

**EKSPLORASI PENYEBAB RENDAHNYA CAPAIAN PEMBERIAN
TERAPI PENCEGAHAN TUBERKULOSIS (TPT) PADA KONTAK
SERUMAH DI KABUPATEN PRINGSEWU; STUDI KUALITATIF**

TESIS

OLEH

**HERLAMBANG SUNENDAR
NPM. 2528021029**



**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2026**

**EKSPLORASI PENYEBAB RENDAHNYA CAPAIAN PEMBERIAN
TERAPI PENCEGAHAN TUBERKULOSIS (TPT) PADA KONTAK
SERUMAH DI KABUPATEN PRINGSEWU; STUDI KUALITATIF**

Oleh

HERLAMBANG SUNENDAR

Tesis

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

Pada

**Progran Studi Magister Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung**



**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
2026**

ABSTRAK

EKSPLORASI PENYEBAB RENDAHNYA CAPAIAN PEMBERIAN TERAPI PENCEGAHAN TUBERKULOSIS (TPT) PADA KONTAK SERUMAH DI KABUPATEN PRINGSEWU; STUDI KUALITATIF

Oleh

HERLAMBANG SUNENDAR

Meskipun capaian notifikasi kasus TB di Kabupaten Pringsewu tahun 2024 telah mencapai 95,3%, cakupan pemberian TPT pada kontak serumah masih rendah, yaitu 4,41%. Kesenjangan ini menunjukkan belum optimalnya pelaksanaan TPT dan mengindikasikan adanya hambatan yang perlu dieksplorasi melalui penelitian kualitatif. Tujuan penelitian mengeksplorasi faktor-faktor yang menjadi hambatan dalam pelaksanaan program TPT di Kabupaten Pringsewu. Penelitian ini menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Total Informan 15 orang yang terdiri dari 9 informan utama kontak serumah pasien TB, 3 kader, dan 3 petugas kesehatan puskesmas di wilayah Kabupaten Pringsewu yang dipilih secara *purposive sampling*. Penelitian dilakukan pada April-Mei 2026. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen. Analisis data menggunakan metode tematik dengan triangulasi sumber. Hasil penelitian menunjukkan terdapat 8 tema utama yang memengaruhi penerimaan TPT, yaitu: (1) persepsi kerentanan terhadap penularan TB, (2) persepsi keparahan penyakit TB, (3) persepsi manfaat TPT, (4) persepsi hambatan dalam penerimaan TPT, (5) isyarat untuk bertindak dalam penerimaan TPT, (6) efikasi diri dalam menjalani TPT, (7) faktor-faktor yang memodifikasi penerimaan atau penolakan TPT, dan (8) perilaku penerimaan atau penolakan TPT pada kontak serumah. Sedangkan hambatan utama penerimaan TPT adalah takut efek samping obat, merasa sehat sehingga tidak membutuhkan obat, lamanya durasi pengobatan, stigma sosial terhadap TB, serta kesulitan akses layanan dan pengambilan obat. Keputusan menerima TPT juga bersifat dinamis dan dapat berubah setelah edukasi berulang. Disimpulkan bahwa penerimaan TPT pada kontak serumah disebabkan oleh faktor individu, sosial, dan sistem layanan kesehatan yang belum optimal. Intervensi yang disarankan adalah penguatan edukasi berbasis keluarga, peningkatan peran kader, penyediaan regimen yang lebih praktis, kemudahan akses obat, serta kolaborasi berkelanjutan antara petugas kesehatan dan masyarakat guna meningkatkan cakupan TPT dan mencegah penularan TB di rumah tangga.

Kata kunci: terapi pencegahan tuberkulosis, kontak serumah, persepsi, kader kesehatan.

