

HASIL PENELITIAN SKRIPSI



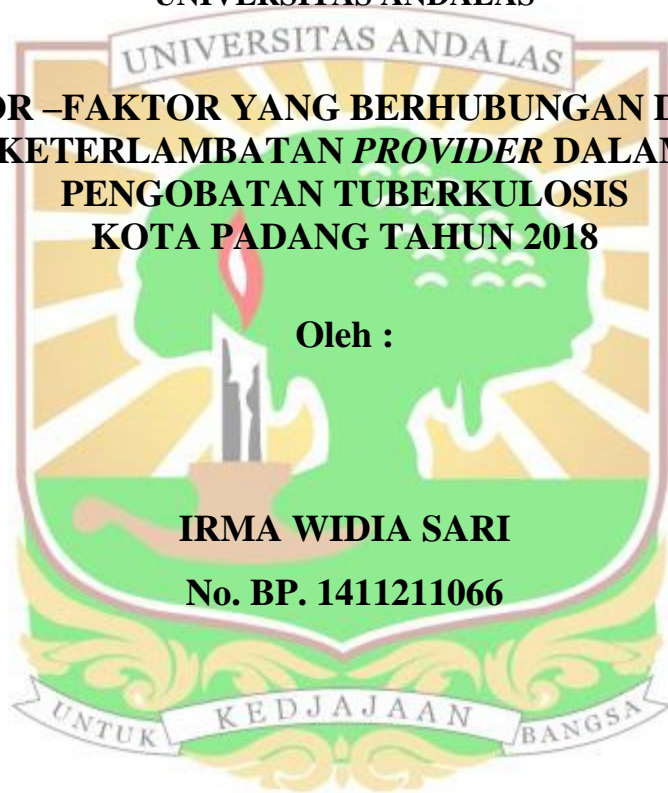
UNIVERSITAS ANDALAS

**FAKTOR –FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KETERLAMBATAN *PROVIDER* DALAM
PENGobatan TUBERKULOSIS
KOTA PADANG TAHUN 2018**

Oleh :

IRMA WIDIA SARI

No. BP. 1411211066



**Diajukan Sebagai Pemenuhan Syarat Untuk Mendapatkan
Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS ANDALAS 2018**

PERNYATAAN PENGESAHAN

DATA MAHASISWA:

Nama Lengkap : Irma Widia Sari
Nomor Buku Pokok : 1411211066
Tanggal Lahir : 17 Mei 1995
Tahun Masuk : 2014
Peminatan : Epidemiologi dan Biostatistik
Nama Pembimbing Akademik : Denas Symon, MCN
Nama Pembimbing I : Ade Suzana Eka Putri, SKM, M.CommHealth, P.hD
Nama Pembimbing II : Vivi Triana, SKM, MKM
Nama Penguji I : Dr.Masrizal Dt. Mangguang, SKM., M.Biomed
Nama Penguji II : dr. Wihardi Triman, MQIH

JUDUL PENELITIAN :

FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KETERLAMBATAN
PROVIDER DALAM PENGOBATAN TUBERKULOSIS KOTA PADANG
TAHUN 2018

Menyatakan bahwa yang bersangkutan telah memenuhi persyaratan akademik dan administrasi untuk mengikuti **ujian hasil penelitian** skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas.

Padang, April 2018

Mengetahui

Ketua Departemen Epidemiologi
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Andalas

Mengesahkan

Ketua Prodi S1
Kesehatan Masyarakat
Universitas Andalas

Vivi Triana, SKM, MPH
NIP. 1976602004200501

Ade Suzana Eka Putri, PhD
NIP.198106052006042001

PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

**FAKTOR –FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KETERLAMBATAN *PROVIDER* DALAM
PENGobatan TUBERKULOSIS
KOTA PADANG TAHUN 2018**



Ade Suzana Eka Putri, SKM, M. Comm Health Sc, PhD
NIP. 198006052006042001

Vivi Triana, SKM, MPH
NIP. 1976602004200501

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama Lengkap : Irma Widia Sari
Nomor Buku Pokok : 1411211066
Tanggal Lahir : 17 Mei 1995
Tahun Masuk : 2014
Peminatan : Epidemiologi dan Biostatistik
Nama Pembimbing Akademik : Denas Symon, MCN
Nama Pembimbing I : Ade Suzana Eka Putri, SKM, M.CommHealth, P.hD
Nama Pembimbing II : Vivi Triana, SKM, MPH
Nama Penguji I : Dr.Masrizal Dt. Mangguang, SKM., M.Biomed
Nama Penguji II : dr. Wihardi Trimam, MQIH

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam **penulisan hasil skripsi** saya yang berjudul :

“FAKTOR–FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KETERLAMBATAN PROVIDER DALAM PENGOBATAN TUBERKULOSIS KOTA PADANG TAHUN 2018”

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, April 2018

Irma Widia Sari
No.BP:1411211066

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS ANDALAS**

Skripsi, April 2018

Irma Widia Sari, No.BP.1411211066

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KETERLAMBATAN *PROVIDER* DALAM PENGOBATAN TUBERKULOSIS
KOTA PADANG TAHUN 2018**

x + 65 halaman, 9 tabel, 4 gambar, 9 lampiran

ABSTRAK

Tujuan

Keberhasilan pengobatan Tuberkulosis paru di Kota Padang sebesar 81,3%, masih dibawah target nasional yaitu 85%. Rendahnya angka keberhasilan pengobatan ditentukan oleh ketidakpatuhan pasien TB untuk menjalani pengobatan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan serta penemuan kasus secara mikroskopis. Rendah penemuan kasus akan mengalami penundaan pengobatan (keterlambatan pengobatan). Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor –faktor yang berhubungan dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan tuberkulosis kota padang tahun 2018.

Metode

Jenis penelitian kuantitatif dengan pendekatan *Cross Sectional*. Populasi semua pasien TB Paru BTA positif yang masih menjalani pengobatan berjumlah 430 orang, sampel 238 orang ditetapkan menggunakan *Proportional Random Sampling*. Data dianalisis secara univariat dan bivariat dengan uji *chi square*.

Hasil

Hasil univariat adalah 31% responden yang mengalami keterlambatan, 9,6% responden mengunjungi fasilitas kesehatan pertama ke tidak penyedia layanan TB, 22,7% responden tidak mendapatkan tindakan yang sesuai dengan gejala tuberkulosis, dan 16,2% responden memiliki penyakit penyerta (HIV/DM). Hasil uji statistik menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara fasilitas kesehatan pertama yang dikunjungi ($p=0,043$), tindakan awal pelayanan kesehatan ($p=0,0001$) dengan keterlambatan *provider* pada pengobatan tuberkulosis. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara penyakit penyerta dengan keterlambatan *provider* pada pengobatan tuberkulosis ($p=0,855$).

Kesimpulan

secara statistik, terdapat hubungan yang signifikan antara tindakan awal pelayanan kesehatan dan fasilitas pertama dikunjungi dengan keterlambatan *provider* pada pengobatan TB Paru di Kota Padang. Disarankan kepada Dinas Kesehatan Kota Padang untuk dapat memberikan pelatihan diagnosis dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

Daftar Pustaka : 54 (1999-2017)

Kata Kunci : *provider*, tuberkulosis, pengobatan tuberkulosis

**FACULTY OF PUBLIC HEALTH
ANDALAS UNIVERSITY**

**Undergraduate Thesis, April 2018
Irma Widia Sari, No.BP.1411211066**

**RELATED FACTORS WITH PROVIDER DELAY IN THE TUBERCULOSIS
CITY OF PADANG IN 2018**

x + 65 pages, 9 tables, 4 pictures, 9 attachments

ABSTRACT

Objective

The success of medical treatment for lungs tuberculosis in Padang equal to 81.3%, still under national target amount 85%. Low number of success for medical treatment determined by incompliance of tuberculosis patients to follow the treatment in the Facility of Health also find the cases as microscopic. The low of innovation about the cases will affect to deferment of treatment delays. The purpose of research is knowing for some causes related to delay of provider for tuberculosis treatment in padang, 2018.

Method

Kind of method in the research is quantitative with cross sectional approach. Population of BTA positive of tuberculosis patients that still in treatment amounts 430 people. 238 sample dicide to use proportional random sampling. The data will be analyze as univariat and bivariat with chi square test.

Results

The result of univariat 31% respondents that have delay, 9,6% respondents visit health facilities to unprovider TB service, 22,7% respondents don't get treatment with symptom of tuberculosis, and 16,2% respondents have other disease such as HIV or Diabetes Millitus. The result of statistic test show that there is a relation between the first health facilities visited by patients ($p=0,043$), initial health care act ($p=0,0001$) with the delay of provider in tuberculosis treatment. There is no relation between the other disease with the delay of provider for tuberculosis treatment ($p=0,855$).

Conclusion

As statistic, there is significant relation between early health service and the first health facilities visited with the delay of provider in TB treatment in Padang. Suggestion for Padang health department to give training to diagnose and improve quality of health service.

References: 54 (1999 - 2017)

Keywords: provider, tuberculosis, tuberculosis treatment

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan hasil penelitian skripsi yang berjudul ***“Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Keterlambatan Provider Dalam Pengobatan Tuberkulosis Di Kota Padang Tahun 2018”***. Dalam menyusun hasil penelitian skripsi ini peneliti sangat banyak mendapat bantuan serta sumbangan gagasan dan pikiran dari berbagai pihak. Untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Defriman Djafri, SKM, MKM, PhD, Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas.
2. Ibuk Ade Suzana Eka Putri, SKM, M.Comm Health Sc, PhD, selaku Ketua Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas dan selaku pembimbing I yang telah membimbing dan memberikan arahan kepada penulis.
3. Ibuk Vivi Triana SKM, MPH selaku pembimbing II yang telah membimbing dan memberikan arahan kepada penulis.
4. Bapak Denas Symond, MCN selaku pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan dan dukungan kepada penulis selama masa perkuliahan.
5. Bapak Dr.Masrizal Dt. Mangguang, SKM., M.Biomed selaku penguji I yang telah memberikan kritik dan saran kepada penulis.
6. Bapak dr. Wihardi Triman, MQIH selaku penguji II yang telah memberikan kritik dan saran kepada penulis.

7. Seluruh dosen pengajar di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas yang telah memberikan ilmu pengetahuan kepada penulis.
8. Kepada orang tua dan saudara yang telah memberikan kasih sayang, dukungan moril dan materil kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
9. Teman-teman dan semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyelesaian skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Untuk itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari berbagai pihak yang sifatnya membangun. Penulis berharap semoga penyelesaian skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.



DAFTAR ISI

PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	
PERNYATAAN PENGESAHAN	
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	
ABSTRAK.....	i
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR ISTILAH/SINGKATAN.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
BAB 1 : PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.5 Ruang Lingkup Penelitian.....	9
BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Tuberkulosis.....	10
2.2 Keterlambatan Pengobatan (<i>Treatment Delay</i>).....	25
2.3 Keterlambatan <i>Provider</i>	26
2.4 Telaah Sistematis	31
2.5 Perbedaan Penelitian	33
2.6 Kerangka Teori.....	33
2.7 Kerangka Konsep.....	35
BAB 3 : METODE PENELITIAN	36
3.1 Jenis Penelitian.....	36

3.2 Waktu dan Tempat	36
3.3 Populasi dan Sampel	36
3.4 Definisi Operasional.....	39
3.5 Pengumpulan, Pengolahan dan Analisa Data.....	40
BAB 4 : HASIL PENELITIAN	42
4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	43
4.2 Karakteristik Responden	47
4.3 Analisis Univariat.....	48
4.3.1 Keterlambatan <i>Provider</i>	48
4.3.2 Fasilitas Kesehatan Pertama Dikunjungi	49
4.3.3 Tindakan Awal Pelayanan Kesehatan	49
4.3.4 Penyakit Penyerta.....	50
4.4 Analisis Bivariat.....	51
4.4.1 Hubungan Fasilitas Kesehatan Pertama Yang Dikunjungi dengan Keterlambatan <i>Provider</i>	51
4.4.2 Hubungan Tindakan Awal Pelayanan Kesehatan dengan Keterlambatan <i>Provider</i>	53
4.4.3 Hubungan Penyakit Penyerta dengan Keterlambatan <i>Provider</i>	54
BAB 5 : PEMBAHASAN	55
5.1 Keterbatasan Penelitian	55
5.2 Analisis Univarit	55
5.3 Analisis Bivariat.....	58
BAB 6 : KESIMPULAN DAN SARAN	64
6.1 Kesimpulan	64
6.2 Saran.....	65
DAFTAR PUSTAKA	66
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Telaah Sistematis	31
Tabel 3.1	Definisi Operasional	39
Tabel 4.1	Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden	47
Tabel 4.2	Distribusi Frekuensi Keterlambatan <i>Provider</i> pada Pengobatan Tuberkulosis di Kota Padang Tahun 2018.....	48
Tabel 4.3	Distribusi Frekuensi Fasilitas Kesehatan Pertama dikunjungi pada Pengobatan Tuberkulosis di Kota Padang Tahun 2018.....	49
Tabel 4.4	Distribusi Frekuensi Tindakan Awal Pelayanan Kesehatan yang dikunjungi pasien pada pengobatan Tuberkulosis	49
Tabel 4.5	Distribusi Frekuensi Penyakit Penyerta pada pasien Tuberkulosis di Kota Padang Tahun 2018.....	50
Tabel 4.6	Hubungan Fasilitas Kesehatan Pertama Yang Dikunjungi dengan Keterlambatan <i>Provider</i> Pada Pengobatan TB di Kota Padang Tahun 2018	51
Tabel 4.7	Hubungan Fasilitas Kesehatan Pertama Yang Dikunjungi dengan Keterlambatan <i>Provider</i> Pada Pengobatan TB di Kota Padang Tahun 2018	52
Tabel 4.8	Hubungan Tindakan Awal Pelayanan Kesehatan dengan Keterlambatan <i>Provider</i> Pada Pengobatan TB	53
Tabel 4.9	Hubungan Penyakit Penyerta dengan Keterlambatan <i>Provider</i> Pada Pengobatan TB di Kota Padang Tahun 2018.....	54

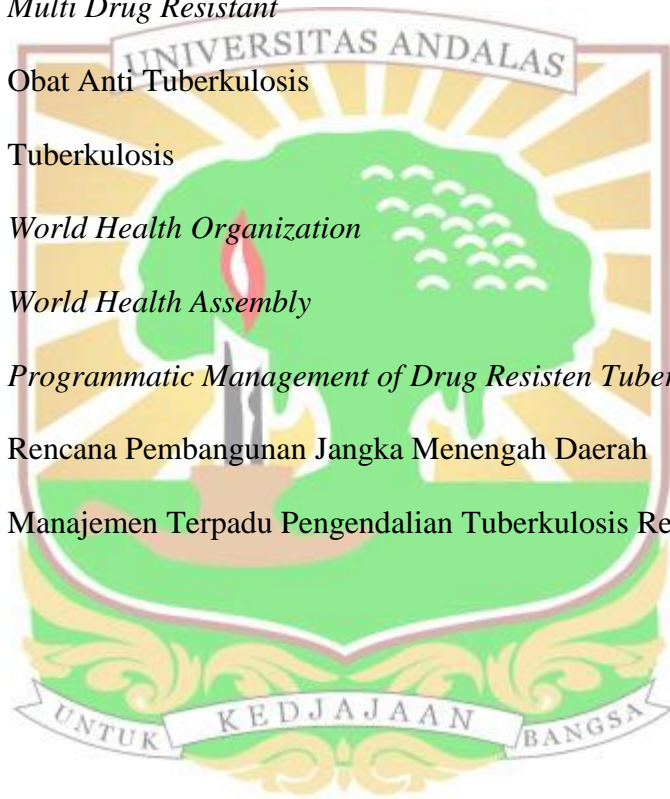
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Tahap penularan TB	13
Gambar 2.2 Delay pada penyakit TB	25
Gambar 2.3 Kerangka Teori Faktor – faktor yang mempengaruhi keterlambatan <i>provider</i> dalam pengobatan Tb Paru.....	34
Gambar 2.4 Kerangka konsep Faktor – faktor yang mempengaruhi keterlambatan <i>provider</i> dalam pengobatan Tb Paru.....	35



DAFTAR ISTILAH/SINGKATAN

HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
BTA	: Basil Tahan Asam
DOTS	: <i>Directly Observed Treatment Shortcourse</i>
IUATLD	: <i>International Union Against TB and Lung Diseases</i>
MDR	: <i>Multi Drug Resistant</i>
OAT	: Obat Anti Tuberkulosis
TB	: Tuberkulosis
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WHA	: <i>World Health Assembly</i>
PMDT	: <i>Programmatic Management of Drug Resisten Tuberculosis</i>
RPJMD	; Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
MTPTRO	: Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Teknik Pengambilan Sampel

Lampiran 2 Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 3 Lembaran Persetujuan (*Informed Consent*)

Lampiran 4 Kuesioner Penelitian

Lampiran 5 Hasil Uji Statistik

Lampiran 6 Master Tabel

Lampiran 7 Surat Izin Penelitian FKM UNAND

Lampiran 8 Surat Keterangan Telah Selesai Melakukan Penelitian

Lampiran 9 Dokumentasi



BAB 1 : PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* yang dapat menyebar melalui droplet yang telah terinfeksi basil TB.⁽¹⁾ Penyakit menular Tuberkulosis sampai sekarang masih menjadi masalah kesehatan yang utama dan merupakan masalah kesehatan global sebagai penyebab utama kematian pada jutaan orang setiap tahun di seluruh dunia setelah *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Sebagian besar kuman tuberkulosis (TB) menyerang paru, tetapi juga dapat mengenai organ tubuh lainnya.⁽²⁾

