak Menular	0	8	8	
3. Persepsi Ancaman				0,035
Tidak berbahaya	5	2	7	
Berbahaya	1	9	10	
4. Status Ekonomi				0,644
Kurang mampu	3	7	10	
Mampu	3	11	17	
5. Kepemilikan BPJS				0,099
Tidak Memiliki	3	1	4	
Memiliki	3	10	13	

Responden yang pendidikanya rendah, cenderung berperilaku Menular MDR-TB yaitu (50%) lebih besar dibandingkan

dengan pendidikannya rendah (14,3%). Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *fisher's exact test* dinyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan perilaku menular MDR-TB (p value = 0,304).

Responden yang memiliki persepsi menular MDR-TB menular, cenderung berperilaku menular yaitu (66,7%) lebih besar dibandingkan dengan responden yang memiliki persepsi menular MDR-TB tidak menular. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *fisher's exact test* dinyatakan bahwa terdapat hubungan antara persepsi menular terhadap perilaku menular MDR-TB (p value = 0,009).

Responden yang memiliki persepsi ancaman terhadap MDR-TB tidak berbahaya, cenderung berperilaku menular yaitu (71,4%) lebih besar dibandingkan dengan responden yang memiliki persepsi ancaman penyakit MDR-TB berbahaya (10%). Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *fisher's exact test* dinyatakan bahwa terdapat hubungan antara persepsi ancaman terhadap perilaku menular MDR-TB (p value = 0,035). Prevalensi responden yang berperilaku menular pada kelompok yang memiliki persepsi ancaman tidak berbahaya terhadap perilaku menular MDR-TB 7,143 kali lebih besar dibandingkan pada kelompok yang memiliki persepsi ancaman berbahaya terhadap perilaku menular MDR-TB.

Responden yang status ekonomi kurang mampu, cenderung berperilaku menular yaitu (42,9%) lebih besar dibandingkan dengan yang status ekonominya mampu (30%). Hasil uji statistik dengan

menggunakan uji *fisher's exact test* dinyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara status ekonomi dengan perilaku menular MDR-TB (p value = 0,644).

Responden yang tidak memiliki BPJS, cenderung berperilaku menular yaitu (75%) lebih besar dibandingkan dengan yang memiliki BPJS (23,1%). Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *fisher's exact test* dinyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara kepemilikan BPJS terhadap perilaku menular MDR-TB (p value = 0,099).

PEMBAHASAN

Karakteristik pekerjaan pasien MDR-TB dalam penelitian ini adalah kebanyakan bekerja di bidang wiraswasta yaitu 47,1%, ada beberapa pasien yang berjualan. Berbeda halnya penelitian sebelumnya bahwa pekerjaan terbanyak sebagai ibu rumah tangga 33,9%.¹¹ Hal ini akan berinteraksi dengan orang lain ditempat kerja yang berisiko menularkan terhadap orang lain sehingga sangat diperlukan untuk berperilaku tidak menularkan.

Jenis kelamin pasien MDR-TB sebagian besar laki-laki yaitu 58,8% dengan usia rata-rata 41,65 tahun. Hasil penelitian sejalan dengan penelitian terdahulu, yang menyatakan bahwa laki-laki (64%) lebih berisiko terkena MDR-TB dibanding perempuan (36%).²² Angka kejadian MDR-TB paru lebih tinggi pada laki-laki diduga akibat perbedaan pajanan dan risiko infeksi¹³. Hal ini karena laki-laki sebagian besar mempunyai kebiasaan merokok, minum alkohol, dan menggunakan obat-obatan terlarang.

Selain itu, pekerjaan, berat badan dan rata-rata hemoglobin merupakan hal yang menyebabkan laki-laki lebih rentan mengalami kekambuhan.

Pasien MDR-TB sebagian besar pada usia dewasa awal dan akhir yang memiliki aktivitas yang tinggi di luar rumah, sehingga memungkinkan untuk mereka harus kontak dengan banyak orang, asap dan debu. Pasien MDR-TB tersebut harus bekerja dan berinteraksi terhadap orang banyak sehingga sangat diperlukan perilaku-perilaku agar tidak dapat menularkan terhadap orang lain karena penyakit ini sangat berbahaya dan dapat menular.

Status ekonomi pada pasien MDR-TB sebagian besar mampu yaitu sebesar 58,8% dan yang kurang mampu 41,2%. Status ekonomi yang kurang mampu akan berpengaruh terhadap perilaku menular MDR-TB seperti halnya pada kepemilikan kamar yang terbatas sehingga tidak ada kamar khusus untuk penderita MDR-TB yang mengakibatkan adanya kemungkinan keluarga yang tidur bersama dengan pasien MDR-TB sebesar 23,5%.