ABSTRACT

EXPLORATION OF THE CAUSES OF LOW RESULTS OF TUBERCULOSIS PREVENTION THERAPY (TPT) PROVISION FOR HOUSEHOLD CONTACTS IN PRINGSEWU REGENCY; A QUALITATIVE STUDY

By

HERLAMBANG SUNENDAR

Although the TB case notification rate in Pringsewu Regency reached 95.3% in 2024, TPT coverage for household contacts remains low, at 4.41%. This gap indicates suboptimal TPT implementation and indicates barriers that need to be explored through qualitative research. This study aims to explore the factors that become obstacles in the implementation of the Tuberculosis Prevention Therapy (TPT) program in Pringsewu Regency. This study uses a qualitative design with a case study approach. A total of 15 informants consisting of 9 main informants who are household contacts of TB patients, 3 cadres, and 3 health center health workers in the Pringsewu Regency area who were selected using purposive sampling. The study was conducted in April-May 2026. Data collection was carried out through in-depth interviews, observations, and document reviews. Data analysis used thematic methods with source triangulation. The results showed that there were 8 main themes that influenced TPT acceptance, namely: (1) perceptions of vulnerability to TB transmission, (2) perceptions of TB disease severity, (3) perceptions of TPT benefits, (4) perceptions of barriers in TPT acceptance, (5) cues to action in TPT acceptance, (6) self-efficacy in undergoing TPT, (7) factors that modify TPT acceptance or rejection, and (8) TPT acceptance or rejection behavior in household contacts. Meanwhile, the main barriers to TPT acceptance are fear of drug side effects, feeling healthy and therefore not needing medication, long treatment duration, social stigma regarding TB, and difficulty accessing services and obtaining medication. The decision to accept TPT is also dynamic and can change after repeated education sessions. It was concluded that TPT acceptance among household contacts is driven by individual and social factors, as well as a suboptimal health care system. Recommended interventions include strengthening family-based education, increasing the role of health workers, providing more practical regimens, facilitating drug access, and ongoing collaboration between health workers and the community to increase TPT coverage and prevent TB transmission in households.

Keywords: *tuberculosis preventive therapy, household contacts, perception, health workers*

Judul Tesis : EKSPLORASI PENYEBAB RENDAHNYA
CAPAIAN PEMBERIAN TERAPI
PENCEGAHAN TUBERKULOSIS (TPT)
PADA KONTAK SERUMAH DI KABUPATEN
PRINGSEWU; STUDI KUALITATIF

Nama Mahasiswa : **Herlambang Sunendar**

NPM : 2528021029

Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat

Fakultas : / Kedokteran



A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Betta", is positioned to the left of the watermark.

Dr. dr. Betta Kurniawan, M.Kes., Sp.Par.K
NIP. 19781009 2005011001

A large, handwritten signature in blue ink, appearing to be "Bayu", is positioned to the right of the watermark.

Bayu Anggileo Pramesona, S.Kep., Ns., MMR, PhD, FISQua
NIP. 19860802 200903 1 001


Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat


A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Betta", is positioned below the text of the program head.


Dr. dr. Betta Kurniawan, M.Kes., Sp.Par.K
NIP. 19781009 2005011001

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

Ketua : Dr. dr. Betta Kurniawan, M.Kes., Sp.Par.K. 

Sekretaris : Bayu Anggileo Pramesona, S.Kep. Ns., MMR, PhD, FISQua 

Penguji I : Prof. Dr. dr. Jhons Fatriyadi S, M.Kes., Sp.Par.K. 

Penguji II : Dr. Sutarto, SKM., M. Epid. 

2. Dekan Fakultas Kedokteran


Dr. dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc.
NIP. 19760120 2003 2 2 001

3. Direktur Program Pascasarjana


Prof. Dr. Ir. Murhadi, M.Si.
NIP. 19640326 198902 1 001

Tanggal Lulus Ujian Tesis : 12 Juni 2026

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Tesis dengan judul “Eksplorasi Penyebab Rendahnya Capaian Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) pada Kontak Serumah di Kabupaten Pringsewu ; Studi Kualitatif” adalah karya saya sendiri dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut *plagiarism*.
2. Hak intelektual atas karya ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar lampung, Mei 2026
Pembuat Pernyataan,



HIRLAMBANG SUNENDAR

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Sidoharjo Kecamatan Pringsewu Kabupaten Pringsewu Lampung pada tanggal 30 Oktober 1977, terlahir sebagai anak ke lima dari lima bersaudara, dari pasangan Bapak Jumeno Mulyo Haryono dan ibu Warsiyah.