World Health Organization (WHO) tahun 2016 menyatakan bahwa TB masih menjadi topik utama dalam masalah kesehatan di dunia. Hal ini ditunjukkan dengan TB menjadi salah satu penyakit menular 10 terbanyak di dunia. Pada tahun 2015 total jumlah kasus TB di dunia 10,4 juta kasus TB baru termasuk 1,2 juta (11%) di antara orang yang mengidap HIV positif dengan 56% laki-laki dan 34% wanita serta 10% anak-anak. Dihitung dari segi persentase dapat dinilai bahwa jumlah kasus TB sebesar 90% pada orang dewasa dan 10% pada anak-anak.⁽³⁾ Kasus TB mengalami peningkatan dari tahun 2014 yang diperkirakan 2 juta orang meninggal di seluruh dunia karena penyakit tuberkulosis paru dari total 9,6 juta kasus.⁽⁴⁾

Menurut WHO dalam *Global Tuberculosis Report* tahun 2017, sebaran kasus TB pada tahun 2016 banyak terjadi di wilayah Asia Tenggara (45%), Afrika (25%), Timur Mediternia (7%), Eropa (3%), dan yang terakhir adalah di wilayah Amerika (3%). Laporan dari WHO juga menyatakan bahwa terdapat 30 negara di dunia yang mempunyai status angka TB tertinggi didunia yang menyumbang 87% dari semua

perkiraan kasus insiden diseluruh dunia. Berdasarkan tingkat insidensinya terdapat tujuh negara yang menonjol memiliki kasus insiden TB tertinggi pada tahun 2016 yaitu India, Indonesia, China, Filipina, Pakistan, Nigeria, dan Afrika Selatan. *Global Tuberculosis Report* tahun 2017 juga menyatakan bahwa dari 10,4 juta kasus hanya 6,1 juta yang diobati dan 49% yang berhasil diobati, 95% kematian akibat TB terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah.⁽⁵⁾ *The Global Plan to End TB (2016-2020)* menyatakan bahwa untuk keberhasilan pengobatan TB di dunia dengan target 90% *treatment success* untuk semua yang terdiagnosis TB melalui pelayanan pengobatan yang terjangkau. Namun, sampai pada tahun 2015 belum ada negara yang mencapai target dari cakupan pengobatan dan keberhasilan pengobatan TB, gap terbesar di beberapa negara adalah di cakupan pengobatan.⁽⁵⁾

Tuberkulosis di Indonesia mengalami peningkatan kasus dari tahun 2014 sampai tahun 2016. Pada tahun 2014 jumlah kasus tuberkulosis sebanyak 324,539 meningkat menjadi 330.729 di tahun 2015. Merujuk pada Profil kesehatan Indonesia pada tahun 2016 ditemukan jumlah kasus tuberkulosis sebanyak 351.893 kasus.⁽⁶⁻⁸⁾ Berdasarkan dari angka keberhasilan pengobatan kasus TB di Indonesia, pada tahun 2013 angka keberhasilan pengobatan TB yaitu 83% dan mengalami penurunan pada tahun 2014 (81,3 %) dari target 88%. Kemudian pada 2015 angka keberhasilan pengobatan TB yaitu 84% dengan angka kesembuhan 78% yang belum mencapai target nasional yaitu 88%. Sedangkan pada tahun 2016 angka keberhasilan pengobatan kasus Tuberkulosis di Indonesia menurun yaitu 75,4% yang masih dibawah target 85%.⁽⁶⁻⁹⁾

Laporan Dinas Kesehatan di Provinsi Sumatera Barat Tahun 2015 melaporkan bahwa jumlah kasus baru TB BTA (+) 1.116 kasus dengan 61,6% pada

laki – laki dan 38,4% terjadi pada perempuan. Sedangkan pada tahun 2016 jumlah kasus baru TB BTA (+) adalah 1.138 kasus dengan 73,8% terjadi pada laki-laki dan 26,2% pada perempuan.^(10, 11)

Pada tahun 2014 di Provinsi Sumatera Barat BTA (+) diobati sebanyak 988 pasien dengan angka keberhasilan pengobatan adalah 88,3 %, sementara jumlah kematian selama pengobatan jauh menurun dari 11 orang di tahun 2013 menjadi 17 orang di tahun 2014. BTA (+) yang diobati tahun 2015 terdapat sebanyak 1.093 pasien yang angka keberhasilan pengobatannya mengalami penurunan yaitu 77,5% dan jumlah kematian selama pengobatan meningkat dari tahun 2015 yaitu 9 orang menjadi 22 orang pada tahun 2016. Kemudian pada tahun 2016 Sumatera Barat merupakan salah satu provinsi dengan angka keberhasilan pengobatan terendah setelah Kalimantan Timur dan Kepulauan Bangka Belitung dengan SR (*Success Rate*) sebesar 83,6 % dari 90% target, angka ini menurun jika dibandingkan dengan pencapaian tahun 2014 dan 2015.⁽¹⁰⁻¹³⁾

Salah satu penyebab utama meningkatnya kasus TB yaitu kemiskinan pada berbagai kelompok masyarakat seperti pada negara berkembang, kegagalan program TB yang diakibatkan oleh tidak memadainya tatalaksana kasus (diagnosis dan paduan obat yang tidak standar, gagal menyembuhkan kasus yang telah didiagnosis), dan perubahan demografik karena meningkatnya penduduk dunia serta dampak dari pandemi HIV.^(14, 15) Sasaran strategi nasional pengendalian TB mengacu pada rencana strategis kementerian kesehatan dari tahun 2010 – 2014 yaitu menurunkan prevalensi TB dan meningkatkan persentase keberhasilan pengobatan kasus baru TB BTA (+).⁽¹⁶⁾ Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016 angka keberhasilan pengobatan masih dibawah target yaitu 83,6% dari target 90%. Hal ini disebabkan

karena ketidakpatuhan pasien TB untuk menjalani pengobatan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan secara teratur. Keberhasilan pengobatan juga ditentukan oleh penemuan kasus secara mikroskopis.⁽¹⁷⁾ Rendahnya penemuan kasus akan mengalami penundaan pengobatan (keterlambatan pengobatan), dan meningkatkan mortalitas dan morbiditas yang lebih tinggi karena penyakit yang berkepanjangan dan perkembangan komplikasi, serta peningkatan risiko penularan infeksi lebih lanjut.⁽¹⁸⁾ Keterlambatan dalam pengobatan atau penegakan diagnosis dapat terjadi oleh karena faktor keterlambatan pasien (*patient delay*), keterlambatan pelayanan kesehatan (*provider delay*), dan keterlambatan sistem kesehatan (*health system delay*).^(19, 20)

Keterlambatan pasien adalah interval waktu antara timbulnya gejala dan kontak pertama pasien dengan penyedia layanan kesehatan, dan waktu 18,4 - >21 hari dianggap sebagai indikasi penundaan pasien.^(21, 22) Sedangkan keterlambatan dari *provider* yaitu periode dari pertama kali konsultasi ke sarana pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lainnya sampai dengan dilakukan diagnosis bila melebihi suatu batas waktu tertentu terhadap pasien mengenai penyakit dari pasien tersebut dan waktu dari keterlambatan *provider* yaitu >5 hari.⁽²³⁻²⁵⁾ Kemudian interval waktu antara kunjungan pertama pasien ke pusat kesehatan, rumah sakit, atau klinik swasta dan dimulainya pengobatan, dengan waktu lebih dari 7 hari dianggap sebagai indikasi penundaan dari pasien disebut keterlambatan sistem pengobatan kesehatan.⁽²²⁾

Faktor yang mempengaruhi keterlambatan pengobatan adalah tipe TB, area tempat tinggal (Urban/Rural), keinginan pasien untuk berobat, kepercayaan terhadap

pengobatan, penyakit penyerta, dukungan sosial, pengetahuan, pekerjaan, stigma, modal sosial dan sebagainya.

Keterlambatan *provider* dapat mempengaruhi keterlambatan pengobatan kasus tuberkulosis yang terjadi setelah keterlambatan dari pasien.^(19, 20) Keterlambatan *provider* dapat terjadi ketika tenaga kesehatan tidak dapat mengenali tanda dan gejala TB, ketika ditemukan kasus TB tidak ditindak lanjuti pengobatannya, dan ketika gagal dalam mendeteksi kasus TB dan telat melakukan pengobatan. Apabila terlambat mendiagnosis dan terlambat melakukan pengobatan maka berisiko meningkatkan transmisi penularan infeksi yang luas dan berkepanjangan dalam masyarakat, dapat menyebabkan penyakit lebih berat, komplikasi lebih banyak dan meningkatkan risiko kematian serta berpotensi memperburuk keadaan ekonomi pasien maupun keluarga.⁽²⁶⁻²⁸⁾ Penyakit TB lebih berat dengan komplikasi lebih banyak seperti pengidap HIV/AIDS, diabetes, atau orang yang sedang menjalani kemoterapi, orang yang mengalami malnutrisi atau kekurangan gizi, dan pecandu narkoba.⁽¹⁴⁾

Faktor yang berperan pada keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB Paru adalah penyakit penyerta, karakteristik pasien, jenis atau tipe penyakit, fasilitas layanan kesehatan yang pertama dikunjungi, keahlian tenaga kesehatan, kualitas laboratorium, tindakan awal pelayanan kesehatan.^(21, 28)

Kota Padang menempati urutan pertama dengan jumlah penemuan kasus baru TB Paru BTA positif sebesar 1.138 kasus dengan angka kesembuhan masih dibawah target (81,3%) dan diikuti oleh Padang Pariaman (488 kasus), Pesisir Selatan (462 kasus). Sedangkan pada tahun 2017 jumlah penemuan kasus baru TB Paru BTA

positif di Kota Padang meningkat menjadi 3.699 kasus. Kota Padang mempunyai 22 puskesmas dengan 7 unit puskesmas rawatan dan 15 puskesmas non rawatan.^(1, 10)

Berdasarkan penelitian sebelumnya, Chowdhury (2014) di Rajshahi City, Bangladesh menyatakan bahwa pasien yang melakukan kunjungan pertama ke GO klinik/LSM sebelum di diagnosis memiliki sekitar 80% lebih sedikit probabilitas keterlambatan diagnosis dibandingkan dengan pasien yang mengunjungi apotek untuk mencari perawatan kesehatan.⁽²⁹⁾ Hasil penelitian sebelumnya menemukan bahwa adanya hubungan keterlambatan *provider* dengan kunjungan pertama ke penyedia layanan kesehatan non-formal dan perawatan mandiri ($p < 0,0001$) (Solomon Yimer, 2005), sedangkan menurut E. Zerbini (2008) menyatakan bahwa keterlambatan pengobatan tidak ada hubungan yang signifikan dengan pasien pertama kali mengunjungi layanan kesehatan masyarakat dengan nilai $p = 0,385$.^(21, 30)

Berdasarkan Ebrahimi (2018), menyatakan bahwa dalam penelitiannya yang dilakukan di Iran tidak ada hubungan yang signifikan antara keterlambatan pengobatan TB dengan dokter yang terlatih.⁽³¹⁾ Tetapi menurut Dale (2001) menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pasien yang dikunjungi dokter pribadi dengan keterlambatan pengobatan TB dari segi *provider* ($p = 0.05$).⁽³²⁾

Berdasarkan uraian data yang telah dipaparkan, telah banyak studi yang membahas tentang pengobatan TB, tapi belum ada yang fokus membahas tentang keterlambatan *provider* di Kota Padang, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang faktor – faktor yang berhubungan dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB Paru di Kota Padang tahun 2018.

1.2 Perumusan Masalah

Meningkatnya insiden kasus TB paru BTA (+) dari tahun 2015 sampai 2017, rendahnya cakupan penemuan pasien baru TB paru BTA (+), serta angka rendahnya keberhasilan pengobatan TB paru BTA (+) menunjukkan bahwa pencapaian program TB paru di kota Padang masih belum berhasil. Keterlambatan *provider* dalam mendiagnosis kasus TB merupakan salah satu alasan utama penyebab rendahnya angka keberhasilan pengobatan dan tingginya tingkat penularan serta rendahnya tingkat deteksi penyakit. Berdasarkan fakta tersebut, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah untuk melihat apa saja faktor yang berhubungan dengan keterlambatan *provider* pada pasien TB paru di kota Padang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk Mengetahui faktor – faktor yang berhubungan dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB di kota padang tahun 2018.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui distribusi frekuensi keterlambatan *provider* dalam pengobatan Tuberkulosis di Kota Padang Tahun 2018.
2. Mengetahui distribusi frekuensi Fasilitas kesehatan pertama yang dikunjungi oleh pasien Tuberkulosis di Kota Padang tahun 2018.
3. Mengetahui distribusi frekuensi tindakan awal pelayanan kesehatan saat kunjungan pertama pasien Tuberkulosis di Kota Padang tahun 2018.
4. Mengetahui distribusi frekuensi penyakit penyerta pada pasien Tuberkulosis di Kota Padang tahun 2018.

5. Mengetahui hubungan Fasilitas kesehatan pertama yang dikunjungi oleh pasien dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan Tuberkulosis di Kota Padang tahun 2018
6. Mengetahui hubungan tindakan awal pelayanan kesehatan saat kunjungan pertama oleh pasien dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan Tuberkulosis di Kota Padang tahun 2018
7. Mengetahui hubungan penyakit penyerta dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan Tuberkulosis di Kota Padang tahun 2018.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat untuk pengkayaan literatur tentang kejadian TB.
2. Untuk menambah wawasan dan pengetahuan peneliti dalam menemukan faktor-faktor yang berhubungan dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan penyakit tuberkulosis di Kota Padang.
3. Sebagai pedoman bagi peneliti selanjutnya yang ingin melakukan penelitian lebih lanjut.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Instansi

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi bahan informasi dan masukan bagi pemegang program TB, dan sebagai bahan acuan untuk meningkatkan penemuan kasus dan deteksi dini dari kasus TB serta sebagai bahan evaluasi bagi pembuat program kebijakan kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan dan pengobatan kejadian penyakit Tuberkulosis (TB) agar lebih baik lagi.

2. Bagi Masyarakat

Sebagai informasi tambahan untuk masyarakat terkait dengan keterlambatan *provider* pada kasus TB dan dapat meningkatkan pengetahuan, memperbaiki persepsi yang salah tentang TB ataupun kesadaran untuk memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan lebih dini.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Sesuai dengan judul dan keterangan di atas mengingat ketersediaan waktu, biaya serta tenaga maka penulis membatasi ruang lingkup penelitian ini. Pada Faktor – faktor yang menyebabkan keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB Paru di Kota Padang tahun 2018, menggunakan jenis penelitian analitik, data di ambil dalam penelitian ini dengan menggunakan kuisisioner sebagai alat bantu dalam pengumpulan data. Desain studi penelitian ini adalah desain studi *cross sectional*. Penelitian ini dilaksanakan di 22 puskesmas. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor – faktor yang berhubungan dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan tuberkulosis di Kota Padang tahun 2018, dengan variabel independen fasilitas pertama yang dikunjungi oleh pasien TB, penyakit penyerta atau komplikasi, dan tindakan awal pelayanan kesehatan saat kunjungan pertama oleh pasien TB, sedangkan variabel dependen yaitu keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB.

BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tuberkulosis

2.1.1 Defenisi Tuberkulosis

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium Tuberculosis*). Kuman TB biasanya menyerang paru (TB Paru), tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya (TB Ekstra paru). Kuman tersebut masuk kedalam tubuh melalui udara pernafasan yang masuk ke dalam paru, kemudian kuman tersebut menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, atau penyebaran langsung ke tubuh lainnya. Penyakit TB bila tidak diobati atau pengobatannya tidak tuntas dapat menimbulkan komplikasi berbahaya hingga kematian.⁽³³⁾ Tuberkulosis paru pada manusia dapat dijumpai dalam 2 bentuk yaitu a) Tuberkulosis primer: bila penyakit terjadi pada infeksi pertama kali; b) Tuberkulosis paska primer: bila penyakit timbul setelah beberapa waktu seseorang terkena infeksi dan sembuh. Tuberkulosis paru ini merupakan bentuk yang paling sering ditemukan. Dengan ditemukannya kuman dalam dahak, maka penderita adalah sumber penularan.⁽³⁴⁾

2.1.2 *Mycobacterium Tuberculosis*

Kuman *Mycobacterium tuberculosis* ditemukan pertama kali oleh Robert Koch pada tahun 1882. Hasil penemuan ini ditemukan di Berlin pada tanggal 24 Maret 1882 dan tanggal 24 Maret setiap tahunnya diperingati sebagai Hari Tuberkulosis. Kuman *Mycobacterium tuberculosis* mempunyai ukuran 0,5-4 mikron x 0,36-0,6 mikron dengan bentuk batang tipis, lurus atau bengkok, bergranular atau tidak mempunyai selubung, tetapi mempunyai lapisan luar tebal yang terdiri dari lipoid (terutama asam mikolat). Kuman *Mycobacterium tuberculosis* dapat bertahan

terhadap pencucian warna dengan asam dan alkohol, sehingga disebut basil tahan asam (BTA), tahan terhadap zat kimia dan zat fisik, serta tahan dalam keadaan kering dan dingin, bersifat dorman (dapat tertidur lama) dan aerob. Bakteri tuberkulosis ini mati pada pemanasan 100°C selama 5-10 menit atau ada pemanasan 60°C selama 30 menit, dan dengan alkohol 70-95% selama 15-30 detik. Bakteri ini tahan selama 1-2 jam di udara, di tempat lembab dan gelap bisa berbulan-bulan namun tidak akan tahan terhadap sinar matahari atau aliran udara.⁽¹⁴⁾

2.1.3 Epidemiologi

Kejadian tuberkulosis beragam pada setiap negara, tapi kejadian tuberkulosis terparah pernah terjadi pada tahun 1990-an sehingga pada bulan Maret 1993, WHO mendeklarasikan TB sebagai *Global Health Emergency*. TB dianggap sebagai masalah kesehatan dunia karena lebih kurang 1/3 penduduk dunia terinfeksi oleh M. tuberculosis. Sebagian besar kasus TB terjadi di negara-negara berkembang yang mempunyai kepadatan penduduk yang sangat tinggi dan perekonomian yang rendah. Sekitar 75% di antara mereka berada pada usia produktif yaitu 20-49 tahun.⁽¹⁴⁾