Tingkat pendidikan merupakan landasan seseorang dalam berbuat sesuatu, membuat lebih mengerti dan memahami sesuatu, atau menerima dan menolak sesuatu. Tingkat pendidikan yang rendah (70,6%) akan cenderung berpengaruh terhadap perilaku menular MDR-TB terutama pada pentingnya menyiapkan tempat khusus membuang ludah yang aman, mencuci tangan setelah batuk, menggunakan masker setiap hari dan lain-lain.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pendidikan

responden berpendidikan rendah yaitu (70,6%) diantaranya yang tamat SD (23,5%), dan tamat SMP (35,3). Terdapat kecenderungan yang pendidikannya rendah, cenderung berperilaku Menular MDR-TB yaitu (50%) lebih besar dibandingkan dengan pendidikannya rendah (14,3%). Analisis statistik menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan perilaku menular MDR-TB ($p\text{ value} = 0,304$).

Berdasarkan hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa pendidikan tidak berhubungan dengan perilaku menular MDR-TB. Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan pengetahuan MDR-TB di Poli paru Puskesmas Jagakarsa Depok¹² serta penelitian lain yang menunjukkan bahwa tingkat pendidikan tinggi secara signifikan dapat melindungi seseorang dari serangan penyakit TB.¹⁴ Hal tersebut bisa terjadi karena berdasarkan hasil temuan di lapangan pada saat penelitian responden sudah memiliki tingkat pengetahuan yang cukup baik. Dimana beberapa responden sudah mampu menjelaskan dengan benar berbagai cara penularan penyakit TB.

Sekolah menjadi bagian dari pendidikan kesehatan karena tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh terhadap pengetahuan seseorang, diantaranya mengenai rumah yang memenuhi syarat kesehatan dan pengetahuan penyakit TB paru sehingga dengan pengetahuan yang cukup, maka seseorang akan mencoba untuk mempunyai perilaku hidup bersih dan sehat. Selain itu, tingkat pendidikan seseorang akan

berpengaruh terhadap jenis pekerjaannya.⁹

Pengetahuan akan berpengaruh kepada perilaku sebagai hasil jangka menengah. Selanjutnya perilaku akan berpengaruh pada meningkatnya indikator kesehatan masyarakat sebagai keluaran pendidikan kesehatan.¹⁵

Pengetahuan tentang tuberkulosis dan pengobatannya serta penularan TB seharusnya bertambah seiring dengan tingkat pendidikan yang didapat. Tingkat pendidikan responden menjadi faktor penentu dari semua proses pendidikan kesehatan. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi, tidak diragukan lagi membantu pasien untuk memahami pesan-pesan pendidikan. Selain itu, pasien tersebut memiliki kesempatan yang lebih baik untuk menemukan pengetahuan yang cukup tentang penyakit tuberkulosis dari berbagai media yang ada.

Tidak bermaknanya variabel tingkat pendidikan dalam penelitian ini disebabkan karena tidak selamanya penderita yang berpendidikan rendah tingkat pengetahuannya tentang penyakit TB rendah, dan juga tidak semua yang berpendidikan menengah ke atas pengetahuan tentang TB tinggi. Saat ini sudah banyak media yang memberikan informasi tentang pentingnya pengobatan TB secara cuma-cuma dan sering tayang di televisi, para penyiar radio dan iklan di radio pun saat ini banyak yang memberikan informasi tentang pengobatan TB. Leaflet-leaflet yang ada di puskesmas, spanduk-spanduk dan poster-poster yang tersebar juga banyak memberikan informasi tentang TB dan pengobatannya. Oleh karena itu, media elektronik dan

media cetak banyak memberikan informasi kepada responden.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pasien MDR-TB yang memiliki persepsi tidak berbahaya (52,9%). Terdapat kecenderungan proporsi memiliki persepsi menular MDR-TB tidak berbahaya, cenderung berperilaku menular yaitu (66,7%) lebih besar dibandingkan dengan responden yang memiliki persepsi menular MDR-TB berbahaya (0%). Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi-square* dinyatakan bahwa terdapat hubungan antara persepsi menular terhadap perilaku menular MDR-TB ($p\text{ value}=0,009$).