Penulis menempuh sekolah pendidikan dasar (SD) Negeri 1 Sidoharjo Pringsewu diselesaikan tahun 1989, Sekolah Menengah Pertama (SMP) Negeri 1 Pringsewu selesai tahun 1992 dan Sekolah Menengah Atas (SMA) Negeri 1 Pringsewu yang di selesaikan tahun 1995. Melanjutkan Studi di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Tanjung Karang pada tahun 1999 dan kemudian melanjutkan pendidikan di Universitas Malahayati dan lulus tahun 2008.

Tahun 2025, penulis terdaftar sebagai mahasiswa Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dan saat ini penulis bekerja sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS) di Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu pada Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.

MOTTO

“Mengabdikan dengan ilmu, melayani dengan iman.”

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah segala puji bagi Allah SWT dengan kemurahan dan ridho-Nya, Tesis ini dapat ditulis dengan baik dan selesai sesuai dengan harapan.

Dengan ini kupersembahkan Tesis ini kepada Orang tua ku tersayang Alm. Jumeno Mulyo Haryono (Bapak) dan Almh. Warsiyah (ibu), istriku tercinta Cahyani Wijayanti serta semua anak-anaku tersayang yang selalu memberikan motivasi, mendukung semua keputusan dan pilihan dalam hidupku, yang tidak pernah putus mendoakanku, sehingga aku bisa menyelesaikan proses pendidikan Magisterku, Tesis ini juga aku persembahkan untuk institusiku Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu, semoga dapat menjadi manfaat untuk menjadi referensi perbaikan program tuberkulosis Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu kedepannya.

SANWACANA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan berokah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis dengan judul “Eksplorasi Penyebab Rendahnya Capaian Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) Pada Kontak Serumah Di Kabupaten Pringsewu; Studi Kualitatif” adalah salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Lampung.

Selama proses penulisan Tesis, penulis juga banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terimakasih yang tulus kepada:

1. Prof. Dr. Ir Lusmeilia Afriani, D.E.A., I.P.M selaku Rektor Universitas Lampung;
2. Prof. Dr. Ir. Murhadi, M.Si Direktur Pascasarjana Universitas Lampung;
3. Dr. dr. Evi Kurniawaty, M.Sc. selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
4. Dr. dr Indri Windarti, Sp.PA selaku Ketua Jurusan Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
5. Dr. dr. Betta Kurniawan, M.Kes., Sp.Par.K, selaku Koordinator Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lampung sekaligus selaku pembimbing utama dan atas kesediaannya memberikan bimbingan, arahan, saran dan dan kritik dalam penyelesaian tesis;
6. Bayu Anggileo Pramesona, S.Kep., Ns., MMR, PhD, FISQua selaku pembimbing pembantu dan atas kesediaannya memberikan bimbingan, arahan, saran dan dan kritik dalam penyelesaian tesis;

7. Prof. Dr. dr. Jhons Fatriyadi Suwandi, M.Kes., Sp.Par.K. selaku pembahas pertama dan atas kesediaannya memberikan saran dan masukan dalam penyelesaian tesis;
8. Dr. Sutarto, SKM., M.Epid. selaku pembahas kedua dan atas kesediaannya memberikan saran dan masukan dalam penyelesaian tesis;
9. Seluruh dosen, staf dan karyawan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas ilmu, waktu, bantuan yang telah diberikan selama proses perkuliahan dan penyusunan tesis;
10. Seluruh tim Dinas Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu yang telah membantu dan memberikan informasi dukungan dan motivasi selama penelitian berjalan;
11. Seluruh Informan dalam penelitian atas kesediaan menjadi subjek penelitian;
12. Istri tercintaku Cahyani Wijayanti, terima kasih atas doa, kasih sayang, nasihat serta bimbingan dan motivasi yang telah diberikan serta selalu mengingatkan saya untuk selalu mengingat Allah SWT;
13. Anak-anakku tersayang Hanin Zakiyah Shafa, Muzakki Raid Daim Ghani dan Muhammad Akhtar Al Farisi, terimakasih telah menjadi penyemangat dalam hidupku;
14. Teman seangkatan dan seperjuangan RPL Batch 2 2025 dan Pascasarjana Kesehatan Masyarakat 2024/2025, saya ucapkan terimakasih atas batuan serta dukungannya selama ini;
15. Seluruh pihak yang telah membantu saya dalam menyelesaikan penelitian ini yang tidak dapat saya sebut satu persatu.