Pada tahun 2013 terdapat Sembilan juta pasien dengan TB BTA positif (basil tahan asam) dan mengakibatkan kematian mencapai 1,5 juta jiwa di seluruh dunia. Kasus kematian terbanyak terjadi pada negara berkembang yang mencapai angka 95%. Angka morbiditas akibat TB setiap tahun menurun, sekarang diperkirakan angka kematian TB menurun sebanyak 40% dari tahun 1990 sampai 2010.⁽¹⁴⁾

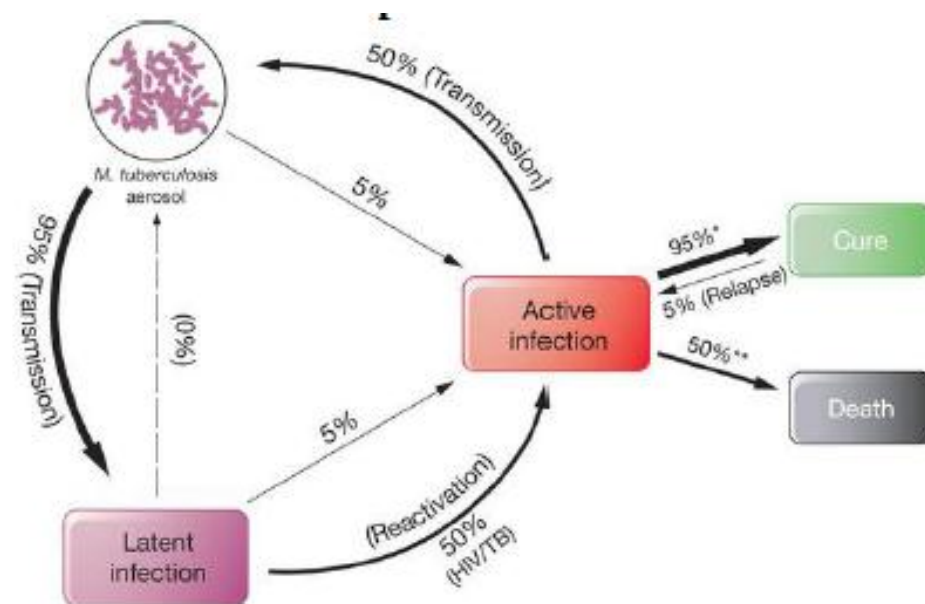
Indonesia adalah negara dengan prevalensi TB ke-2 tertinggi di dunia setelah India. Jumlah pasien TB di Indonesia sekitar 5,8% dari total pasien TB di dunia. Di Indonesia diperkirakan terdapat 528.000 kasus Tb paru setiap tahun dengan kematian

91.000 orang. prevalensi TB di Indonesia pada tahun 2009 adalah 100 per 100.000 penduduk dan 70% terjadi pada usia produktif.⁽³⁵⁾ Menurut hasil riskesdas 2013, prevalensi TB berdasarkan diagnosis sebesar 0,4% dari jumlah penduduk. Dengan kata lain, rata-rata tiap 100,000 penduduk Indonesia terdapat 400 orang yang didiagnosis kasus TB oleh tenaga kesehatan.⁽¹⁴⁾

2.1.4 Klasifikasi TB

TB dibedakan menjadi penyakit TB/aktif TB dan infeksi laten TB. Klasifikasi ini dikarenakan tidak setiap orang yang terinfeksi bakteri TB menjadi sakit TB. Penyakit TB terjadi ketika bakteri TB aktif (berkembang biak) di dalam tubuh yang tidak dapat dikendalikan oleh sistem imun, sehingga orang dengan imunitas rendah lebih berisiko tinggi dibandingkan dengan sistem imunitas normal. Orang dengan kondisi ini diklasifikasikan sebagai sakit TB/aktif TB, dapat menimbulkan gejala dan dapat menularkan bakteri kepada orang lain.⁽¹⁴⁾

Sedangkan, infeksi laten TB terjadi pada kondisi yang sebaliknya dengan orang yang sakit TB/aktif TB, yaitu ketika bakteri TB yang ada di dalam tubuh tidak mengakibatkan sakit dan tidak menimbulkan gejala tetapi dapat menularkan kepada orang lain. Sembilan dari sepuluh orang dengan sistem imun yang normal tidak akan berubah menjadi kondisi sakit. Namun, dapat berubah menjadi sakit tergantung dengan pola hidup. Berikut ini orang dengan infeksi laten TB yang berisiko menjadi sakit, yaitu orang yang terinfeksi HIV dan penyakit lain dengan gangguan sistem imun, orang yang terinfeksi bakteri TB dua tahun sebelumnya, anak berusia <4 tahun dan orang yang mempunyai riwayat TB yang tidak diobati atau pengobatan tidak lengkap.⁽³⁶⁾ Secara visual tahap penularan TB baik pada sakit TB/TB aktif maupun infeksi TB laten dapat dilihat pada bagan di bawah ini:



Sumber : (Koul,dkk 2011)

Gambar 2.1 Tahap penularan TB

Berdasarkan bagan di atas, dapat diketahui bahwa 95% kuman TB di udara menimbulkan TB laten. Meskipun demikian, namun TB laten tidak dapat menularkan ke lingkungan. TB laten akan berubah menjadi aktif TB sebesar 5%, tetapi bagi penderita HIV sangat besar risiko menjadi aktif TB, yaitu sebesar 50%. Bagi penderita TB (aktif TB) jika mendapatkan pengobatan yang tepat, maka kemungkinan 95% dapat disembuhkan, 5% *relaps* (kambuh) dan 50% meninggal. Selain klasifikasi tersebut, terdapat empat klasifikasi TB lainnya^(2, 14) :

1. Klasifikasi Berdasarkan Organ Tubuh (*Anatomical Site*) yang Terkena

Organ tubuh yang terkena TB, terbagi menjadi TB paru dan TB ekstra paru:

- a. TB paru. TB paru adalah kondisi dimana bakteri *Mycobacterium tuberculosis* menyerang jaringan parenkim paru, tidak termasuk bagian pleura dan kelenjar pada hilus (Kemenkes, 2011).

- b. TB ekstra paru. Klasifikasi ini merupakan kondisi dimana bakteri TB menyerang organ tubuh selain organ paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (perikardium), kelenjar limfe, tulang belakang, persendian, kulit, usus, ginjal, alat kelamin dan organ tubuh lainnya selain organ paru (CDC, 2009; Kemenkes, 2009).

2. Klasifikasi Berdasarkan Hasil Pemeriksaan Dahak Mikroskopis

Pemeriksaan dahak mikroskopis dilakukan untuk penegakan diagnosis yang dikumpulkan sebanyak tiga spesimen dahak dalam dua hari kunjungan pada Sewaktu (suspek TB datang pertama kali ke pelayanan kesehatan), Pagi (dahak dikumpulkan oleh suspek TB saat di rumah pada hari ke dua pagi hari tepat setelah bangun tidur), Sewaktu (dahak dikumpulkan saat pengumpulan dahak pagi di pelayanan kesehatan). Berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis, TB dibedakan menjadi:⁽¹⁴⁾

a. TB Paru BTA (+)

- 1) Dua dari tiga hasil pemeriksaan spesimen dahak yang diperiksa Sewaktu-Pagi-Sewaktu menunjukkan bahwa hasil BTA (+).
- 2) Satu spesimen dahak yang dilakukan pada Sewaktu-Pagi-Sewaktu hasilnya menunjukkan BTA (+) dan hasil foto toraks dada menunjukkan gambaran TB.
- 3) Satu spesimen dahak Sewaktu-Pagi-Sewaktu hasilnya menunjukkan BTA (+) dan biakan kuman TB (+).
- 4) Satu atau lebih spesimen dahak menunjukkan hasil (+) setelah tiga spesimen dahak Sewaktu-Pagi-Sewaktu pada pemeriksaan sebelumnya

hasilnya menunjukkan BTA (-) dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non Obat Anti TB (OAT).

b. TB Paru BTA (-)

TB paru BTA (-) merupakan kasus yang tidak memenuhi kriteria pada TB paru BTA (+). Kriteria diagnostik TB paru BTA (-) meliputi:

- 1) Hasil tiga spesimen dahak Sewaktu-Pagi-Sewaktu menunjukkan BTA (-).
- 2) Hasil foto toraks menunjukkan abnormal.
- 3) Bagi pasien dengan HIV (-), tidak ada perubahan setelah pemberian antibiotika non OAT

3. Klasifikasi Berdasarkan Riwayat Pengobatan Sebelumnya

Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya terdiri dari kasus baru, kasus yang sebelumnya pernah diobati, kasus pindahan dan kasus lain, seperti penjelasan di bawah ini : ⁽²⁾

a. Kasus Baru.

Kasus baru adalah pasien yang belum pernah diobati sebelumnya dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari 4 minggu. Pada tipe ini tidak membedakan hasil pemeriksaan BTA.

b. Kasus yang Sebelumnya Diobati, terdiri dari:

1) Kasus Kambuh.

Kasus kambuh adalah pasien TB yang pernah mendapat pengobatan sebelumnya dan telah dinyatakan sembuh oleh petugas kesehatan atau telah melakukan pengobatan lengkap kemudian dilakukan didiagnosis kembali dan hasilnya BTA (+).

2) Kasus Setelah Putus Berobat (*Default*).

Kasus default adalah pasien yang telah berobat dan putus berobat (tidak menyelesaikan pengobatan) selama 2 bulan atau lebih dengan klasifikasi BTA (+).

3) Kasus Setelah Gagal (*Failure*).

Kasus setelah gagal adalah pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap (+) atau kembali menjadi (+) setelah sebelumnya sudah (-) pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.

4) Kasus Pindahan (*Transfer In*).

Kasus pindahan adalah pasien yang dipindahkan ke register lain (pelayanan kesehatan dengan register TB lain) untuk melanjutkan pengobatannya.

5) Kasus Lain.

Kasus lain adalah semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan kasus diatas, seperti tidak diketahui riwayat pengobatan sebelumnya, pernah diobati tetapi tidak diketahui hasil pengobatannya, kembali diobati dengan BTA (-) serta kasus kronik, yaitu pasien dengan hasil pemeriksaan BTA positif setelah selesai pengobatan ulangan.

4. Klasifikasi Berdasarkan Tingkat Keparahan Penyakit

Klasifikasi berdasarkan tingkat keparahan dikategorikan dengan berat dan ringan yang dilihat dari hasil foto toraks, yaitu berat jika gambaran foto toraks memperlihatkan gambaran kerusakan paru yang luas dan atau keadaan umum pasien buruk. Sedangkan kondisi ringan adalah kondisi yang sebaliknya, dimana hasil foto toraks menggambarkan kerusakan paru yang sempit.⁽²⁾

2.1.5 Cara Penularan Tuberkulosis

Sumber penularan TB paru adalah pasien TB/aktif TB dengan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis menunjukkan BTA (+) (Kemenkes, 2011).⁽¹⁴⁾ Namun, dapat juga bersumber dari infeksi TB laten. Hal ini terjadi dikarenakan sangat besar kemungkinan di dalam tubuh seseorang yang infeksi TB laten terdapat BTA positif, hanya saja belum mendapatkan diagnosis, sehingga pada infeksi TB laten justru lebih berisiko tinggi menularkan kepada orang lain.

Penyakit ini menular melalui udara dari satu orang ke orang lain yang berasal dari percikan dahak (*droplet nuclei*) penderita TB paru BTA (+) / infeksi TB laten yang batuk, bersin, meludah berbicara atau bernyanyi, sehingga orang lain menghirup bakteri TB dan mengakibatkan orang lain tersebut tertular penyakit ini.⁽¹⁴⁾

³⁶⁾ Namun, seseorang dengan BTA positif tidak dapat menularkan ke orang lain melalui berjabat tangan, berbagi makanan atau minuman, menyentuh seprai atau toilet, menggunakan sikat gigi bersama-sama ataupun bergantian pakaian (CDC, 2012).

Seseorang dengan BTA (+) setiap kali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak, sedangkan seseorang yang menghirup bakteri TB meskipun dalam jumlah sedikit, bakteri tersebut dapat menginfeksi orang yang menghirupnya tersebut.⁽¹⁴⁾

Secara teoritis, seorang penderita TB tetap menular sepanjang ditemukan basil TB di dalam sputum penderita. Penderita yang tidak diobati atau yang diobati tidak sempurna akan tetap mengandung kuman TB selama bertahun-tahun (Chin, 2012). Tingkat penularan sangat tergantung pada hal - hal sebagai berikut:

1. Jumlah kuman TB yang dikeluarkan
2. Virulensi kuman TB
3. Terpajannya kuman TB dengan sinar ultra violet
4. Terjadinya aerosolisasi pada saat batuk, bersin, bicara atau pada saat bernyanyi

2.1.6 Gejala Klinis Tuberkulosis

Gejala umum pasien TB paru adalah batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik dan demam meriang lebih dari satu bulan. Gejala-gejala tersebut dapat dijumpai pula pada penyakit paru selain TB paru di Indonesia saat ini masih tinggi, maka setiap orang yang datang ke pelayanan kesehatan dengan gejala tersebut diatas, dianggap sebagai seorang tersangka (suspek) pasien TB, dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis ulang.⁽³⁷⁾

2.1.7 Diagnosis TB Paru

Penegakkan diagnosis TB paru dilakukan dengan (Kemenkes, 2011)⁽¹⁴⁾:

1. Semua suspek TB diperiksa 3 spesimen dahak dalam waktu 2 hari, yaitu Sewaktu - Pagi - Sewaktu (SPS).
2. Diagnosis TB Paru pada orang dewasa ditegakkan dengan ditemukannya bakteri TB. Pada program TB nasional, penemuan BTA melalui pemeriksaan dahak mikroskopis merupakan diagnosis utama. Pemeriksaan lain seperti foto toraks, biakan dan uji kepekaan dapat digunakan sebagai penunjang diagnosis sepanjang sesuai dengan indikasinya. Tidak dibenarkan mendiagnosis TB hanya berdasarkan

pemeriksaan foto toraks saja. Foto toraks tidak selalu memberikan gambaran yang khas pada TB paru, sehingga sering terjadi overdiagnosis.

2.1.8 Pencegahan

Upaya pencegahan penyakit tuberkulosis terbagi menjadi pencegahan primer, sekunder, dan tersier.⁽³⁸⁾

2.1.8.1 Pencegahan Primer

1. Tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan, pemeriksaan penderita yang kontak atau suspek gembas, pemeriksaan dan pengobatan dini bagi penderita yang kontak, suspek, dan perawatan.
2. Diberikannya penyuluhan oleh petugas kesehatan tentang gejala dan bahaya yang ditimbulkan.
3. Pencegahan penularan dari penderita dapat dilakukan dengan menutup mulut saat batuk atau bersin dan tidak membuang dahak sembarang tempat.
4. Pencegahan infeksi dengan mencuci tangan dan praktek menjaga kebersihan rumah.
5. Imunisasi orang-orang kontak, seperti keluarga.
6. Mengurangi risiko sosial yang memperparah risiko, seperti kepadatan hunian.
7. Eliminasi ternak sapi yang menderita TB bovinum.
8. Melakukan upaya pencegahan terjadinya silikosis pada pekerja tambang.

2.1.8.2 Pencegahan Sekunder

1. Pengobatan preventif
2. Isolasi, pemeriksaan kepada orang-orang yang terinfeksi, pengobatan khusus TB.
3. Pemeriksaan bakteriologis dahak pada orang dengan gejala TB paru.

4. Pemeriksaan screening dengan *Tubercullin test* pada kelompok berisiko tinggi, seperti emigran, petugas rumah sakit dan sebagainya.
5. Pemeriksaan foto rongent pada orang-orang yang positif dari hasil pemeriksaan *Tubercullin test*.
6. Pengobatan khusus pada penderita TB aktif dengan obat-obat kombinasi.

2.1.8.3 Pencegahan Tersier

1. Tindakan mencegah penyakit paru kronis karena menghirup udara yang tercemar debu para pekerja tambang, pekerja semen dan sebagainya.
2. Rehabilitasi.

2.1.9 Pengobatan Tuberkulosis

2.1.9.1 Tujuan Pengobatan Tuberkulosis

Tujuan dari pengobatan TB adalah untuk menyembuhkan pasien dan untuk mencegah penyebaran TB, serta untuk mencegah perkembangan TB yang resisten terhadap obat. TB disebabkan oleh bakteri yang ada di dalam tubuh penderita, yaitu *Microbacterium tuberculosis*. Obat TB bertujuan untuk membunuh semua kuman yang ada di dalam tubuh. Namun, bakteri TB ini butuh waktu yang lama untuk mati sehingga obat harus dikonsumsi selama beberapa bulan. Bahkan saat pasien sudah merasa lebih baik, mereka masih kemungkinan memiliki bakteri TB di dalam tubuhnya. Jadi, pasien TB harus minum obat sampai tuntas hingga bakteri TB benar – benar mati.⁽³⁹⁾

Semua obat harus diambil untuk seluruh periode pengobatan TB. Jika hanya satu obat atau dua obat TB yang diambil maka bakteri tidak bisa dibunuh. Pasien tersebut menjadi resisten terhadap obat tersebut, sehingga jika mereka sakit lagi diperlukan obat TB yang berbeda.⁽³⁹⁾

2.1.9.2 Prinsip Pengobatan

Beberapa prinsip umum yang perlu diperhatikan dalam pengobatan TB adalah sebagai berikut:⁽³⁹⁾

1. Pengobatan dengan menggunakan obat TB merupakan salah satunya pengobatan yang efektif.
2. Pengobatan tunggal untuk TB aktif dikaitkan dengan tingkat relaps yang substansi. Seorang pasien dikatakan mengalami kekambuhan jika mereka mengalami perbaikan kesehatan saat mereka meminum obat namun menjadi sakit lagi setelah mereka menyelesaikan perawatan mereka. Pengobatan tunggal juga dilakukan dengan perkembangan bakteri yang resisten terhadap obat.
3. Pasien dengan penyakit TB aktif harus menerima setidaknya tiga obat sebagai pengobatan TB awal mereka. Jika jumlah obat yang dikonsumsi kurang dari tiga, dapat menyebabkan resisten terhadap obat.
4. Jangan pernah menambahkan obat TB tunggal ke rejimen yang gagal. Rejimen adalah jalannya pengobatan TB, yaitu kombinasi obat TB.
5. Kepatuhan terhadap pengobatan merupakan tanggung jawab dokter dan juga pasien.