Berdasarkan hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara persepsi menular dengan perilaku menular MDR-TB. Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa terdapat hubungan antara persepsi tertular dengan perilaku deteksi dini penyakit Tb paru di Puskesmas 1 Denpasar Selatan.¹⁶

Persepsi adalah kemampuan otak dalam menerjemahkan stimulus atau proses untuk menerjemahkan stimulus yang masuk ke dalam alat indera manusia. Persepsi manusia terdapat perbedaan sudut pandang dalam penginderaan. Ada yang mempersepsikan sesuatu itu baik atau persepsi yang positif maupun persepsi negatif yang akan mempengaruhi tindakan manusia yang tampak atau nyata.¹⁷

Perilaku menular MDR-TB pada pasien sangat berdampak pada orang lain disekitarnya sehingga pasien MDR-TB harus memiliki persepsi yang positif dengan keadaan tersebut. Sangat diharapkan

seseorang yang memiliki penyakit TB maupun MDR-TB disarankan untuk memiliki persepsi berbahaya terhadap penyakitnya agar berperilaku tidak menularkan terhadap orang lain dengan cara meningkatkan pengetahuan kepada pasien sehingga perlu ditingkatkan penyuluhan kepada pasien MDR-TB dan keluarganya mengenai tingkat kebahayaannya penyakit MDR-TB serta perilaku-perilaku yang dapat menularkan terhadap keluarga dan orang lain jadi pasien tidak hanya mengetahui pengertian TB saja tetapi harus diberikan motivasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian sebagian besar persepsi ancaman terhadap MDR-TB berbahaya yaitu (59%). Hasil analisis bivariat menunjukkan terdapat kecenderungan persepsi ancaman terhadap MDR-TB tidak berbahaya, cenderung berperilaku menular yaitu (71,4%) lebih besar dibandingkan dengan responden yang memiliki persepsi ancaman penyakit MDR-TB berbahaya (10%). Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi-square* dinyatakan bahwa terdapat hubungan antara persepsi ancaman terhadap perilaku menular MDR-TB ($p\ value = 0,035$). Prevalensi responden yang berperilaku menular pada kelompok yang memiliki persepsi ancaman tidak berbahaya terhadap perilaku menular MDR-TB 7,143 kali lebih besar dibandingkan pada kelompok yang memiliki persepsi ancaman berbahaya terhadap perilaku menular MDR-TB.

Berdasarkan hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara persepsi ancaman dengan perilaku menular MDR-TB. Penelitian ini sejalan dengan

penelitian sebelumnya bahwa terdapat hubungan antara persepsi ancaman dengan perilaku deteksi dini penyakit Tb paru di Puskesmas 1 Denpasar Selatan.¹⁶

Persepsi yang paling pertama menentukan perilaku kesehatan seseorang untuk bertindak adalah persepsi ancaman penyakit. Persepsi ancaman ditentukan oleh adanya perasaan mudah tertular atau terjangkit penyakit TB paru/MDR-TB dan adanya dampak yang parah atau serius dirasakan dari penyakit atau masalah kesehatan tersebut. Tinggi atau rendahnya persepsi ancaman seseorang terhadap penyakit TB paru/MDR-TB, dipengaruhi oleh kemampuan seseorang untuk memahami informasi atau pengetahuan tentang TB/MDR-TB paru yang diperolehnya baik dari media maupun petugas kesehatan.¹⁷ Pemahaman tersebut kemudian dihubungkan dengan pengalamannya selama bersama dengan keluarga dan orang lain di lingkungannya. Hasil dari pemahaman informasi dan pengalaman selama dengan keluarga dan orang lain seharusnya dipakai untuk menilai kondisi dirinya (persepsi). Pada penelitian ini persepsi ancaman yang rendah cenderung menyebabkan berperilaku menularkan penyakit MDR-TB.

Perilaku menular MDR-TB pada pasien sangat berdampak pada orang lain disekitarnya sehingga pasien MDR-TB harus memiliki persepsi yang positif dengan keadaan tersebut. Sangat diharapkan seseorang yang memiliki penyakit TB maupun MDR-TB disarankan untuk memiliki persepsi ancaman terhadap penyakitnya agar berperilaku tidak menularkan terhadap orang lain

dengan cara meningkatkan pengetahuan kepada pasien sehingga perlu ditingkatkan penyuluhan kepada pasien MDR-TB dan keluarganya mengenai tingkat kebayaannya penyakit MDR-TB serta perilaku-perilaku yang dapat menularkan terhadap keluarga dan orang lain jadi pasien tidak hanya mengetahui pengertian TB saja tetapi harus diberikan motivasi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa status ekonomi sebagian besar mampu (58,8%). Hasil analisis bivariat menunjukkan terdapat kecenderungan status ekonomi kurang mampu, cenderung berperilaku menular yaitu (42,9%) lebih besar dibandingkan dengan yang status ekonominya mampu (30%). Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi-square* dinyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara status ekonomi dengan perilaku menular MDR-TB ($p\ value = 0,644$).