Akhir kata, saya menyadari bahwa tesis yang saya tulis ini, masih jauh dari kata sempurna. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat untuk mendorong penelitian-penelitian lainnya dan bagi pengembangan ilmu.

Bandar Lampung, Mei 2026
Penulis

Herlambang Sunendar

DAFTAR ISI

	Halaman
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
MENYETUJUI.....	iv
MENGESAHKAN.....	v
LEMBAR PERNYATAAN	vi
RIWAYAT HIDUP	vii
MOTTO	viii
PERSEMBAHAN.....	ix
SANWACANA	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR TABEL.....	xvi
DAFTAR SINGKATAN.....	xvii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan Penelitian.....	8
1.3.1 Tujuan Umum.....	8
1.3.2 Tujuan Khusus.....	8
1.4 Manfaat Penelitian.....	9
1.4.1 Manfaat Teoritis	9
1.4.2 Manfaat Ilmiah.....	9
1.4.3 Manfaat Praktis	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
2.1 Landasan Teori.....	11
2.1.1 Tuberkulosis	11
2.1.2 Infeksi Laten Tuberkulosis (ILTb).....	13
2.1.3 Tinjauan Umum Tentang Terapi Pencegahan TB	14
2.1.4 Teori Health Belief Model (HBM)	25
2.1.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Penerimaan atau Penolakan TPT	30
2.1.6 Penelitian Terdahulu	41
2.2 Kerangka Pikir Penelitian.....	44

BAB III METODE PENELITIAN	47
3.1 Jenis Penelitian	47
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian.....	47
3.3 Subjek Penelitian	48
3.3.1 Informan Penelitian.....	48
3.3.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	48
3.4 Teknik Pengambilan Sampel	50
3.5 Pengumpulan Data.....	50
3.5.1 Teknik Pengumpulan Data.....	50
3.5.2 Instrumen Penelitian.....	51
3.6 Analisis Data.....	52
3.7 Keabsahan Data	55
3.6 Etika Penelitian.....	56
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	60
4.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian	60
4.2 Gambaran Umum Subjek Penelitian	63
4.3 Hasil Wawancara Mendalam.....	64
4.4 Persepsi Kerentanan terhadap Penularan TB.....	74
4.5 Persepsi Keparahan Penyakit TB	82
4.6 Persepsi Manfaat TPT	89
4.7 Persepsi Hambatan dalam penerimaan TPT	94
4.8 Isyarat untuk Bertindak dalam Penerimaan TPT	101
4.9 Efikasi Diri dalam Menjalani TPT	106
4.10 Faktor-faktor yang Memodifikasi Penerimaan atau Penolakan TPT .	109
4.11 Perilaku Penerimaan atau Penolakan TPT pada Kontak Serumah	120
4.12 Rangkuman Hasil Penelitian	151
BAB V PEMBAHASAN	154
5.1 Eksplorasi Penyebab Rendahnya Capaian Pelaksanaan Program Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) pada kontak serumah pasien TB di Kabupaten Pringsewu	154
5.1.1 Persepsi Kerentanan terhadap Penularan TB	154
5.1.2 Persepsi Keparahan Penyakit TB	163
5.1.3 Persepsi Manfaat TPT	173
5.1.4 Persepsi Hambatan dalam penerimaan TPT	180
5.1.5 Isyarat untuk Bertindak dalam Penerimaan TPT	187
5.1.6 Efikasi Diri dalam Menjalani TPT	193
5.1.7 Faktor-faktor yang Memodifikasi Penerimaan atau Penolakan TPT.....	195
5.1.8 Perilaku Penerimaan atau Penolakan TPT pada Kontak Serumah.....	210
5.2 Implikasi Temuan Untuk Intervensi Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) dalam upaya mencegah penularan TB	218
5.3 Keterbatasan Penelitian	221
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	223
6.1 Kesimpulan.....	223

6.2	Saran	224
6.2.1	Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu	224
6.2.2	Bagi Petugas Kesehatan	225
6.2.3	Bagi Kader Posyandu	225
6.2.4	Bagi Kontak Serumah	226
DAFTAR PUSTAKA		227

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Kerangka Teori Modifikasi Health Belief Model	45
Gambar 2.2. Kerangka Konsep	46
Gambar 4.1. Rangkuman Hasil Penelitian	153