2.1.9.3 Tahapan Pengobatan TB

Tahapan dalam pengobatan TB adalah sebagai berikut:⁽⁴⁰⁾

1. Tahapan Awal

Pengobatan diberikan setiap hari dengan tujuan untuk secara efektif menurunkan jumlah kuman yang ada di dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari sebagian kecil kuman yang mungkin sudah

resisten sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan. Pengobatan tahap awal pada semua pasien baru, harus diberikan selama 2 bulan. Pada umumnya dengan pengobatan secara teratur dan tanpa adanya penyulit, daya penularan sudah sangat menurun setelah pengobatan selama 2 minggu.

2. Tahapan Lanjutan

Tahapan lanjutan merupakan tahapan untuk membunuh sisa – sisa kuman yang masih ada dalam tubuh khususnya kuman persister sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan.

2.1.9.4 Hal Perlu Diperhatikan Dalam Pengobatan dan Perawatan

Jenis pengobatan penyakit tuberkulosis adalah pengobatan jangka panjang. Pengobatan tuberkulosis biasanya berlangsung 3 – 9 bulan. Berikut merupakan hal yang perlu diperhatikan dalam pengobatan dan perawatan penyakit TBC, yaitu :⁽⁴¹⁾

1. Meminum obat secara teratur dan benar sesuai dengan anjuran dokter selama 6 bulan berturut – turut tanpa terputus. Jika terputus bakteri tuberkulosis tidak akan mati dan berisiko untuk mengalami resistensi obat.
2. Memakan makan bergizi seimbang.
3. Berhenti merokok dan menghindari minuman keras.
4. Seluruh anggota keluarga berperan aktif dalam mengawasi penderita untuk meminum obat TB secara teratur dan benar.
5. Melakukan kontrol perkembangan pengobatan secara rutin.
6. Istirahat yang cukup.

2.1.10 Upaya Pengendalian Tuberkulosis

Sejalan dengan meningkatnya kasus TB pada awal 1990-an, WHO dan IUATLD mengembangkan strategi pengendalian TB yang dikenal sebagai strategi

DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*). Strategi DOTS terdiri dari 5 komponen kunci, yaitu:⁽⁴⁰⁾

1. Komitmen politis, dengan peningkatan dan kesinambungan pendanaan.
2. Penemuan kasus melalui pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya.
3. Pengobatan yang standar, dengan supervisi dan dukungan bagi pasien.
4. Sistem pengelolaan dan ketersediaan OAT yang efektif.
5. Sistem monitoring, pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien dan kinerja program.

WHO telah merekomendasikan strategi DOTS sebagai strategi dalam pengendalian TB sejak tahun 1995. Bank Dunia menyatakan strategi DOTS sebagai salah satu intervensi kesehatan yang secara ekonomis sangat efektif (*cost-effective*). Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan pasien, prioritas diberikan kepada pasien TB tipe menular. Strategi ini akan memutuskan rantai penularan TB dan dengan demikian menurunkan insidens TB di masyarakat. Menemukan dan menyembuhkan pasien merupakan cara terbaik dalam upaya pencegahan penularan TB.⁽⁴⁰⁾

Pada tahun 2013 muncul usulan dari beberapa negara anggota WHO yang mengusulkan adanya strategi baru untuk mengendalikan TB yang mampu menahan laju infeksi baru, mencegah kematian akibat TB, mengurangi dampak ekonomi akibat TB dan mampu meletakkan landasan ke arah eliminasi TB.⁽⁴⁰⁾

Pada sidang WHA (*World Health Assembly*) ke 67 tahun 2014 ditetapkan resolusi mengenai strategi pengendalian TB global pasca 2015 yang bertujuan untuk menghentikan epidemi global TB pada tahun 2035 yang ditandai dengan:⁽⁴⁰⁾

1. Penurunan angka kematian akibat TB sebesar 95% dari angka tahun 2015.
2. Penurunan angka insidensi TB sebesar 90% (menjadi 10/100.000 penduduk)

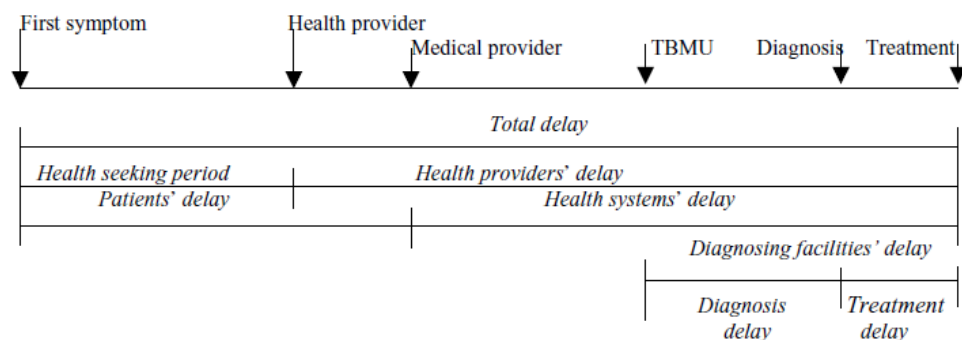
Strategi tersebut dituangkan dalam 3 pilar strategi utama dan komponen-komponennya yaitu:^(40, 42)

1. Integrasi layanan TB berpusat pada pasien dan upaya pencegahan TB.
 - a. Diagnosis TB sedini mungkin, termasuk uji kepekaan OAT bagi semua dan penapisan TB secara sistematis bagi kontak dan kelompok populasi beresiko tinggi.
 - b. Pengobatan untuk semua pasien TB, termasuk untuk penderita resistan obat dengan disertai dukungan yang berpusat pada kebutuhan pasien (*patient-centred support*)
 - c. Kegiatan kolaborasi TB/HIV dan tata laksana komorbid TB yang lain.
 - d. Upaya pemberian pengobatan pencegahan pada kelompok rentan dan beresiko tinggi serta pemberian vaksinasi untuk mencegah TB.
2. Kebijakan dan sistem pendukung yang berani dan jelas
 - a. Komitmen politis yang diwujudkan dalam pemenuhan kebutuhan layanan dan pencegahan TB.
 - b. Keterlibatan aktif masyarakat, organisasi sosial kemasyarakatan dan pemberi layanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta.
 - c. Penerapan layanan kesehatan semesta (*universal health coverage*) dan kerangka
 - d. kebijakan lain yang mendukung pengendalian TB seperti wajib lapor, registrasi vital, tata kelola dan penggunaan obat rasional serta pengendalian infeksi.

- e. Jaminan sosial, pengentasan kemiskinan dan kegiatan lain untuk mengurangi dampak determinan sosial terhadap TB.
3. Intensifikasi riset dan inovasi
- a. Penemuan, pengembangan dan penerapan secara cepat alat, metode intervensi dan strategi baru pengendalian TB.
 - b. Pengembangan riset untuk optimalisasi pelaksanaan kegiatan dan merangsang inovasiinovasi baru untuk mempercepat pengembangan program pengendalian TB.



2.2 Keterlambatan Pengobatan (*Treatment Delay*)



Sumber : (Solomon Yimer, dkk. 2005)

Gambar 2.2 Delay pada penyakit TB

Keterlambatan (*delay*) pada penyakit TB ini terbagi menjadi lima keterlambatan (WHO, 2006)⁽⁴³⁾, yaitu:

1. Keterlambatan pasien (*patient delay*) adalah interval waktu antara onset dan kehadiran pertama kali di pelayanan kesehatan. Rata-rata lama delay di Indonesia adalah 30 hari (1 bulan), sehingga dapat dikatakan patient delay adalah jika jarak antara onset dan kehadiran pertama kali ke pelayanan kesehatan untuk memeriksakan gejala adalah 30 hari (1 bulan).

2. Keterlambatan diagnosis (*diagnosis delay*) adalah interval waktu antara timbulnya gejala dan diagnosis dokter sebagai penderita TB.
3. Keterlambatan pengobatan (*treatment delay*) adalah interval waktu antara diagnosis dan pemberian OAT.
4. Keterlambatan sistem pelayanan kesehatan (*health care system delay*) adalah interval waktu antara tanggal kehadiran pertama kali di pelayanan kesehatan dan pemberian OAT pertama kali. Di Iraq, Yaman dan Somalia ditemukan bahwa *health care system delay* adalah jika interval tersebut mencapai 5-27 hari, di Vietnam 49 hari bahkan di Pakistan mencapai 90 hari.
5. Keterlambatan total (*total delay*) adalah jumlah diagnosis delay dan treatment delay. Selain itu, total delay merupakan jumlah dari patient delay dan health care system delay. Hasil penelitian di Yogyakarta menemukan bahwa *total delay*, jika interval tersebut selama 5 minggu dan 8-12 minggu (Ahmad, dkk, 2011; Mahendradhata, dkk, 2008). Sedangkan, di negara lain 46 hari di Iraq, 57 hari di Mesir, 59 hari di Yaman, 60 hari di India, dan 99 hari di Nepal.

2.3 Keterlambatan *Provider*

Keterlambatan *provider* yaitu periode dari pertama kali konsultasi ke sarana pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lainnya sampai dengan dilakukan diagnosis bila melebihi suatu batas waktu tertentu terhadap pasien mengenai penyakit dari pasien tersebut dan waktu dari keterlambatan *provider* yaitu >5 hari.⁽²³⁻²⁵⁾ Menurut Calder (2000) keterlambatan *provider* dalam pengobatan kasus Tuberkulosis ditemukan jika pasien memiliki penyakit paru yang sudah ada sebelumnya, berkonsultasi dengan beberapa dokter

atau mengunjungi lebih dari satu fasilitas pelayanan kesehatan, dan jika dokter tidak menanyakan paparan TB di masa lalu atau meminta rontgen dada.⁽⁴⁴⁾

2.3.1 Faktor yang Mempengaruhi Keterlambatan *provider*

1. Fasilitas layanan kesehatan yang pertama dikunjungi

Fasilitas layanan kesehatan yang pertama dikunjungi oleh penderita TB erat kaitannya dengan perilaku dan stigma dari penderita tersebut. Menurut penelitian Zerbini (2008), menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara fasilitas kesehatan yang dikunjungi dengan keterlambatan *provider*. Di dalam penelitian tersebut dijelaskan bahwa 57,9% pasien mengunjungi fasilitas kesehatan umum terdekat.⁽³⁰⁾ Hasil penelitian Wandwalo (2000) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan fasilitas kunjungan pertama dengan keterlambatan *provider*. Sedangkan menurut penelitian Yimer (2005), menyatakan bahwa pasien yang mengunjungi fasilitas kesehatan ke penyedia layanan kesehatan lebih sedikit mengalami penundaan diagnosis. Namun pada penelitian ini kunjungan fasilitas pelayanan kesehatan pertama lebih sedikit ke puskesmas (15%) dikarenakan pasien memilih rumah sakit khusus, tidak percaya pada layanan yang diberikan, mempertimbangkan perawatan yang berkualitas, dan mempertimbangkan masalah jam buka fasilitas kesehatan.^(21, 45)

Berdasarkan hasil penelitian Enkhbat di Mongolia (1997) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara kunjungan fasilitas kesehatan pertama terhadap keterlambatan *provider* dalam pengobatan tuberkulosis.⁽⁴⁶⁾ Hasil penelitian Zerbini (2008), fasilitas pertama yang dikunjungi oleh 235 pasien, melakukan kunjungan pertama mereka

dominan ke Rumah Sakit (47,7%), pusat kesehatan masyarakat (32,8%), klinik swasta (12,8%) dan penyembuh tradisional (6,7%), apotek atau pekerja kesehatan. Dari hasil penelitian tersebut didapatkan bahwa pasien lebih memilih melakukan kunjungan fasilitas kesehatan pertama Rumah Sakit dan Pusat Kesehatan Masyarakat. Hal ini disebabkan karena semua pasien yang pertama kali mengunjungi klinik swasta atau fasilitas kesehatan lainnya (Praktek Dokter, Pustu, Bidan, Tradisional) akhirnya didiagnosis oleh dokter di layanan kesehatan masyarakat.⁽³⁰⁾

2. Penyakit penyerta

Penyebab tuberkulosis adalah *Mycobacterium tuberculosis*. Basil tersebut menyebar di udara melalui semburan titik-titik air liur dari batuk pengidap TB aktif. Terdapat sejumlah orang yang memiliki risiko penularan TB yang lebih tinggi yaitu orang dengan sistem kekebalan tubuh yang lemah, seperti pengidap HIV/AIDS, diabetes, atau orang yang sedang menjalani kemoterapi, orang yang mengalami malnutrisi atau kekurangan gizi, dan pecandu narkoba.⁽¹⁴⁾

Pandemi HIV/AIDS di dunia menambah permasalahan TB. Koinfeksi dengan HIV akan meningkatkan risiko kejadian TB secara signifikan. Pada saat yang sama, resistensi ganda kuman TB terhadap obat anti TB semakin menjadi masalah akibat kasus yang tidak berhasil disembuhkan. Keadaan tersebut pada akhirnya akan menyebabkan terjadinya epidemi TB yang sangat sulit ditangani.⁽¹⁶⁾

Penelitian Getinet (2017), menyatakan bahwa HIV atau kondisi kekebalan lainnya sering menghasilkan presentasi TB atipikal yang dapat

melemahkan kemampuan pasien atau dokter untuk mendeteksi TB, sehingga mengakibatkan penundaan diagnostik. Namun, dalam penelitiannya juga menyatakan bahwa variabel tersebut tidak tampak terkait secara signifikan dengan penundaan.⁽⁴⁷⁾ Pasien dengan infeksi HIV mengalami beberapa keterlambatan dalam diagnosis TB, meskipun penelitian ini tidak signifikan secara statistik. HIV diketahui menunda diagnosis TB karena hasil non-spesifik dan presentasi klinis atipikal. Pasien TB yang HIV-positif mengalami gejala yang lebih serius ketika TB didiagnosis, yang mendorong pasien untuk mengunjungi fasilitas kesehatan dan meningkatkan kecurigaan TB oleh dokter.⁽⁴⁸⁾

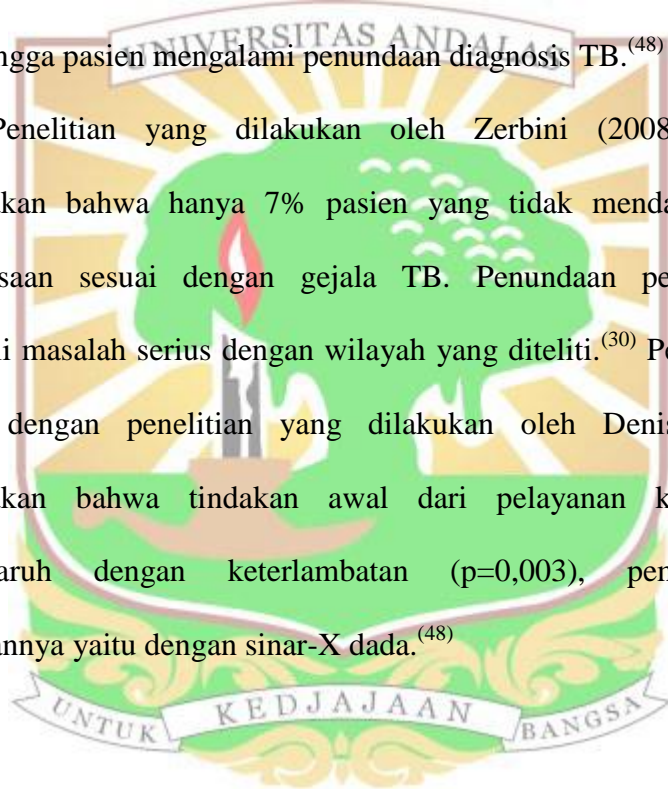
Menurut penelitian Zerbini (2008), menyatakan bahwa pasien yang melakukan kunjungan fasilitas kesehatan terkait dengan keluhan gejala TB akan melakukan pemeriksaan radiografi bakteriologis dan dada. Setelah melakukan pemeriksaan terkait dengan keluhan gejala TB, maka akan dilanjutkan untuk melakukan pemeriksaan HIV. Hal ini menunjukkan bahwa bahwa tidak ada hubungan antara penyakit penyerta (HIV/DM) dengan keterlambatan.⁽³⁰⁾

3. Tindakan awal pelayanan kesehatan

Tindakan yang pertama kali dilakukan untuk pemeriksaan TB yaitu pemeriksaan dahak/sputum, foto toraks, dan pemeriksaan lainnya. Menurut penelitian Moran dalam penelitian Denise (2012), menyatakan bahwa gejala batuk lebih dari 3 minggu atau batuk berdarah dikaitkan dengan diagnosis yang lebih cepat, keluhan atau gejala tersebut dapat meningkatkan kecurigaan TB sebelumnya, dan akibatnya akan dilakukan tindakan yang sesuai dengan

diagnosis TB atau dilakukan pemeriksaan TB dan pengobatan lebih dini.⁽⁴⁸⁾ Gejala yang tidak spesifik akan memberikan tindakan yang tidak sesuai dengan tindakan pemeriksaan TB, seperti pemberian obat batuk biasa. Mfinanga tahun 2008 dalam penelitian Denise (2012) juga menyatakan tidak mengetahui bahwa keringat malam adalah salah satu gejala TB yang harus dilakukan dengan pemeriksaan TB. Namun penelitian tersebut gejala dengan keringat malam tidak mendapatkan tindakan yang sesuai dengan pemeriksaan TB sehingga pasien mengalami penundaan diagnosis TB.⁽⁴⁸⁾