Berdasarkan hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa pendapatan atau status ekonomi tidak berhubungan dengan perilaku menular MDR-TB. Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa tidak ada hubungan antara status ekonomi dengan kekambuhan MDR-TB/TB paru.¹⁸ Berbeda halnya dengan hasil penelitian lain yang menyebutkan bahwa seseorang dengan pendapatan rendah memiliki risiko terkena MDR-TB 10,36 kali lebih besar dibandingkan dengan orang yang pendapatannya tinggi.¹⁹

Tidak bermaknanya variabel status ekonomi dalam penelitian ini disebabkan karena lebih dari 50% yaitu sebesar 58,8% responden yang mampu, memiliki kesamaan yaitu

hidup pada keluarga dengan status ekonomi rendah dengan pendapatan dan tanggungan keluarga. Adanya kesamaan karakteristik status ekonomi kurang mampu dan mampu, maka tiap kelompok mempunyai peluang yang sama untuk berperilaku menular MDR-TB. Berdasarkan hal tersebut, maka variabel status ekonomi pada penelitian ini bukan merupakan faktor risiko perilaku menular MDR-TB, tetapi mungkin karena pengaruh faktor lain yang lebih dominan.

Hasil penelitian menunjukkan proporsi kepemilikan BPJS sebagian besar adalah ada yaitu 76,5%. Hasil analisis bivariat menunjukkan terdapat kecenderungan proporsi yang tidak memiliki BPJS, cenderung berperilaku menular yaitu (75%) lebih besar dibandingkan dengan yang memiliki BPJS (23,1%). Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi-square* dinyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara kepemilikan BPJS terhadap perilaku menular MDR-TB ($p\ value = 0,099$).

Perilaku menular MDR-TB jika diakitkan dengan kepemilikan BPJS yaitu perilaku pasien dalam melakukan pengobatan karena jika tidak berobat secara teratur maka akan berisiko menularkan terhadap orang lain. Sikap adalah predisposisi untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku tertentu, sehingga sikap bukan hanya kondisi internal psikologis yang murni dari individu itu sendiri tetapi sikap lebih merupakan proses kesadaran yang sifatnya individual. Melalui, sikap kita memahami proses kesadaran yang menentukan tindakan nyata dan tindakan yang

mungkin dilakukan individu dalam kehidupan sosialnya.¹⁷

Kurangnya pengetahuan tentang pengobatan MDR-TB Paru pada penderita akan berpengaruh terhadap kesembuhan penderita. Hal tersebut akan mengakibatkan tidak tuntasnya pengobatan MDR-TB Paru dan kebosanan pada penderita dalam mengkonsumsi OAT karena pengobatan MDR-TB memerlukan waktu yang relatif lama.²⁰

Tidak bermaknanya variabel kepemilikan BPJS ini karena dalam penelitian dilapangan bahwa dalam pengobatan MDR-TB tidak dipungut biaya sehingga yang memiliki BPJS maupun tidak itu sama saja. Klinik MDR-TB ini merupakan program pemerintah sehingga pengobatan pada pasien MDR-TB tidak dipungut biaya dan bahkan ada pemberian uang transport yang diberikan dalam 3 bulan sekali, pasien yang menderita MDR-TB paru hanya membayar dalam pengujian laboratorium saja.

KESIMPULAN

1. Ada hubungan antara persepsi menular dan persepsi ancaman dengan perilaku menular pada pasien MDR-TB yang berobat di Rumah Sakit Dr. Suedarso Pontianak.
2. Tidak ada hubungan antara pendidikan, status ekonomi dan kepemilikan BPJS terhadap perilaku menular MDR-TB di Rumah Sakit Dr. Suedarso Pontianak.

SARAN

1. Bagi RSUD Dr. Suedarso Pontianak Pihak rumah sakit lebih meningkatkan penyuluhan serta

edukasi terhadap pasien dan keluarganya, agar dapat memotivasi dan mengetahui tingkat kebahayaanya dan ancaman penyakit MDR-TB serta perilaku-perilaku untuk mencegah penularan MDR-TB baik terhadap keluarganya maupun orang lain disekitarnya.