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1. Pilihan Paduan TPT	17
Tabel 2.2. Pemberian Dosis 3HP	18
Tabel 2.3. Penelitian Terdahulu	41
Tabel 3.1. Sumber Informasi dan Cara Memvalidasi Data	55
Tabel 4.1. Karakteristik Informan Penelitian (n=15)	63
Tabel 4.2. Inisial Kode Hasil Wawancara.....	66
Tabel 4.3. Tematik Wawancara	127

DAFTAR SINGKATAN

ACF	<i>Active Case Finding</i>
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ARV	Antiretroviral
BCG	<i>Bacillus Calmette-Guérin</i>
BTA	Basil Tahan Asam
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
Dinkes	Dinas Kesehatan
DM	Diabetes Melitus
FK	Fasilitas Kesehatan
FGD	<i>Focus Group Discussion</i>
HBM	<i>Health Belief Model</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IGRA	<i>Interferon-Gamma Release Assay</i>
ILTb	Infeksi Laten Tuberkulosis
ILS	Inisiasi Lampung Sehat
INH	Isoniazid
Kemendes RI	Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
KIE	Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
LTbI	<i>Latent Tuberculosis Infection</i>
OAT	Obat Anti Tuberkulosis
ODHA	Orang dengan HIV/AIDS
ODHIV	Orang dengan HIV
PAHO	<i>Pan American Health Organization</i>
PMO	Pengawas Menelan Obat
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
RI	Republik Indonesia
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
SD	Sekolah Dasar
SDM	Sumber Daya Manusia
SKI	Survei Kesehatan Indonesia
SITb	Sistem Informasi Tuberkulosis

SMA	Sekolah Menengah Atas
SMP	Sekolah Menengah Pertama
SOP	Standar Operasional Prosedur
TB	Tuberkulosis
TB RO	Tuberkulosis Resistan Obat
TCM	Tes Cepat Molekuler
TP2TB	Tim Percepatan Penanggulangan Tuberkulosis
TPT	Terapi Pencegahan Tuberkulosis
TST	<i>Tuberculin Skin Test</i>
WBP	Warga Binaan Pemasyarakatan
WHO	<i>World Health Organization</i>
3HP	Isoniazid dan Rifapentine seminggu sekali selama 3 bulan
3HR	Isoniazid dan Rifampisin setiap hari selama 3 bulan
6H	Isoniazid setiap hari selama 6 bulan
6LfxE	Levofloxacin dan Etambutol selama 6 bulan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu jenis penyakit menular yang menyebabkan kematian dan masalah kesehatan yang signifikan di seluruh dunia. Penyakit ini diakibatkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dan tetap menjadi tantangan besar dalam menjaga kesehatan global. Menurut informasi dari *World Health Organization* (WHO), sekitar 25% populasi dunia diperkirakan terinfeksi bakteri ini. Pada tahun 2021, WHO melaporkan ada sekitar 10,6 juta kasus TB secara global, yang menunjukkan peningkatan sekitar 600.000 kasus dibandingkan tahun sebelumnya yang berjumlah 10 juta. Dari total tersebut, 6,4 juta (60,3%) kasus telah didiagnosis dan mendapatkan perawatan, sedangkan 4,2 juta (39,7%) kasus lainnya belum teridentifikasi atau dicatat (*World Health Organization, 2022*).

Berdasarkan *Global Tuberculosis Report* WHO, Indonesia menempati posisi sebagai negara dengan beban tuberkulosis terbesar kedua di dunia setelah India. Kondisi ini menunjukkan bahwa Indonesia menjadi salah satu kontributor utama terhadap tingginya jumlah kasus TB global (*World Health Organization, 2024*). Pada tahun 2023, diperkirakan terdapat 10,8 juta kasus tuberkulosis (TB) baru secara global atau setara 134 kasus per 100.000 penduduk, dengan 6,1% di antaranya terjadi pada orang yang hidup dengan HIV. Beban TB tertinggi masih terkonsentrasi di wilayah Asia Tenggara, Afrika, dan Pasifik Barat. Data global ini menunjukkan tren beban penyakit TB yang tetap tinggi meskipun upaya pencegahan dan pengendalian terus dilakukan (*World Health Organization, 2024*). Di Indonesia, Kementerian Kesehatan RI (2024) mencatat bahwa target deteksi kasus TB pada 2023

sebesar 1.060.000 kasus, namun capaian notifikasi baru mencapai sekitar 821.200 kasus atau 77% dari target, dan 78% di antaranya mendapatkan pengobatan. Hal ini menunjukkan adanya gap antara estimasi kasus dan capaian deteksi serta penanganan di lapangan.