Penelitian yang dilakukan oleh Zerbini (2008) di Argentina menyatakan bahwa hanya 7% pasien yang tidak mendapatkan tindakan pemeriksaan sesuai dengan gejala TB. Penundaan pemeriksaan tidak mewakili masalah serius dengan wilayah yang diteliti.⁽³⁰⁾ Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Denise (2012) yang menyatakan bahwa tindakan awal dari pelayanan kesehatan sangat berpengaruh dengan keterlambatan ($p=0,003$), pemeriksaan yang dilakukannya yaitu dengan sinar-X dada.⁽⁴⁸⁾



2.4 Telaah Sistematis

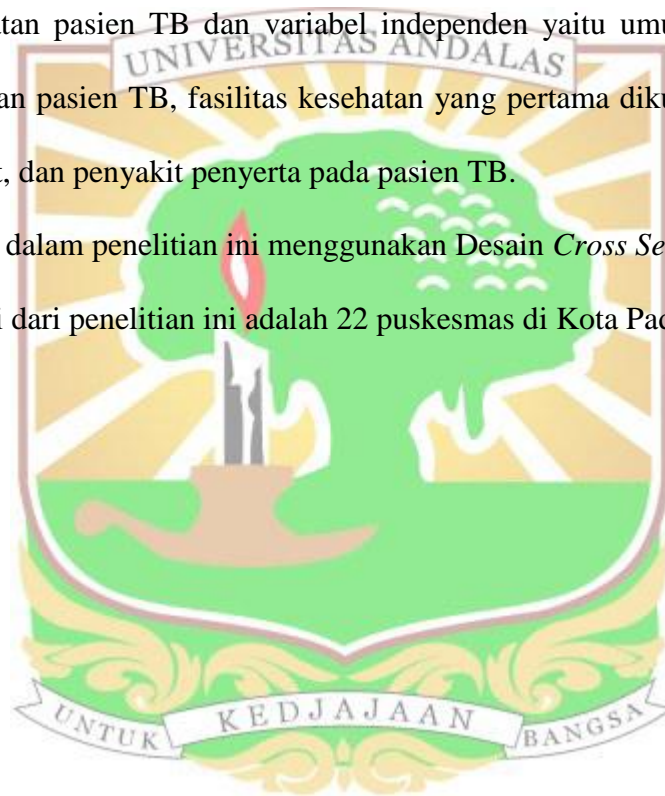
Tabel 2.1 Telaah Sistematis

Penulis	Tahun	Judul	Desain	Variabel	<i>p-value</i>	OR/PR
E. Zerbini, M. C. Chirico, B. Salvadores, B. Amigot, S. Estrada, G. Algorry ⁽³⁰⁾	2008	Delay in Tuberculosis diagnosis and treatment in four provinces of argentina	Cross sectional	Dependen : keterlambatan pasien dan diagnosis delay Independen : - Jenis layanan yang dikunjungi - Jenis kelamin - Umur - Status menikah - Kontak TB - Pendidikan - Status merokok - Pendapatan RT - Transportasi - Jenis penyakit - Status HIV	p = 0,001 p = 0,158 p = 0,001 p = 0,028 p = 0,045 p = 0,437 p = 0,208 p = 0,122 p = 0,003 p = 0,490 p = 0,577	1,32 2,51 1,00 1,58 1,00 1,25 1,49 1,00 1,00
Solomon Yimer, Gunnar Bjune and Getu Alene ⁽²¹⁾	2005	Diagnostic and treatment delay among pulmonary tuberculosis patients in Ethiopia: a cross sectional study	Cross sectional	Dependen : keterlambatan pasien, <i>provider</i> , dan keterlambatan sistem kesehatan Independen : - Kunjungan pertama ke penyedia layanan kesehatan - Jenis kelamin - Umur - Jarak tempat tinggal - Pekerjaan - Status perkawinan - Pendidikan - Kunjungan petugas kesehatan - Penghasilan - Penyedia medis	p<0,0001	1,00 2,04 1,00 1,00 1,61 1,00 1,00 2,11 1,29

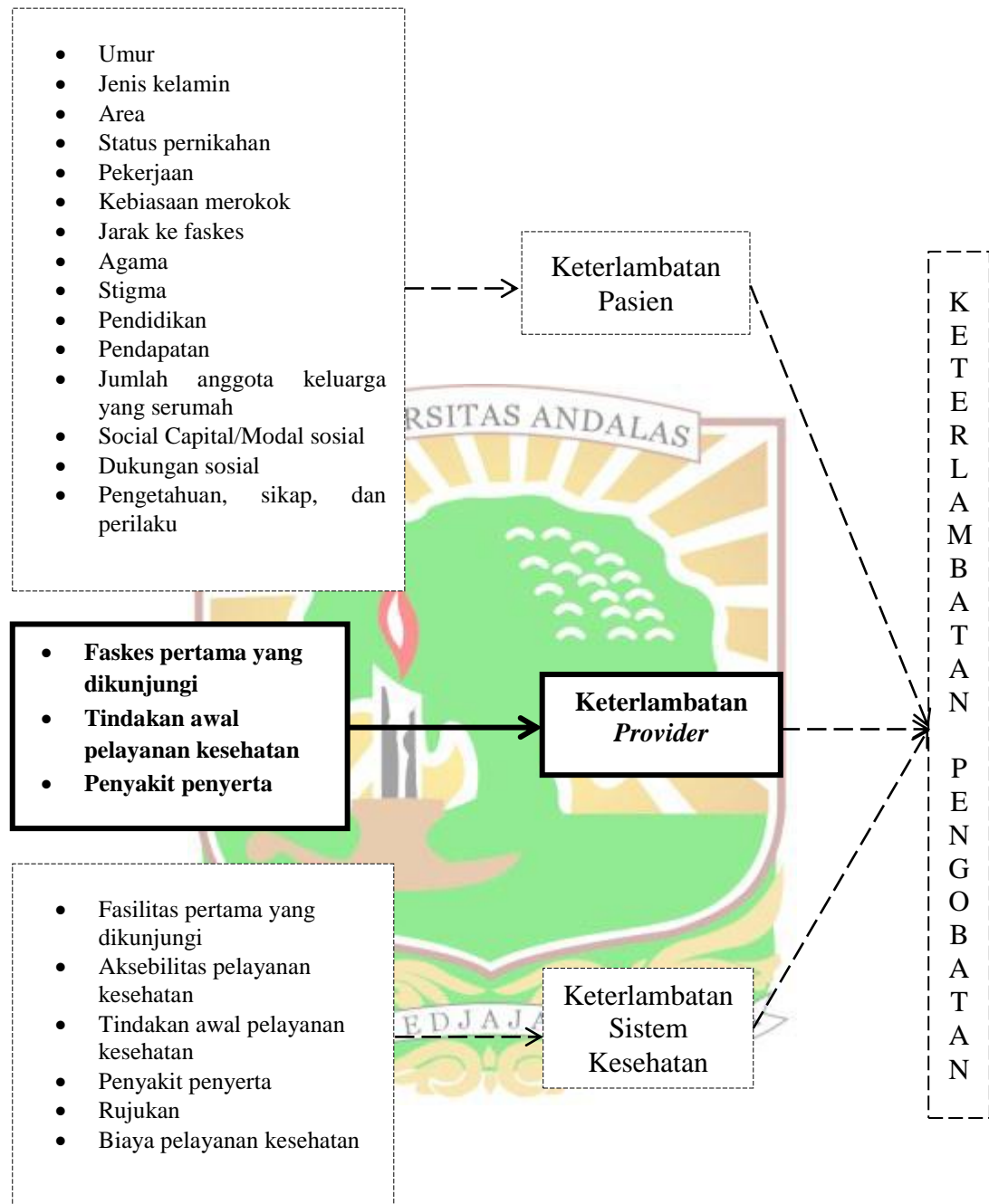
2.5 Perbedaan Penelitian

Adapun perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya antara lain :

1. Belum ada penelitian serupa tentang keterlambatan *provider* dalam pengobatan tuberkulosis di Kota Padang.
2. Belum ada gambaran apakah terjadi keterlambatan *provider* dalam pengobatan pasien tuberkulosis di Kota Padang.
3. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah keterlambatan *provider* dalam pengobatan pasien TB dan variabel independen yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan pasien TB, fasilitas kesehatan yang pertama dikunjungi, jenis/tipe penyakit, dan penyakit penyerta pada pasien TB.
4. Analisis dalam penelitian ini menggunakan Desain *Cross Sectional*.
5. Populasi dari penelitian ini adalah 22 puskesmas di Kota Padang.



2.6 Kerangka Teori



Keterangan :

————— : variabel yang diteliti

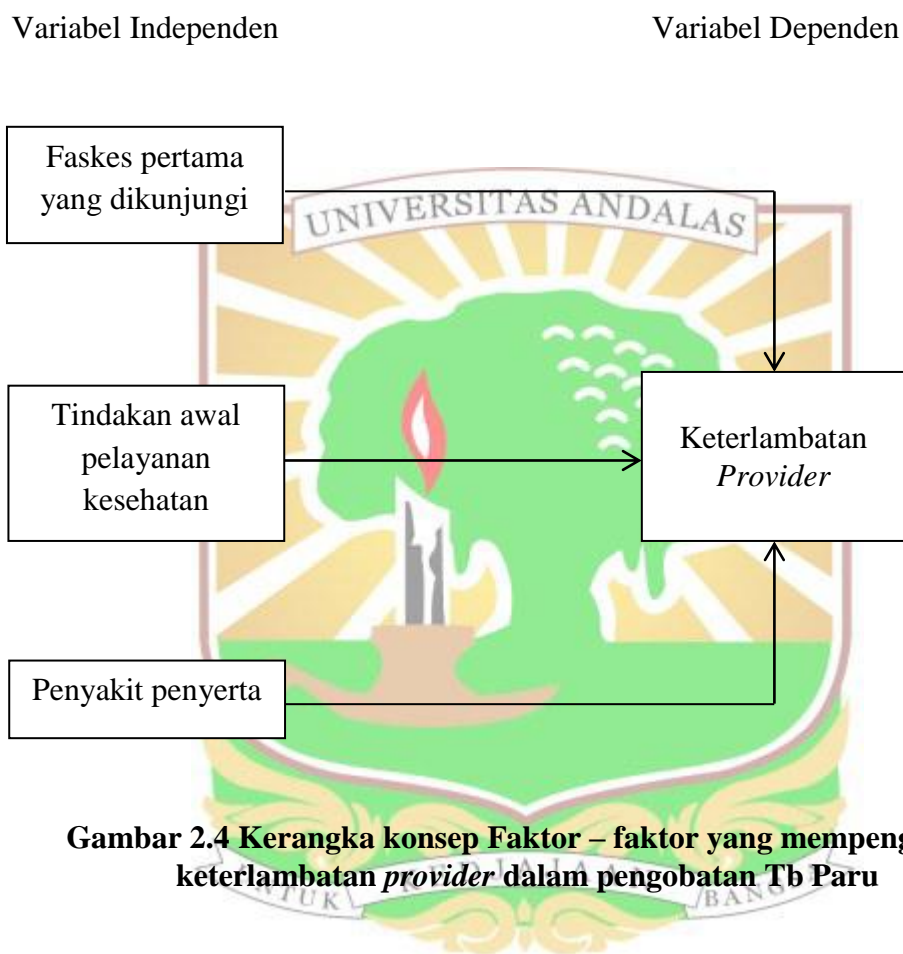
----- : variabel yang tidak diteliti

Sumber: Daniel Tolossa, et. Al (2014), WHO (2006), Dan Xia, et. al (2016), Getinet S.M., et.al (2017), dan Jing Cai et.al (2015)

Gambar 2.3 Kerangka Teori Faktor – faktor yang mempengaruhi keterlambatan provider dalam pengobatan Tb Paru

2.7 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori yang merupakan dari hasil penelitian didapatkan variabel yang diduga mempunyai hubungan kuat dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan penyakit TB, yang didapatkan dengan diagram dibawah ini:



BAB 3 : METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif, dengan rancangan analitik observasional yang menggunakan desain *Cross Sectional*. Rancangan *Cross Sectional* merupakan jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen hanya dalam satu kali waktu/dalam waktu yang bersamaan (*point time approach*). Artinya, tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan. Hal ini tidak berarti bahwa semua subjek penelitian diamati pada waktu yang sama, akan tetapi dinilai hanya satu kali saja.

3.2 Waktu dan Tempat

Penelitian ini dilakukan di 22 puskesmas Kota Padang pada Bulan Januari-April Tahun 2018.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi adalah semua bagian atau anggota dari objek yang akan diamati atau diteliti. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien TB Paru BTA positif yang masih menjalani pengobatan yang didapatkan jumlah populasi sebanyak 430.

3.3.2 Sampel

3.3.2.1 Besar Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah pasien TB paru BTA positif yang berobat di 22 puskesmas di Kota Padang, yang sedang atau telah menyelesaikan pengobatan

fase intensif. Besar sampel minimum pada penelitian ini didapatkan dengan menggunakan rumus besar sampel oleh Lemeshow sebagai berikut:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)N}{d^2(N-1) + Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

Keterangan :

- n = Besar sampel minimum
- N = Jumlah populasi
- α = Derajat Kepercayaan (0,05)
- P = Proporsi (0,42)
- d = limit dari error atau presisi absolut (0,05)
- $Z_{1-\alpha/2}^2 = (1,96)^2$

Dari rumus diatas didapat jumlah sampel minimum penelitian yaitu 199 orang. Untuk mengantisipasi terjadinya drop out maka disiapkan sampel cadangan sebanyak 20% yaitu sebanyak 39 orang, sehingga besar sampel menjadi sebanyak 238 orang. Dari perhitungan jumlah sampel 238 orang, pada saat penelitian dilapangan ditemukan responden sebanyak 229 orang.

3.3.2.2 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Proportional Random Sampling*. *Proportional Random Sampling* merupakan cara pengambilan sampel dari tiap-tiap sub populasi dengan memperhatikan pertimbangan unsur-unsur atau kategori dalam populasi penelitian., dengan memperhitungkan besar kecilnya sub-sub populasi tersebut. Teknik ini digunakan karena populasi mempunyai anggota yang tidak homogen, dalam hal ini berbeda dalam jumlah pasien yang diobati dari masing-masing puskesmas.

Pada penelitian ini, dari 22 puskesmas di Kota Padang dilakukan pemilihan sampel dengan cara *proportional random sampling* berdasarkan jumlah pasien TB BTA positif yang diobati. (Lampiran 1)

3.3.2.3 Kriteria Sampel

1. Kriteria Inklusi

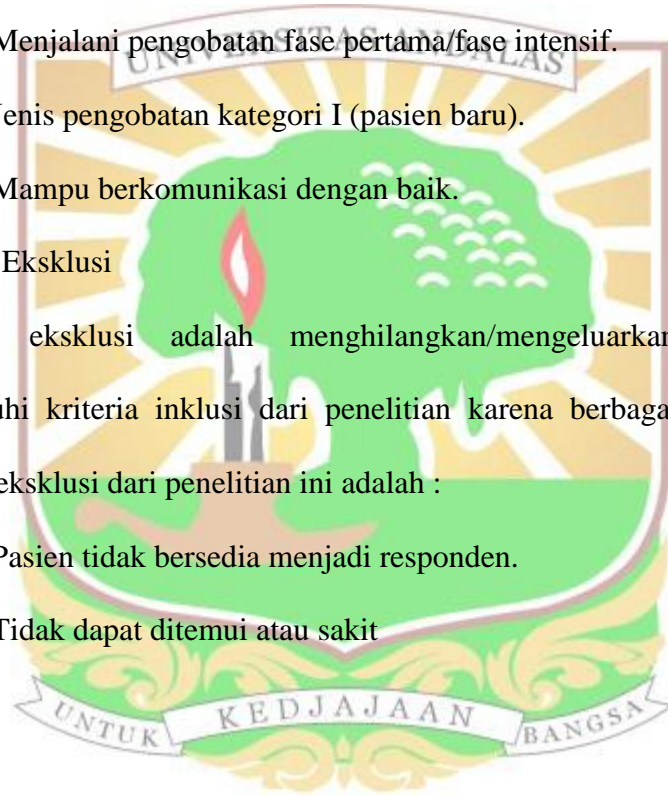
Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti. Adapun kriteria inklusi dari penelitian ini adalah :

- a. Merupakan pasien TB Baru BTA positif (+) yang masih berobat dan berusia 15 tahun keatas di 22 puskesmas di Kota Padang.
- b. Menjalani pengobatan fase pertama/fase intensif.
- c. Jenis pengobatan kategori I (pasien baru).
- d. Mampu berkomunikasi dengan baik.