2. Untuk meningkatkan program pengobatan TB agar penderita TB Dapat sembuh dan tidak mencapai MDR-TB serta melakukan promosi yang menekankan bahwa perilaku pasien MDR-TB yang kurang baik akan berisiko menularkan terhadap orang lain disekitarnya dan risiko MDR-TB selain pada pasien akan mengancam kepada orang lain yang tertular. Memfasilitasi keperluan pasien untuk penyembuhan dan pencegahan penularan seperti pengadaan masker gratis untuk pasien, pengadaan kamar khusus pasien jika kamarnya terbatas dan membagikan tempat ludah yang aman.
3. Bagi Peneliti Lainnya Untuk melakukan penelitian secara meluas yang tidak hanya dikota tetapi di daerah daerah agar mendapatkan informasi mengenai perilaku menular MDR-TB apakah sama antara di daerah perkotaan dan pedesaan yang memiliki pendidikan dan pengetahuan yang kemungkinan berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Bertin dan Tanggap Tirana, 2009. *Artikel Ilmiah: Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Pengobatan pada Pasien Tuberkulosis Paru dengan Resistensi Obat*

- Tuberkulosis di Wilayah Jawa Tengah.*
- [2] Kemenkes RI.,2015. *Obati Sampai Sembuh Tuberkulosis.* Jakarta: Pusat Data Dan Informasi 2015
- [3] Dinkes Kalimantan Barat, 2015. *Data Kejadian MDR-TB Paru.*
- [4] Dinkes Kalimantan Barat, 2015. *Data Kejadian MDR-TB Paru.*
- [5] Modul Pengobatan Infeksi, 2013. *Pelatihan Pengobatan MDR-TB.* Sub Direktoral Tuberkulosis.
- [6] P2TB, Prov. Kalbar, 2014. *Model Mikro Training MPTRO rogram TB di RSUD.*Kemenkes RI.
- [7] Crofton, J. dkk. 2002. *Tuberkulosis Klinis.* Jakarta: Widya Medika.
- [8] Sarwani D. Nurlaela S. Zahrotul I. 2012. Faktor Risiko Multidrug resistant tuberculosis. *Jurnal Kesehatan Masyarakat.*Vol: 8 No:1 Hal: 60-69.
- [9] Mulyanto. H. 2014. Hubungan Lima Idikator Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Dengan TB-MDR. *Jurnal Berkala Epidemiologi.* Vol:2 No:3 Hal:355-367.
- [10] Awad. M.F. 2013. Karakteristik pasien TB Paru dengan MDR-TB. *Skripsi* (Di Publikasikan). Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. Makassar.
- [11] Linda .D.O. 2012, Hubungan Karakteristik Klien TB dengan Pengetahuan tentang MDR-TB.*Skripsi* (Di Publikasikan). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Jakarta
- [12] Modul Pengendalian Infeksi, 2013. *Pelatihan Pengendalian TB Resisten Obat.*Sub Direktoral Tuberkulosis.
- [13] Zainul, Muh. 2009, Hubungan Kebiasaan Merokok Dengan Konversi Sputum Penderita TB Paru di Klinik Jemedi Medan. *Skripsi* (Di Publikasikan). Fakultas Kedokteran Unversitas Sumatra Utara. Medan.
- [14] Shetty N., et.al. 2006. An Epidemiological Evaluation of Risk Factors for Tuberculosis in South India: A Matched Case Control Study. *Journal Tuberc Lung Dis.* Vol.1 Hal. 80-86.
- [15] Notoatmodjo.S, 2007. *Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku.* Jakarta:Renika Cipta.
- [16] Agung, G. Sawitri, S. dan Wirawan, D. 2012 . Rendahnya proporsi kontak yang melakukan deteksi dini tuberkulosis paru di Puskesmas I Denpasar Selatan. *Journal Public Health and Preventive Medicine Archive,* Vol 1, No.1.
- [17]Notoatmodjo. S, 2010, *Ilmu Perilaku Kesehatan,* Jakarta, Rineka Cipta.
- [18] Sianturi R. 2013.Analisis Factor Yang Berhubungan Dengan Kekambuhan TB Paru. *Skripsi* (Di Publikasikan). *Jurusan Ilmu Kesehatan*

*Masyarakat Universitas
Negri Semarang.*

- [19] Casal, M. dkk. 2005. A Case-Control Study for Multidrug-Resistant Tuberculosis: Risk Factors in Four European Countries. *Journal Microbial Drug Resistance*, Vol.(1) Hal. 62-67.
- [20] PPI TB. 2013. *Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Tuberculosis*. Kemenkes RI
- [21] Reviano, Kusnanto, Eko, Pakiding dan Nurwidiasih, MDR-TB Tinjauan Epidemiologi Dan Faktor Risiko Efek Samping Obat Anti TB. *Jurnal MKB* Vol.46 No.4 Hal 189-196.
- [22] Soomro Jamil. 2009, Factors Associated With Relapsed Tuberculosis In Males and Females. *Jurnal A Comparative Study*. Hal. 22-27.