Memasuki tahun 2024, berdasarkan estimasi global terdapat 10,7 juta kasus baru TB dengan angka insidens 131 kasus per 100.000 penduduk, dan sekitar 5,8% kasus terjadi pada orang dengan HIV, wilayah Asia Tenggara tetap menjadi salah satu wilayah dengan beban tertinggi (*World Health Organization, 2025*). Di Indonesia, tercatat peningkatan pencapaian notifikasi TB dari tahun sebelumnya, yaitu sekitar 81% kasus TB berhasil ditemukan, dengan total estimasi kasus 1.092.000 kasus, dan sekitar 90% dari kasus tersebut mendapatkan pengobatan. Meskipun demikian, pencapaian ini masih belum mencapai target nasional yang ditetapkan. Selain itu, data dari sistem informasi tuberkulosis mengindikasikan bahwa jumlah kasus TB/HIV meningkat menjadi 17.136 kasus pada tahun 2024, dibandingkan 15.375 pada 2022, yang menunjukkan tantangan tambahan bagi program penanggulangan TB pada populasi rentan (*Kementerian Kesehatan RI, 2025*).

Hasil survei kesehatan nasional di Indonesia pada tahun 2023 juga melaporkan bahwa prevalensi TB paru mencapai 0,30%, dengan jumlah kasus sebanyak 877.531 orang, yang mencerminkan beban penyakit yang masih signifikan di tingkat nasional (*Kementerian Kesehatan RI, 2024*). Data lain menunjukkan periode 2020–2021 ternyata terjadi peningkatan insiden TB di Indonesia sebesar 18%, dengan total insiden mencapai 819.000 kasus pada 2021, setelah sebelumnya menurun selama dua dekade.

Memasuki tahun 2025, capaian deteksi kasus TB di Indonesia hingga 27 September 2025 menunjukkan bahwa Kementrian Kesehatan RI telah menemukan 600.698 kasus TB atau sekitar 55% dari target nasional deteksi sebesar 1.090.000 kasus. Angka ini masih di bawah harapan capaian deteksi 70% pada September 2025, dan menunjukkan masih adanya angka kasus yang

belum teridentifikasi. Dari jumlah kasus yang terdeteksi, sekitar 14% terjadi pada anak-anak dan 86% pada orang dewasa. Sementara itu, capaian inisiasi pengobatan TB sensitif obat telah mencapai 90% namun masih terdapat 10% pasien hilang kontak, serta pengobatan TB resisten obat baru mencapai 75% dari target 95%, dan keberhasilan pengobatan sensitif obat masih di 80% dari target 90%. Cakupan terapi pencegahan TB (TPT) hanya mencapai 136.934 orang, yang menunjukkan rendahnya pemanfaatan strategi pencegahan pada kontak erat kasus TB (Kementerian Kesehatan RI, 2025).

Kasus TB di Provinsi Lampung yang dilaporkan pada tahun 2024 sebanyak 20.254 dari estimasi kasus 31.302 atau 64,70 %, hal ini masih jauh dari target nasional 90% (Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, 2025). Berdasarkan data jumlah kasus TB yang dilaporkan di Kabupaten Pringsewu tahun 2024 sebanyak 1.438 dari estimasi kasus 1.510 atau 95,3 %, sudah melebihi dari target nasional sebesar 90 %, Kabupaten Pringsewu merupakan Kabupaten tertinggi ke dua setelah Kota Metro dalam pencapaian notifikasi kasus TB (Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu, 2025). Tingginya angka kasus TB masih menyisakan tantangan besar, terutama dalam pemenuhan beberapa indikator target nasional TB diantaranya investigasi kontak (IK) dan pencapaian pemberian TPT.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah merancang Peta Jalan untuk Eliminasi Tuberkulosis di Indonesia dari tahun 2020 hingga 2030 yang berdasar pada komitmen global dalam Strategi Akhiri TB. Target Eliminasi Tuberkulosis tahun 2030 adalah mengurangi insiden TB hingga 80%, menjadi 65 per 100.000 penduduk, serta menurunkan tingkat kematian hingga 90%, menjadi 6 per 100.000 penduduk serta pemberian terapi pencegahan tuberkulosis $\geq 80\%$ (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Pemerintah Indonesia menetapkan Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 sebagai dasar hukum nasional untuk mempercepat eliminasi TB pada 2030 dan mencapai bebas TB pada 2050. Perpres ini menegaskan komitmen Indonesia