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari penelitian karena berbagai sebab. Adapun kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah :

- a. Pasien tidak bersedia menjadi responden.
- b. Tidak dapat ditemui atau sakit



3.4 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Defenisi operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<i>Dependent</i>						
1	Keterlambatan <i>Provider</i>	interval waktu antara tanggal kehadiran pertama kali di pelayanan kesehatan sampai dengan dilakukan diagnosis	Kuesioner dan telaah rekam medik	wawancara	0 > 5 hari 1 ≤ 5 hari ^(25, 50)	Nominal
<i>Independent</i>						
1	Fasilitas kesehatan pertama yang dikunjungi	Konsultasi layanan kesehatan pertama kali yang dikunjungi oleh pasien TB, baik ke penyedia layanan TB maupun ke tidak penyedia layanan TB. Penyedia layanan TB yaitu kunjungan awal pasien TB ke penyedia yang dapat melakukan diagnosis. Penyedia layanan TB yaitu Rumah Sakit, BP4, dan Puskesmas. Tidak penyedia layanan TB yaitu Dokter, Bidan, Klinik, Tradisional, dan Pustu.	Kuesioner	Wawancara	0 = tidak penyedia layanan TB 1 = penyedia layanan TB ⁽⁵¹⁾	Nominal
2	Tindakan awal pelayanan kesehatan	Tindakan yang pertama kali dilakukan untuk pemeriksaan. Ada pemeriksaan jika dilakukan salah satu atau lebih pemeriksaan dahak, foto toraks, dan pemeriksaan tambahan lainnya.	Kuesioner	Wawancara	0 = tidak ada pemeriksaan 1 = ada pemeriksaan ⁽⁵²⁾	Nominal
3	Penyakit penyerta	Penyakit penyerta merujuk pada penyakit yang mempengaruhi penyakit TB meliputi infeksi HIV dan DM	kuesioner	wawancara	0 = ada 1 = tidak ada ⁽¹⁴⁾	Nominal

3.5 Pengumpulan, Pengolahan dan Analisa Data

3.5.1 Pengumpulan Data

3.5.1.1 Data Primer

Data primer diperoleh dari hasil kuesioner yang dengan melaukan wawancara tatap muka. Kuesioner pada penelitian ini merupakan angket berbentuk pilihan atau berupa pertanyaan tertutup, di mana jawabannya telah disediakan (*closed ended item*) dan pilihan terbuka. Pertanyaan disusun secara terstruktur sehingga responden dapat dengan mudah mengisi dan memilih jawaban yang telah disediakan. Bentuk pertanyaan yang diberikan adalah *dichotomous choice* dan *multiple choice*.

Kuesioner dirancang berdasarkan pedoman WHO, yaitu *Diagnosyic and Treatment Delay in Tuberculosis: An in-Depth Analysis of Te Health Seeking Behaviour of Patient and Health System Response in Seven Countries f The Eastern Mediterranean Region* tahun 2006 di Genewa dan informasi dari berbagai penelitian atau literatur yang dikembangkan untuk tujuan yang sama. Untuk mengumpulkan data dan informasi didapatkan melalui wawancara pasien yang berisi informasi tentang karakteristik pasien (Nama, Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, dan Puskesmas pasien berobat) dan tentang variabel keterlambatan *provider*, yaitu fasilitas pertama yang dikunjungi, tanggal kunjungan pertama kali ke pelayanan kesehatan, tindakan awal yang dilakukan oleh petugas kesehatan, tanggal didiagnosis TB, dan penyakit lain selain TB (HIV/DM).

3.5.1.2 Data Sekunder

Data sekunder yang digunakan adalah data dari penelitian sebelumnya, Profil Kesehatan Indonesia, Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Barat, Profil Kesehatan Kota Padang.

3.5.2 Pengolahan Data

Pengolahan data yang dilakukan secara manual dan menggunakan komputer dengan tahapan sebagai berikut:

a. *Editing* (Pemeriksaan Data)

Editing yaitu proses awal dari pengolahan data dimulai dengan pemeriksaan data dari lapangan, kemudian peneliti memastikan bahwa data yang diperoleh baik, artinya data tersebut telah terisi semua, konsisten, relevan, dan dapat dibaca dengan baik. Hal ini dilakukan dengan memeriksa tiap lembar kuisioner yang ada.

b. *Coding* (Pengkodean Data)

Coding yaitu data yang diperoleh dari sumber data yang sudah diperiksa kelengkapannya kemudian diubah menjadi angka dengan tujuan mempermudah saat analisa dan mempercepat *entry data*.Pengkodean dilakukan dengan mengacu pada kode yang telah disusun.

c. *Entry Data* (Memasukkan Data)

Pada tahap ini data dimasukkan kedalam komputer sesuai dengan urutan nomor anak yang diteliti seperti yang tertera pada instrument penelitian. Sehingga memudahkan peneliti untuk melakukan proses pengolahan data.

d. *Cleaning* (Membersihkan Data)

Kegiatan *cleaniang* adalah pengecekan kembali data yang telah dientry dalam komputer untuk memastikan bahwa data tersebut bersih dari kesalahan sehingga data tersebut benar-benar bersih dari kesalahan dan siap untuk dianalisa.

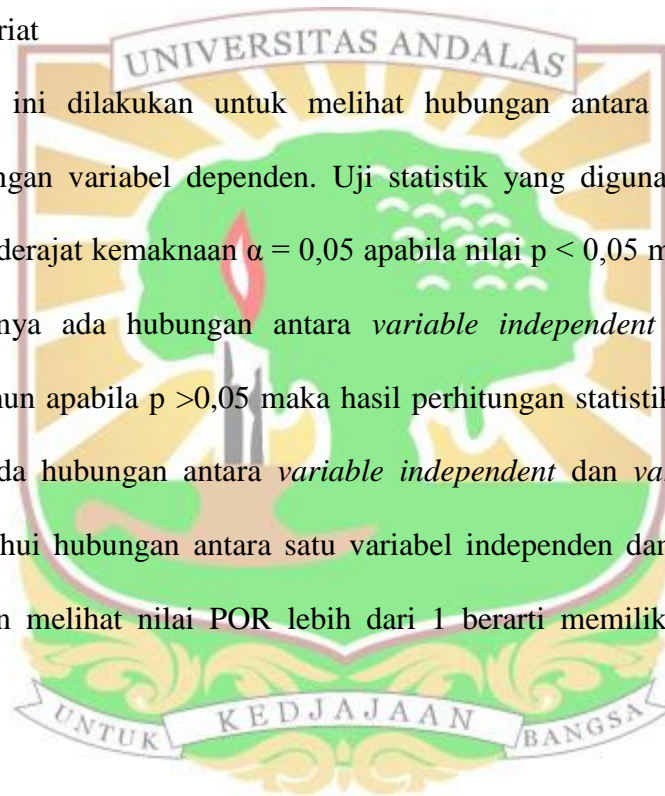
3.5.3 Analisis Data

1. Analisa Univariat

Analisa ini menggambarkan distribusi frekuensi pada variabel independen yang diteliti yaitu fasilitas kesehatan pertama yang dikunjungi, tindakan awal pelayanan kesehatan, penyakit penyerta, dan variabel dependen yaitu keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB.

2. Analisa Bivariat

Analisa ini dilakukan untuk melihat hubungan antara 2 variabel yaitu independen dengan variabel dependen. Uji statistik yang digunakan ialah uji *chi square* dengan derajat kemaknaan $\alpha = 0,05$ apabila nilai $p < 0,05$ maka hasil statistik bermakna, artinya ada hubungan antara *variable independent* dengan *variable dependent*, namun apabila $p > 0,05$ maka hasil perhitungan statistik tidak bermakna, artinya tidak ada hubungan antara *variable independent* dan *variable dependent*. Untuk mengetahui hubungan antara satu variabel independen dan dependen untuk 95% CI dengan melihat nilai POR lebih dari 1 berarti memiliki hubungan yang signifikan.



BAB 4 : HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

4.1.1 Geografi

Kota Padang memiliki luas keseluruhan 694,96 Km², secara geografis terletak pada bagian pantai Barat Sumatera pada posisi 000 44 °, 00,“- 01°08” 35” Lintang Selatan dan 1000 05° 05” – 100° 34° 09” Bujur Timur.. Secara geografis Kota Padang merupakan perpaduan dataran rendah dan perbukitan serta aliran sungai dan pulau – pulau, dengan uraian 21 buah sungai (5 sungai besar dan 21 sungai kecil) dengan sungai terpanjang yaitu batang kandis sepanjang 20 km. Terdapat 19 buah pulau yang tersebar di beberapa kecamatan dengan pemanfaatan lahan produktif 180 km² sedangkan panjang pantai 68.126 Km. Curah hujan Kota Padang Tahun 2010-2014 rata rata adalah 289,85 sampai 332,17 mm per tahun. Temperatur 26,0oC – 27,0oC dengan kelembaban udara berkisar 79 – 87% (BPS Kota Padang, 2016).

Wilayah Kota Padang memiliki ketinggian yang bervariasi menurut kecamatannya. Kecamatan Lubuk Kilangan merupakan wilayah yang paling tinggi dari permukaan laut dengan luas 85,99 Km², diikuti dengan Kecamatan Koto Tengah, Kecamatan Pauh, dan Kecamatan Bungus Teluk Kabung. Sedangkan wilayah yang paling rendah adalah Kecamatan Padang Barat, Nanggalo, Padang Timur dan Kecamatan Padang Utara dengan luas wilayahnya yang relative kecil.

Kota Padang Secara administrasi terdiri dari 11 Kecamatan dan memiliki 104 kelurahan dengan kecamatan terluas adalah Koto Tengah yang mencapai 232,25 km². Kota Padang ini sebelah utara berbatas dengan Kabupaten Padang Pariaman, sebelah Selatan berbatas dengan Kabupaten Pesisir Selatan, sebelah timur berbatas

dengan Kabupaten Solok, sebelah barat berbatasan dengan Samudra Indonesia (BPS Kota Padang, 2016).

4.1.2 Demografi

Proyeksi penduduk Indonesia yang dilakukan oleh BPS untuk tahun 2010-2035, berdasarkan hal tersebut kemudian diolah oleh Pusdatin Kemenkes RI dan DKK Kota Padang maka jumlah penduduk kota Padang pada tahun 2016 sebanyak 914.968 jiwa yang terdiri dari 457.090 jiwa laki-laki dan 457.878 jiwa perempuan. Kecamatan Koto Tangah merupakan Kecamatan yang memiliki penduduk terbanyak yaitu 179.442 jiwa dan Kecamatan Bungus memiliki penduduk yang paling sedikit yaitu 25.164 jiwa.

Laju pertumbuhan penduduk sangat berguna untuk memperkirakan jumlah penduduk dimasa yang akan datang, sehingga pemerintah dapat membuat kebijakan pembangunan sesuai keadaan kependudukan. Secara umum laju pertumbuhan penduduk selama 5 tahun terakhir (tahun 2010 – 2015) adalah sebesar 8,26 % (PDA 2016). Kecamatan yang tertinggi laju pertumbuhannya adalah Kecamatan Pauh sebesar 15,59% disusul kecamatan Kuranji yaitu sebesar 11,53% % sedangkan laju pertumbuhan penduduk yang paling rendah adalah kecamatan Padang Barat sebesar 1,16%.

Menurut PDA 2016 Kecamatan Padang Timur adalah daerah yang paling tinggi kepadatan penduduknya yaitu 9.712/km² dan daerah terendah tingkat kepadatan penduduknya adalah Bungus Teluk Kabung yaitu 242/ km².

4.1.3 Sarana Dan Prasarana Pelayanan Kesehatan

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kualitas dan pemerataan jangkauan pelayanan kesehatan. Dalam upaya mencapai tujuan tersebut

penyediaan sarana dan prasarana kesehatan yang bermutu merupakan hal yang penting.

1. Sarana Kesehatan

Sarana kesehatan yang ada dikota Padang adalah :

a. Puskesmas

Fasilitas pelayanan yang tersedia di kota Padang saat ini, secara umum sudah memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat. Pada tingkat pelayanan dasar, saat ini terdapat 23 unit puskesmas yang terletak pada 11 kecamatan di Kota Padang, tetapi terdapat satu Puskesmas yaitu Puskesmas Dadok Tunggul Hitam sedang dalam pengurusan registrasi. Diantara 22 unit Puskesmas tersebut terdapat diantaranya 7 unit puskesmas rawatan dan 15 puskesmas non rawatan.

b. Puskesmas Pembantu

Puskesmas Pembantu didirikan untuk meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan sampai ke daerah yang sulit dijangkau dan juga memenuhi tuntutan dan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan sehingga masyarakat mendapatkan pelayanan. Total Puskesmas Pembantu yang ada pada tahun 2016 adalah 61 buah.

c. Poskeskel

Jumlah Poskeskel tahun 2016 berjumlah 93 buah, tetapi yang memiliki bangunan sampai tahun 2016 adalah sebanyak 29 buah, sedangkan Poskeskel yang belum mempunyai bangunan berjumlah 64 unit. Poskeskel yang belum mempunyai bangunan dan yang telah mempunyai bangunan beroperasi dan menyebar pada Kelurahan di Kota Padang. Poskeskel yang telah mempunyai bangunan dibangun dengan dana APBD, Swadaya masyarakat dan PNPM mandiri, sedangkan Poskeskel

yang belum ada bangunannya untuk sementara beroperasi pada pustu atau kantor lurah yang ada di Kota Padang.

d. Puskesmas Keliling

Sarana transportasi pendukung pelayanan puskesmas antara lain puskesmas keliling (kendaraan roda 4) hingga tahun 2016 berjumlah 25 unit. Artinya setiap Puskesmas sudah didukung fasilitas Puskesmas keliling roda 4 sebanyak 1 unit.

e. Sarana dan prasaran lain

- 1) Rumah Sakit Umum : 13 buah.
- 2) Rumah Sakit Khusus : 16 buah
- 3) Balai Pengobatan/ Klinik : 105 buah
- 4) Praktek Dokter Perorangan : 1.026 buah
- 5) Posyandu : 898 buah
- 6) Apotek : 210 buah
- 7) Toko Obat : 20 buah
- 8) GFK : 1 buah

2. Tenaga Kesehatan

Jumlah tenaga di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Padang pada tahun 2016 adalah 1.282 orang yang terdiri dari 1.114 orang PNS dan 168 non PNS.

4.1.4 Visi dan Misi Pembangunan Kesehatan Kota Padang

Visi Pembangunan kesehatan Kota Padang yakni “**Mewujudkan Masyarakat Kota Padang Peduli Sehat, Mandiri, Berkualitas dan Berkeadilan Tahun 2019**” yang mengacu pada RPJP-K Tahun 2005-2025 dan rancangan awal RPJMD Kota Padang Tahun 2014-2019.

Visi ini dituangkan menjadi empat misi yaitu :

1. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani,
2. Melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu dan berkeadilan,
3. Menjamin ketersediaan dan pemerataan sumberdaya kesehatan yang berkualitas
4. Menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik, bersih dan melayani.

4.2 Karakteristik Responden

Berdasarkan penelitian yang telah dilaksanakan diperoleh informasi mengenai karakteristik responden yang dapat dilihat pada Tabel 4.1 dibawah ini :

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Pengobatan TB Tahun 2018

No	Karakteristik	f	%
1	Umur		
	≥50 Tahun	62	27,1
	15-49 Tahun	167	72,9
2	Jenis Kelamin		
	Laki – laki	142	62,0
	Perempuan	87	38,0
3	Pendidikan		
	Rendah	199	86,9
	Tinggi	30	13,1
4	Pekerjaan		
	Tidak Bekerja	102	44,5
	Bekerja	127	55,5
5	Status Pernikahan		
	Tidak Menikah	81	35,4
	Menikah	148	64,6
6	Pendapatan		
	Rendah	219	95,6
	Tinggi	10	4,4

Berdasarkan Tabel 4.1 diatas dapat diketahui bahwa lebih dari separuh pasien TB berumur antara 15-49 Tahun (72,9%), lebih dari separuh pasien TB berjenis

kelamin laki-laki (62%), dan sebagian besar pasien TB berpendidikan Rendah (86,9%). Sebagian dari pasien TB memiliki bekerja (55,5%), lebih dari separuh pasien TB memiliki status pernikahan menikah (64,6%), dan sebagian besar dari pasien TB memiliki pendapatan rendah (95,6%).

4.3 Analisis Univariat

Analisis Univariat ini bertujuan untuk melihat gambaran distribusi frekuensi dari setiap variabel independen (fasilitas kesehatan pertama yang dikunjungi, tindakan awal pelayanan kesehatan, dan penyakit penyerta) serta variabel dependen (keterlambatan *provider*), distribusi masing-masing dapat dilihat sebagai berikut :

4.3.1 Keterlambatan *Provider*

Gambaran distribusi frekuensi responden berdasarkan Keterlambatan *Provider* pada pengobatan Tuberkulosis di Kota Padang Tahun 2018 dapat dilihat pada Tabel 4.2 berikut ini :

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Keterlambatan *Provider* pada Pengobatan Tuberkulosis di Kota Padang Tahun 2018

Keterlambatan <i>Provider</i>	f	%
Terlambat	71	31
Tidak Terlambat	158	69
Jumlah	229	100

Berdasarkan Tabel 4.2 diatas dapat dilihat bahwa dari 229 responden yang masih berobat TB terdapat 31% yang mengalami keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB.

4.3.2 Fasilitas Kesehatan Pertama Dikunjungi

Gambaran distribusi frekuensi responden berdasarkan fasilitas kesehatan pertama yang dikunjungi pada pengobatan Tuberkulosis di Kota Padang Tahun 2018 dapat dilihat pada Tabel 4.3 berikut ini :

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Fasilitas Kesehatan Pertama dikunjungi pada Pengobatan Tuberkulosis di Kota Padang Tahun 2018

Fasilitas Kesehatan Pertama dikunjungi	f	%
Tidak Penyedia Layanan TB	22	9,6
Penyedia Layanan TB	207	90,4
Jumlah	229	100

Responden dikelompokkan menjadi Tidak Penyedia Layanan TB dan Penyedia Layanan TB. Yang tergolong ke tidak penyedia layanan yaitu Bidan, Dokter, Klinik, Tradisional, dan Pustu. Sedangkan yang tergolong ke penyedia layanan yaitu Puskesmas, Rumah Sakit, dan BP4.

Berdasarkan Tabel 4.3 diatas dapat dilihat bahwa dari 229 responden yang masih berobat TB terdapat sebagian besar kunjungan fasilitas kesehatan pertamanya ke penyedia layanan TB 90,4%.

4.3.3 Tindakan Awal Pelayanan Kesehatan

Gambaran distribusi frekuensi responden berdasarkan tindakan awal pelayanan kesehatan yang dikunjungi pasien pada pengobatan Tuberkulosis di Kota Padang Tahun 2018 dapat dilihat pada Tabel 4.4 berikut ini :

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Tindakan Awal Pelayanan Kesehatan yang dikunjungi pasien pada pengobatan Tuberkulosis di Kota Padang Tahun 2018

Tindakan Awal Pelayanan Kesehatan	f	%
Tidak Ada Tindakan	52	22,7
Ada Tindakan	177	77,3
Jumlah	229	100

Responden dikelompokkan menjadi Tidak Ada Tindakan dan Ada Tindakan. Yang tergolong ke tidak ada tindakan yaitu pemberian obat batuk biasa, dikasih obat dan disuruh balik lagi, serta tidak tindakan sama sekali. Sedangkan yang tergolong ke ada tindakan yaitu dilakukan pemeriksaan terkait dengan gejala TB yaitu pemeriksaan dahak/sputum, foto toraks, dan rontgen.

Berdasarkan Tabel 4.4 diatas dapat dilihat bahwa dari 229 responden yang masih berobat TB terdapat 77,3% yang ada tindakan awal pelayanan kesehatan saat pasien mengunjungi fasilitas kesehatan pertama.

4.3.4 Penyakit Penyerta

Gambaran distribusi frekuensi responden berdasarkan ada atau tidaknya penyakit penyerta pada pasien Tuberkulosis di Kota Padang Tahun 2018 dapat dilihat pada Tabel 4.5 berikut ini :

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Penyakit Penyerta pada pasien Tuberkulosis di Kota Padang Tahun 2018

Penyakit Penyerta	f	%
Ada	37	16,2
Tidak Ada	192	83,8
Jumlah	229	100

Responden dikelompokkan menjadi Ada Penyakit Penyerta TB dan Tidak Ada Penyakit Penyerta TB. Yang tergolong ke ada penyakit penyerta yaitu apabila pasien memiliki riwayat penyakit HIV atau Diabetes Mellitus. Sedangkan yang tergolong ke tidak ada penyakit penyerta yaitu tidak memiliki riwayat penyakit yang erat kaitannya dengan TB (HIV/DM)..

Berdasarkan Tabel 4.5 diatas dapat dilihat bahwa dari 229 responden yang masih berobat TB terdapat 83,3% yang tidak memiliki penyakit penyerta pada saat pengobatan TB.

4.4 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara variabel dependen dengan independen. Uji statistik yang digunakan adalah uji *chi square* dengan tingkat kepercayaan 95%. Bila *p-value* >0.05 , menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara variabel dependen dengan variabel independen.

4.4.1 Hubungan Fasilitas Kesehatan Pertama Yang Dikunjungi dengan Keterlambatan *Provider*

Hasil penelitian diketahui hubungan fasilitas kesehatan pertama yang dikunjungi dengan keterlambatan *provider* dapat dilihat pada Tabel 4.6 berikut ini :

Tabel 4.6 Hubungan Fasilitas Kesehatan Pertama Yang Dikunjungi dengan Keterlambatan *Provider* Pada Pengobatan TB di Kota Padang Tahun 2018

Fasilitas Kesehatan	Keterlambatan <i>Provider</i>				Total	<i>p-value</i>	POR (95% CI)	
	Terlambat		Tidak Terlambat					
	f	%	f	%				f
Tidak Penyedia Layanan TB	11	50,0	11	50,0	22	100	0,043	2,45 (1-5,95)
Penyedia Khusus TB	60	29,0	147	71,0	207	100		
Total	71	31,0	158	69,0	229	100		

Hasil analisis hubungan antara fasilitas kesehatan pertama yang dikunjungi dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB diperoleh bahwa ada sebanyak 50% yang kunjungan pertama fasilitas kesehatannya ke tidak penyedia layanan TB mengalami keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB, sedangkan yang kunjungan fasilitas kesehatan pertama ke penyedia layanan TB ada 29% yang mengalami terlambat. Uji Statistik $\alpha=5\%$ diperoleh nilai $p=0,043$ maka dapat

disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan pasien yang mengunjungi ke tidak penyedia layanan TB dengan penyedia layanan TB dalam keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB. Dari hasil uji Statistik dapat diketahui bahwa pasien yang kunjungan pertama fasilitas kesehatan ke penyedia layanan TB 2,45 kali lebih berisiko mengalami keterlambatan *provider* dari pada pasien yang tidak mengunjungi fasilitas kesehatan pertama ke tidak penyedia layanan TB.

Analisis lebih lanjut dapat dilakukan dengan pengelompokan responden Non Rumah Sakit/BP4 dan Rumah Sakit/BP4.

Tabel 4.7 Hubungan Fasilitas Kesehatan Pertama Yang Dikunjungi dengan Keterlambatan *Provider* Pada Pengobatan TB di Kota Padang Tahun 2018

Fasilitas Kesehatan	Keterlambatan <i>Provider</i>				Total	<i>p-value</i>	POR (95% CI)	
	Terlambat		Tidak Terlambat					
	f	%	f	%				
Non Rumah Sakit/Non BP4	60	34,5	114	65,5	174	100	0,043	2,1
Rumah Sakit/BP4	11	20,0	44	80,0	55	100		(1,01-4,37)
Total	71	31,0	158	69,0	229	100		

Hasil analisis hubungan antara fasilitas kesehatan pertama yang dikunjungi dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB diperoleh bahwa ada sebanyak 34,5% yang kunjungan pertama fasilitas kesehatannya ke yang bukan Rumah Sakit/BP4 mengalami keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB, sedangkan yang kunjungan fasilitas kesehatan pertama ke Rumah Sakit/BP4 ada 20% yang mengalami terlambat. Uji Statistik $\alpha=5\%$ diperoleh nilai $p=0,043$ maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pasien yang mengunjungi fasilitas kesehatan pertama ke yang bukan Rumah Sakit/BP4 dengan Rumah Sakit/BP4 dalam keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB. Dari hasil uji Statistik dapat diketahui bahwa pasien yang kunjungan pertama fasilitas kesehatan ke Non Rumah Sakit/BP4 2,1 kali lebih berisiko mengalami keterlambatan

provider dari pada pasien yang mengunjungi fasilitas kesehatan pertama ke Rumah Sakit/BP4.

4.4.2 Hubungan Tindakan Awal Pelayanan Kesehatan dengan Keterlambatan *Provider*

Hasil penelitian diketahui hubungan tindakan awal pelayanan kesehatan dengan keterlambatan *provider* dapat dilihat pada Tabel 4.7 berikut ini :

Tabel 4.8 Hubungan Tindakan Awal Pelayanan Kesehatan dengan Keterlambatan *Provider* Pada Pengobatan TB di Kota Padang Tahun 2018

Tindakan Awal Pelayanan Kesehatan	Keterlambatan <i>Provider</i>				Total		<i>p-value</i>	POR (95% CI)
	Terlambat		Tidak Terlambat					
	f	%	f	%	f	%		
Tidak Ada Tindakan	28	53,8	24	46,2	52	100	0,0001	3,63 (1,90-6,92)
ada tindakan	43	24,3	134	75,7	177	100		
Total	71	31	158	69	229	100		

Hasil analisis hubungan antara tindakan awal pelayanan kesehatan dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB diperoleh bahwa ada sebanyak 53,8% yang tidak ada tindakan awal dari pelayanan kesehatan terkait dengan pengobatan TB yang mengalami keterlambatan *provider*, sedangkan yang ada tindakan terdapat 24,3% yang mengalami terlambat. Hal ini menyatakan bahwa pasien yang tidak mendapatkan tindakan lebih banyak mengalami keterlambatan *provider* daripada pasien yang tidak mendapatkan tindakan terkait gejala TB. Uji Statistik $\alpha=5\%$ diperoleh nilai $p=0,0001$ maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara ada tindakan awal pelayanan kesehatan dengan tidak adanya tindakan awal pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan pada saat pasien berobat terhadap keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB. Dari hasil uji Statistik dapat diketahui bahwa pasien yang mendapatkan tindakan awal pelayanan

kesehatan saat kunjungan pertama oleh petugas kesehatan 3,6 kali lebih berisiko mengalami keterlambatan *provider* dari pada pasien yang tidak mendapatkan tindakan awal pelayanan kesehatan.

4.4.3 Hubungan Penyakit Penyerta dengan Keterlambatan *Provider*

Hasil penelitian diketahui hubungan penyakit penyerta dengan keterlambatan *provider* dapat dilihat pada Tabel 4.8 berikut ini :

Tabel 4.9 Hubungan Penyakit Penyerta dengan Keterlambatan *Provider* Pada Pengobatan TB di Kota Padang Tahun 2018

Penyakit Penyerta	Keterlambatan <i>Provider</i>				Total		<i>p</i> -value	POR (95% CI)
	Terlambat		Tidak Terlambat					
	f	%	F	%	f	%		
Ada	11	29,7	26	70,3	37	100	0,855	0,93
Tidak ada	60	31,3	132	68,8	192	100		(0,43-2,00)
Total	71	31	158	69	229	100		

Hasil analisis hubungan antara penyakit penyerta dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB diperoleh bahwa ada sebanyak 29,7% yang memiliki penyakit penyerta yang mengalami keterlambatan pengobatan TB dari segi *provider*, sedangkan yang tidak ada penyakit penyerta ada 31,3% yang mengalami terlambat. Uji Statistik $\alpha=5\%$ diperoleh nilai $p=0,855$ maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara adanya penyakit penyerta dengan tidak ada penyakit penyerta terhadap keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB.

BAB 5 : PEMBAHASAN

5.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini tidak terlepas dari berbagai keterbatasan yang mempengaruhi hasil penelitian. Keterbatasan dalam penelitian ini adalah terdapat salah satu puskesmas yang tidak dapat melaksanakan penelitian dikarenakan pemegang program lagi cuti dan terkendalanya pengurusan surat menyurat, dan kurangnya penelitian sejenis yang dapat dijadikan pembanding penelitian yang dilakukan.

5.2 Analisis Univarit

5.2.1 Keterlambatan *Provider*

Hasil penelitian yang dilakukan terhadap pasien TB yang sedang berobat di 22 Puskesmas Kota Padang Tahun 2018 dengan 229 responden menunjukkan bahwa 31% yang mengalami keterlambatan pengobatan dari segi *provider*nya dan 69% yang tidak terlambat.

Keterlambatan *provider* berawal dari konsultasi pertama difasilitas kesehatan atau kunjungan pertama ke fasilitas kesehatan sampai didiagnosis penyakit TB. Penundaan layanan kesehatan dapat mengakibatkan penyakit yang lebih luas, komplikasi dan menyebabkan kematian lebih tinggi.⁽²¹⁾ Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Yimer (2005) yaitu 48% keterlambatan dari layanan kesehatan (keterlambatan *provider*).⁽²¹⁾ Sedangkan menurut Meaza (2002) menyatakan bahwa 53% pasien yang mengalami penundaan layanan kesehatan atau keterlambatan *provider* dalam pengobatan tuberkulosis yang lebih dari 5 hari.

5.2.2 Fasilitas Kesehatan Pertama Dikunjungi

Hasil penelitian yang dilakukan terhadap pasien TB yang sedang berobat di 22 Puskesmas Kota Padang Tahun 2018 dengan 229 responden menunjukkan bahwa 9,6% yang kunjungan fasilitas kesehatan⁵⁵ pertamanya ke tidak penyedia layanan TB, dan 90,4% yang mengunjungi pelayanan kesehatan penyedia layanan TB sebagai fasilitas kesehatan pertama yang dikunjungi terkait gejala TB. Hal ini menunjukkan bahwa pasien yang mengunjungi pelayanan kesehatan yang lengkap sebagai fasilitas pertama yang dikunjungi terkait gejala TB lebih banyak dari pada mengunjungi fasilitas kesehatan dengan pelayanan kesehatan yang tidak lengkap.

Pada penelitian yang telah dilakukan diperoleh bahwa dari 229 pasien yang diwawancarai, pasien yang mengunjungi fasilitas kesehatan pertama terkait dengan gejala TB yang dirasakan terdapat 66,4% yang mengunjungi Puskesmas, 0,4% yang mengunjungi Bidan, 5,2% ke Dokter, 16,6% Rumah Sakit, 2,6 Klinik, 7,4 BP4, 0,4 mengunjungi pelayanan kesehatan Tradisional, dan 0,9 yang mengunjungi Pustu. Hal ini menyatakan bahwa dari hasil wawancara lebih dari setengah pasien TB mengunjungi fasilitas kesehatan umum terdekat.

Menurut Zerbini (2008) menyatakan bahwa kunjungan pertama pasien ke fasilitas kesehatan yaitu 47,7% menghadiri rumah sakit, 32,8% Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), 12,8% klinik swasta dan 6,7% apotek atau pekerja kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa penundaan pelayanan kesehatan bukanlah masalah utama di tempat penelitian dilakukan, meskipun penundaan pasien lebih lama ketika pasien pertama kali mengunjungi rumah sakit, diagnosis TB oleh rumah sakit/pusat pelayanan kesehatan lebih cepat.⁽³⁰⁾

5.2.3 Tindakan Awal Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian yang dilakukan terhadap pasien TB yang sedang berobat di 22 Puskesmas Kota Padang Tahun 2018 dengan 229 responden menunjukkan bahwa 52 responden (22,7%) yang tidak ada tindakan awal pelayanan kesehatan saat pasien mengunjungi fasilitas kesehatan pertama. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Zerbini (2008) yang menyatakan bahwa hanya 7% yang tidak ada tindakan awal saat pasien mengunjungi fasilitas kesehatan pertama terkait gejala TB. Tidak adanya tindakan ini yaitu tidak adanya pemeriksaan terhadap gejala TB seperti rontgen atau pemeriksaan dahak, dan melakukan foto *thorax*.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, pengalaman dari petugas kesehatan sangat berpengaruh dengan tindakan yang diberikan kepada pasien terhadap keluhan gejala TB. Hal ini disebabkan karena rendahnya pengalaman dari petugas kesehatan akan menyebabkan petugas kesehatan akan memberikan tindakan yang tidak sesuai dengan gejala TB tersebut, dan hal ini juga erat kaitannya dengan keluhan pasien yang berhubungan dengan gejala TB yang dirasakan masih kurang.

5.2.4 Penyakit Penyerta

Hasil penelitian yang dilakukan terhadap pasien TB yang sedang berobat di 22 Puskesmas Kota Padang Tahun 2018 dengan 229 responden menunjukkan bahwa 16,2% yang memiliki penyakit penyerta pada saat pengobatan TB. Hal ini menunjukkan bahwa penyakit penyerta (HIV/AIDS dan DM) bukanlah merupakan gejala awal dari penyakit TB yang sejalan dengan penelitian Zerbini (2008).⁽³⁰⁾

5.3 Analisis Bivariat

5.3.1 Hubungan Fasilitas Kesehatan Pertama Yang Dikunjungi dengan Keterlambatan *Provider*

Hasil analisis hubungan antara fasilitas kesehatan pertama yang dikunjungi dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB diperoleh bahwa ada sebanyak 50% yang kunjungan pertama fasilitas kesehatannya ke tidak penyedia layanan TB mengalami keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB, sedangkan yang kunjungan fasilitas kesehatan pertama ke penyedia layanan TB ada 29% yang mengalami keterlambatan. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *chi square* dengan $\alpha=5\%$ diperoleh nilai $p=0,043$ maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pasien yang mengunjungi fasilitas kesehatan pertama ke tidak penyedia layanan TB dengan penyedia layanan TB dalam keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB di Kota Padang Tahun 2018.

Dari hasil analisis lanjutan diperoleh bahwa Puskesmas dikategorikan sebagai fasilitas kesehatan yang berisiko (Non Rumah Sakit/BP4) dengan hasil analisis hubungan antara fasilitas kesehatan pertama yang dikunjungi dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB diperoleh bahwa ada sebanyak 34,5% yang kunjungan pertama fasilitas kesehatannya ke yang bukan Rumah Sakit/BP4 mengalami keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB, sedangkan yang kunjungan fasilitas kesehatan pertama ke Rumah Sakit/BP4 ada 20% yang mengalami terlambat. Uji Statistik $\alpha=5\%$ diperoleh nilai $p=0,043$ maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pasien yang mengunjungi fasilitas pertama ke yang bukan Rumah Sakit/BP4 dengan Rumah Sakit/BP4 dalam keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Zerbini (2008), menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara fasilitas kesehatan yang dikunjungi dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan tuberkulosis ($p=0,007$).⁽³⁰⁾ Begitu juga dengan penelitian yang dilakukan Wandwalo (2000) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan fasilitas kunjungan pertama dengan keterlambatan *provider* ($p=0,0001$).⁽²³⁾ Menurut penelitian Huong (2007), yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kunjungan fasilitas kesehatan pertama terhadap keterlambatan *provider* dalam pengobatan tuberkulosis ($p=0,001$).⁽⁵³⁾

Secara teori, diagnosis TB dilakukan melalui proses pemeriksaan klinis atau pemeriksaan bakteriologis dengan Mikroskop atau TCM. Berdasarkan hasil penelitian dilapangan bahwa diantara pasien TB yang melakukan kunjungan pertamanya ke tidak penyedia layanan TB mengalami keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB (50%) dibanding pasien yang melakukan kunjungannya ke penyedia layanan TB (29%). Pasien yang mengunjungi pelayanan kesehatan ke penyedia layanan TB akan terdiagnosis secara cepat. Hal ini disebabkan karena penyedia layanan TB merupakan pelayanan yang ada dokter dan sarana penunjang untuk melakukan diagnosis.