terhadap penemuan kasus aktif berbasis komunitas *Active Case Finding* (ACF) dan menetapkan strategi intensifikasi upaya kesehatan melalui lima intervensi strategis promosi kesehatan, pengendalian faktor risiko, penemuan dan pengobatan TB, imunisasi BCG, serta terapi pencegahan TB (TPT) yang mencerminkan pendekatan promotif, preventif, dan kuratif secara komprehensif. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan untuk periode 2020–2024 mengenai pengendalian TB dalam strategi ketiga mengisyaratkan perlunya pengelolaan infeksi dan pengoptimalan pemberian terapi pencegahan TB (TPT) (Hendri & Yani, 2021).

Pemberian terapi pencegahan menjadi salah satu langkah penting untuk menurunkan angka insiden TB di tingkat nasional. Program TPT telah dimulai sejak 2012 untuk Orang dengan HIV (ODHIV) dan diperluas sejak 2016 untuk anak-anak di bawah usia 5 tahun yang melakukan kontak dekat dengan penderita TB aktif serta pasien HIV/AIDS yang tak terdeteksi menderita TB sesuai dengan hasil pemeriksaan klinis dan penunjang (Wibowo, 2023). Di tahun 2020, target TPT diperluas untuk mencakup kontak serumah dari semua usia dan kelompok berisiko lainnya. Namun, di luar kelompok yang ditargetkan ini, penerapan TPT belum menjadi fokus utama (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Sasaran dalam pemberian TPT secara maksimal periode 2020 hingga 2024 adalah 2.922.056 kontak serumah dengan pasien TB terkonfirmasi bakteriologis, 258.960 orang yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA), serta 290.965 individu dari kelompok berisiko tinggi lainnya, termasuk Warga Binaan Pemasyarakatan/ WBP, tenaga medis, dan mereka yang memiliki imunokompromais (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Salah satu strategi untuk mencapai sasaran tersebut adalah pelaksanaan pengawasan atau investigasi kontak TB (Hendri & Yani, 2021).

Investigasi kontak adalah metode yang digunakan untuk secara aktif mengidentifikasi pasien TB, dimulai dari kasus TB aktif yang menular (kasus

indeks). Penyelidikan ini terarah kepada individu yang pernah berinteraksi dekat dengan pasien TB, karena mereka berisiko tinggi untuk terinfeksi atau mengalami penyakit TB (Kaswandani *et al.*, 2022). Investigasi kontak TB menjadi prioritas utama dalam pengendalian infeksi dan langkah penting dalam mengidentifikasi sumber penularan (Bartu, 2016). Tujuan dilakukannya investigasi kontak TB adalah untuk meningkatkan penemuan kasus secara dini, mencegah penularan kepada kontak yang sehat melalui pemberian edukasi, meningkatkan deteksi kasus Infeksi Laten Tuberkulosis (ILTb), serta memberikan TPT kepada kontak serumah guna memutus rantai penularan TB (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Orang yang tinggal serumah dengan penderita tuberkulosis termasuk dalam kategori yang paling rentan terhadap infeksi *Mycobacterium tuberculosis* dan dapat mengalami infeksi Laten TB, yang mungkin berkembang menjadi TB yang aktif. Infeksi Laten TB merupakan bentuk TB tidak aktif yang tidak disertai gejala (Kementerian Kesehatan RI, 2020b). Prevalensi ILTB di Asia Tenggara pada anak di bawah 15 tahun mencapai 7,4% dari total prevalensi ILTB di wilayah tersebut, yaitu sebesar 30,8% (Reuter *et al.*, 2020). Sebuah telaah sistematis terhadap 11 penelitian di Asia Tenggara menunjukkan bahwa 24,4% hingga 69,2% anak di bawah 15 tahun memiliki kontak dengan orang dewasa penderita TB aktif, dan 3,3–5,5% di antaranya berpotensi berkembang menjadi sakit TB (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Pengelolaan ILTB merupakan elemen penting dalam rencana untuk menanggulangi TB. Hal ini menjadi alasan diadakannya program TPT bagi orang-orang yang berhubungan dengan pasien TB aktif (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Terapi Pencegahan Tuberkulosis adalah serangkaian terapi yang ditujukan bagi individu yang terinfeksi ILTB. Seiring dengan kemajuan program TPT, sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024, cakupan TPT ditambah menjadi untuk semua kontak serumah dengan pasien TB, baik anak yang berusia di bawah 5 tahun ataupun yang lebih tua, sedangkan Pelaksanaan TPT