Pasien yang melakukan kunjungannya ke tidak penyedia layanan TB (Bidan, Dokter, Klinik, Tradisional, Pustu) akan mengalami keterlambatan *provider* dalam mendiagnosis. Menurut penelitian Zerbini (2008) semua pasien yang pertama kali mengunjungi klinik swasta atau fasilitas kesehatan lainnya akhirnya didiagnosis oleh dokter di layanan kesehatan masyarakat.⁽³⁰⁾

Sebagian besar dari pasien TB yang diteliti di Kota Padang sudah melakukan kunjungan pertama ke pelayanan kesehatan tingkat pertama. Puskesmas merupakan

pelayanan kesehatan tingkat pertama yang dikunjungi oleh pasien. Jika pasien sudah mendapatkan pengobatan ditingkat pertama, maka tidak dilakukan pengrujukan ke Rumah Sakit. Jika Puskesmas fasilitas kesehatan tingkat pertama memiliki keterbatasan SDM atau alat kesehatan untuk melayani pasien maka pasien yang bersangkutan akan dirujuk ke fasilitas kesehatan lanjutan seperti Rumah Sakit.

Namun, dari hasil penelitian dilapangan seluruh puskesmas di Kota Padang sudah dapat melakukan diagnosis TB dengan pemeriksaan dahak/sputum, dan hanya sebagian kecil dari pasien TB yang tidak melakukan kunjungan pertama ke penyedia layanan TB. Hal ini menyebabkan terdapat hubungan antara fasilitas pertama yang dikunjungi dengan keterlambatan *provider*. Sehingga untuk mengurangi keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB, maka diharapkan kepada masyarakat untuk dapat melakukan kunjungan pertamanya ke fasilitas kesehatan penyedia layanan TB, yaitu layanan yang memiliki Dokter dan alat penunjang untuk melakukan diagnosis TB tersebut dan diharapkan kepada Dinas Kesehatan untuk meningkatkan sarana penunjang di pelayanan kesehatan.

5.3.2 Hubungan Tindakan Awal Pelayanan Kesehatan dengan Keterlambatan

Provider

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang tidak ada tindakan awal dari pelayanan kesehatan terkait dengan pengobatan TB mengalami keterlambatan 53,8% terkait gejala TB, sedangkan yang ada tindakan terkait gejala TB terdapat 24,3% yang mengalami keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *chi square* menyatakan nilai $p=0,0001$ maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara ada tindakan awal pelayanan kesehatan dengan tidak adanya tindakan awal pelayanan kesehatan yang

dilakukan oleh petugas kesehatan pada saat pasien berobat terhadap keterlambatan *provider* dalam pengobatan tuberkulosis di Kota Padang Tahun 2018.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Denise (2012) yang menyatakan bahwa tindakan yang dilakukan oleh petugas kesehatan pada saat kunjungan pertamanya terkait dengan gejala TB ada hubungan yang bermakna dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB dengan $p=0,003$.⁽⁴⁸⁾

Tindakan dari petugas kesehatan berhubungan dengan keahlian dari petugas kesehatan dalam menangani suatu penyakit, karena dengan terbiasanya menangani pasien maka petugas kesehatan akan memberikan tindakan yang sesuai dengan kunjungan pasien ke fasilitas kesehatan terkait dengan gejala tersebut. Tindakan dari petugas mengenai gejala TB tersebut dapat berupa pemeriksaan dahak, rontgen, foto thorax, dan jenis pemeriksaan lainnya.

Keterlambatan dalam melakukan tindakan terkait gejala TB oleh pasien pada saat mengunjungi fasilitas kesehatan sangat erat kaitannya dengan keterlambatan diagnosis, karena apabila tindakan tidak dilakukan dengan cepat maka membawa risiko yang signifikan memperburuk keparahan penyakit kepada pasien dan meningkatkan risiko penularan ke orang-orang di sekitarnya.

5.3.3 Hubungan Penyakit Penyerta dengan Keterlambatan *Provider*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang memiliki penyakit penyerta yang mengalami keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB sebesar 29,7% dan yang tidak ada penyakit penyerta ada 31,3% yang mengalami terlambat. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *chi square* menyatakan nilai $p=0,855$ maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara

adanya penyakit penyerta dengan tidak adanya penyakit penyerta terhadap keterlambatan *provider* dalam pengobatan tuberkulosis di Kota Padang Tahun 2018

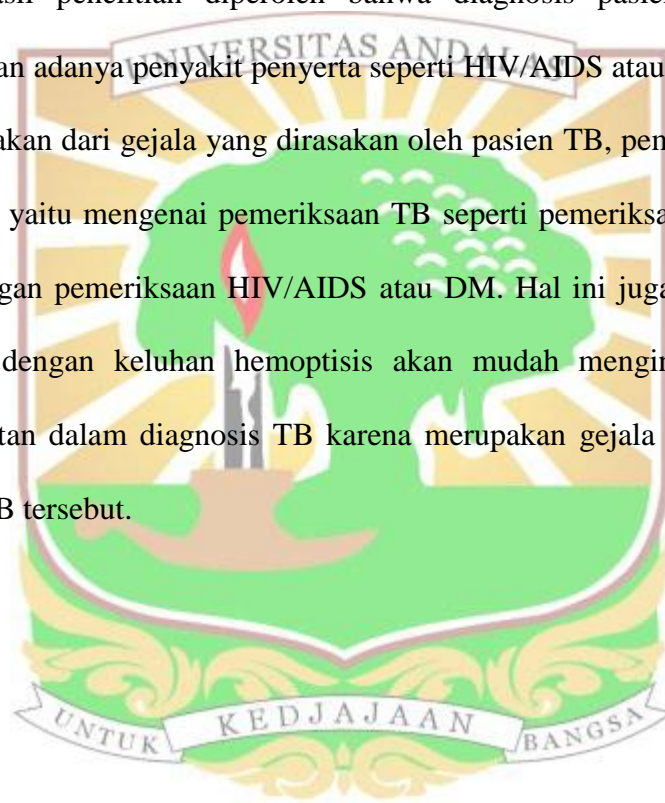
Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Zerbini pada 4 provinsi di Argentina yang menyatakan bahwa ada atau tidaknya penyakit penyerta pada saat dilakukan diagnosis tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Denise (2012) yang menyatakan bahwa status HIV/AIDS dan Diabetes Mellitus pada pasien TB tidak ada hubungan yang bermakna dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB yaitu dengan nilai $p=0,297$.^(30, 48)

Pandemi HIV/AIDS di dunia menambah permasalahan TB. Koinfeksi dengan HIV akan meningkatkan risiko kejadian TB secara signifikan. Pada saat yang sama, resistensi ganda kuman TB terhadap obat anti TB semakin menjadi masalah akibat kasus yang tidak berhasil disembuhkan. Keadaan tersebut pada akhirnya akan menyebabkan terjadinya epidemi TB yang sangat sulit ditangani.⁽¹⁶⁾ Pasien TB dengan HIV/AIDS yang positif mengalami gejala yang serius ketika didiagnosis TB. Oleh karena status HIV atau DM pada pasien akan memperburuk keadaan pasien dan meningkatkan kecurigaan petugas kesehatan dengan gejala TB dan diharuskan untuk melakukan tes HIV.

Menurut penelitian Getinet (2017), menyatakan bahwa HIV atau kondisi kekebalan lainnya sering menghasilkan presentasi TB atipikal yang dapat melemahkan kemampuan pasien atau dokter untuk mendeteksi TB, sehingga mengakibatkan penundaan diagnostik. Namun, dalam penelitiannya juga menyatakan bahwa variabel tersebut tidak tampak terkait secara signifikan dengan penundaan.⁽⁴⁷⁾

Pasien dengan infeksi HIV mengalami beberapa keterlambatan dalam diagnosis TB, meskipun penelitian ini tidak signifikan secara statistik. HIV diketahui menunda diagnosis TB karena hasil non-spesifik dan presentasi klinis atipikal. Pasien TB yang HIV-positif mengalami gejala yang lebih serius ketika TB didiagnosis, yang mendorong pasien untuk mengunjungi fasilitas kesehatan dan meningkatkan kecurigaan TB oleh dokter.⁽⁴⁸⁾

Dari hasil penelitian diperoleh bahwa diagnosis pasien TB tidak ada hubungan dengan adanya penyakit penyerta seperti HIV/AIDS atau Diabetes Mellitus. Hal ini dikarenakan dari gejala yang dirasakan oleh pasien TB, pemeriksaan pertama yang dilakukan yaitu mengenai pemeriksaan TB seperti pemeriksaan dahak/rontgen dan diikuti dengan pemeriksaan HIV/AIDS atau DM. Hal ini juga dapat dijelaskan bahwa pasien dengan keluhan hemoptisis akan mudah mengingatkan penyedia layanan kesehatan dalam diagnosis TB karena merupakan gejala yang lebih serius dari penyakit TB tersebut.



BAB 6 : KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan uji statistik yang dilakukan pada pasien TB yang masih menjalani pengobatan TB di Kota Padang Tahun 2018, maka dapat ditarik kesimpulan mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB di Kota Padang Tahun 2018 yaitu sebagai berikut :

1. Hampir dari setengah pasien TB mengalami keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB.
2. Ada sebagian kecil dari pasien TB melakukan kunjungan pertamanya ke tidak penyedia layanan TB terkait gejala TB.
3. Sebagian besar dari pasien TB sudah mendapatkan tindakan yang sesuai dengan gejala TB yang dirasakan saat pasien melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan.
4. Sebagian kecil dari pasien TB memiliki riwayat penyakit penyerta (HIV/DM).
5. Terdapat hubungan yang bermakna antara kunjungan fasilitas kesehatan pertama ke tidak penyedia layanan TB dengan penyedia layanan TB terhadap keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB.
6. Terdapat hubungan yang bermakna antara ada tindakan awal pelayanan kesehatan dengan tidak adanya tindakan awal pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan pada saat pasien berobat terhadap keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB.

7. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara adanya penyakit penyerta dengan tidak ada penyakit penyerta terhadap keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB.

6.2 Saran

Berdasarkan hasil dan penelitian yang telah dikemukakan, maka terdapat beberapa saran yaitu :

Melalui Dinas Kesehatan Kota Padang atau bagian program TB untuk memberikan penyuluhan kepada masyarakat bahwa yang merasakan gejala atau sakit untuk segera mengunjungi fasilitas kesehatan tingkat pertama atau fasilitas pelayanan kesehatan yang lengkap seperti ada dokter dan sarana penunjang dalam melakukan diagnosis agar tidak terjadi keterlambatan dalam mendiagnosis dan segera mendapatkan tindakan oleh petugas kesehatan.

Diharapkan kepada Dinas Kesehatan Kota Padang untuk meningkatkan sarana penunjang diagnosis mengenai gejala tuberkulosis di pelayanan kesehatan lebih diperkuat untuk melakukan deteksi dini guna untuk mengurangi penundaan dan pasien lebih cepat mendapatkan perawatan.

Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai keterlambatan *provider* dalam pengobatan TB untuk mengetahui keeratan hubungan antar variabel dan melihat dengan variabel-variabel yang berbeda menggunakan desain penelitian yang lain (*case control, cohort*).

DAFTAR PUSTAKA

1. Padang DK. Profil Dinas Kesehatan Kota Padang Tahun 2016. In. Kesehatan.editor. Padang: Dinas Kesehatan Kota Padang. 2017.
2. Kemenkes. KMK No.364/Menkes/SK/V/2009 tentang pedoman penanggulangan tuberkulosis. Jakarta: Kemenkes RI. 2009.
3. World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis Report 2016. Geneva: World Health Organization.
4. World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis Report. Geneva: World Health Organization. 2015.
5. World Health Organization. G20 90(90)90 The Tuberculosis Report for Heads Of State and Governments, Brazil; 2017.
6. Departemen kesehatan RI. Profil kesehatan Indonesia tahun 2016. Jakarta: depkes RI. 2017.
7. Departemen kesehatan RI. Profil kesehatan Indonesia tahun 2015. Jakarta: depkes RI. 2016.
8. Departemen kesehatan RI. Profil kesehatan Indonesia tahun 2014. Jakarta: depkes RI. 2015.
9. Departemen kesehatan RI. Profil kesehatan Indonesia tahun 2013. Jakarta: depkes RI. 2014.
10. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. Profil Kesehatan Sumatera Barat Tahun 2016. Padang: DKK Prov Sumbar; 2017.
11. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. Profil Kesehatan Sumatera Barat Tahun 2015. Padang; 2016.
12. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. Profil Kesehatan Sumatera Barat Tahun 2014. Padang; 2015.
13. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. Profil Kesehatan Sumatera Barat Tahun 2013. Padang; 2014.
14. Kemenkes RI. Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2011.
15. Kemenkes RI. Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2007.

16. Kemenkes RI. Strategi Nasional Pengendalian TB di Indonesia 2010-2014. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2011.
17. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil kesehatan Indonesia 2012. Jakarta: 2013.
18. Lin, Y, dkk. Patient delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis in China: findings of case detection projects. 2015.
19. Mohammed G F et al, Patients and health care system delay in the start of tuberculosis treatment in norway. BMC infectious disease,2006, 6:33.
20. Lawn SD, Afful B, Acheampong JW. Pulmonary tuberculosis: diagnostic delay in Ghanaian adults. Int J Tuberc Lung Dis, 1998; 2(8): 635-640.
21. Yimer S, dkk. Diagnostic and Treatment Delay among Pulmonary Tuberculosis Patients in Ethiopia. 2005.
22. Alavi SM, Bakhtiyariniya P, Albagi A. *Factors Associated with Delay in Diagnosis and Treatment of Pulmonary Tuberculosis*. Jundishapurn J Microbiol. 2015;8(3):1-4.
23. Wanwalo ER,dkk. Delay in Tuberculosis Case Finding and Treatment in Mwanza, Tanzania. 1999.
24. Cai J, dkk. Faktors Associated with Patient and Provider Delays for Tuberculosis Diagnosis and Treatment in Asia : A Systematic Review and Meta-MetaAnalysis. Journal PONE. 2015.
25. Goel, Kapil. dkk. *Reasons for patient delays & health system delays for tuberculosis in south India*. 2011.
26. Mfinanga SG, et al. The magnitude and factors associated with delays in management of smear positive tuberculosis in Dar es Salaam, Tanzania. BMC Health Serv Res. 2008;8:158.
27. Faussett GP, et al. Why do patients with a cough delay seeking care at Lusaka urban health centres? A health systems research approach. Int J Tuberc Lung Dis. 2002;6:796–805.
28. Ward HA, Marciniuk DD, Pahwa P, Hoepfner VH Extent of pulmonary tuberculosis in patients diagnosed by active compared to passive case finding. 2004, Int J Tuberc Lung Dis 8: 593–597.
29. Chowdhury, dkk. Delay in diagnosis of tuberculosis among Under treatment patients in rajshahi city, bangladesh. 2014.
30. M, E. Zerbini. *Delay in Tuberculosis diagnosis and treatment in four provinces of argentina*. 2008.

31. Ebrahimi, Kalan Muhammad, dkk. The identification of risk factors association with patient and health care system delay in the treatment of tuberculosis in Tubriz, Iran. 2018.
32. M Dale, dkk. Socioeconomic, Gender, and Health Service Factors Affecting Diagnostic Delay for TB Patients in Urban Zambia. 2001.
33. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Tuberkulosis. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2016. .
34. Ikhsan AG, Luhur R. Radiologi Toraks Tuberkulosis Paru. Jakarta: Sagung Seto; 2008.
35. Demissie M, dkk. *Patient and Health Service Delay in The Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis in Ethiopia.* 2002.
36. Curry, F. J. Tuberculosis Infection Control, San Fransisco, National Tuberculosis Control CDC.
37. Ditjen P2MPL. Petunjuk Teknis Tata Laksana Klinis Ko-infeksi TB-HIV. Kemenkes RI. 2012.
38. Najmah. Epidemiologi Penyakit Menular. Jakarta: Trans Info Media; 2016.
39. Kanabus A. Information about Tuberculosis 2018 [cited 2018, 11 Februari]. Available from: <http://www.tbfacts.org/>.
40. Kemenkes RI. Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2014.
41. Rimbi N. Buku Cerdik Penyaki-penyakit Menular. Yogyakarta: Saufa; 2014.
42. WHO. The End TB Strategy: Global Strategy and Target for Tuberculosis Prevention, Care and Control After 2015. 2014.
43. World Health Organization. *Diagnostic and Treatment Delay in TB.* 2006.
44. Calder L, Gao W, Simmons G. Tuberculosis: reasons for diagnostic delay in Auckland. 2000.
45. Novia Rizana, Teuku Tahlil, Mulyadi. *Knowledge, Attitudes and Behavior of Family in Prevention Pulmonary Tuberculosis Transmission.* 2016.
46. EnkhatS, Toyota, dkk. Differing influence on delays in the case-finding process for tuberculosis between general physicians and specialists in Mongolia. *JEpidemiol.* 1997;7(2):93–98. PMID.

47. Adenager, Getinet Shewaseged, dkk. Factors Associated with Treatment Delay among Pulmonary Tuberculosis Patients in Public and Private Health Facilities in Addis Ababa, Ethiopia. 2017.
48. Rossato, Denis, dkk. Factors associated with delayed diagnosis of tuberculosis in hospitalized patients in a high TB and HIV burden setting: a cross-sectional study. 2012.
49. Mpungu S Kiuwua, Karamagi Charles and Mayanja Kizza Harriet. *Patient and health service delay in pulmonary tuberculosis patients attending a referral hospital: a cross-sectional study. 2005.*
50. Kemenkes. PMK No.64/Menkes/SK//2016 tentang pedoman penanggulangan tuberkulosis. Jakarta: Kemenkes RI. 2016.
51. Chien-Chou Chen, Chen-Yuan Chiang, Sung-Ching Pan, Jann-Yuan Wang, Hsien-Ho Lin. Health system delay among patients with tuberculosis in Taiwan: 2003–2010. 2015.
52. Laohasiriwong W, Mahato RK, Koju R. Health System Delay among the Pulmoary TuberculosisPatients Presenting in the DOTS Centers of Nepal. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2016;10;6.
53. HuongNT, dkk. Delays in the diagnosis and treatment of tuberculosis patients in Vietnam:across-sectionalstudy. 2007.