dilaksanakan oleh puskesmas (Safitri *et al.*, 2023).

Pemberian TPT kepada kontak serumah di Indonesia menunjukkan peningkatan dari tahun 2020 sampai 2022, dengan tingkat tertinggi pada tahun 2022 sebesar 1,3% dan terendah di tahun 2020 yang hanya 0,2% (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Menurut Survei Kesehatan Indonesia 2023, tingkat penularan TB Paru dari kontak serumah secara nasional adalah 0,2%, dengan total kasus kontak serumah mencapai 875.995. Selanjutnya, proporsi kontak serumah yang mendapatkan TPT di seluruh kelompok usia di Indonesia adalah sebesar 46,8% (Kementerian Kesehatan RI, 2024). Tujuan dari penyaluran TPT sejalan dengan misi *Stop TB Partnership* dan WHO dalam menciptakan dunia yang terbebas dari TB, yaitu dengan menurunkan frekuensi tahunan hingga di bawah satu kasus per satu juta individu pada tahun 2050, hal ini hanya dapat dicapai dengan mengkombinasikan upaya pengobatan TB aktif secara efektif dan upaya pencegahan TB dengan pemberian TPT pada kasus ILTB (Shihora *et al.*, 2024). Mereka yang memiliki penyakit TB aktif harus memulai pengobatan anti-TB dan lainnya memulai TPT, tujuannya untuk mencegah orang ILTB yang berisiko menjadi sakit TB dengan menjangkaunya sesegera mungkin untuk kemudian diberikan TPT (Yuan *et al.*, 2023).

Data Dinas Kesehatan Provinsi Lampung capaian pemberian TPT tahun 2024 adalah 12% dari estimasi sasaran sebesar 11.663 sasaran TPT, hal ini masih jauh dari target nasional sebesar 68% (Dinkes Provinsi Lampung, 2025). Pelaksanaan program TPT di Kabupaten Pringsewu masih belum optimal, hal ini di tunjukan dengan data Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu pada tahun 2024 hanya 103 orang yang mendapatkan TPT dari 2.334 sasaran kontak serumah atau hanya 4,41% dari target nasional sebesar 68%, oleh sebab itu Kabupaten Pringsewu menjadi peringkat ke 4 terendah dari 15 kabupaten/ kota dalam pencapaian pemberian TPT pada kontak serumah, hal ini bertolak belakang terhadap capaian angka penemuan kasus TB Kabupaten Pringsewu yakni sebesar 95,3% yang merupakan kabupaten/kota terbesar ke dua dalam penemuan kasus TB (Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu, 2025). Kondisi

tersebut menunjukkan adanya kesenjangan (gap) yang cukup besar antara keberhasilan penemuan kasus TB dengan pelaksanaan upaya pencegahan melalui pemberian TPT. Pada tahun 2024, Kabupaten Pringsewu berhasil mencapai notifikasi kasus TB sebesar 95,3% (1.438 kasus dari estimasi 1.510 kasus), namun capaian pemberian TPT hanya sebesar 4,41% (103 orang dari 2.334 sasaran kontak serumah). Dengan demikian terdapat selisih capaian sebesar 90,89 poin persentase antara indikator penemuan kasus TB dan indikator pemberian TPT. Kesenjangan yang sangat lebar ini mengindikasikan bahwa keberhasilan dalam menemukan kasus TB belum diikuti oleh keberhasilan dalam melaksanakan upaya pencegahan pada kontak serumah yang berisiko tinggi tertular TB. Situasi ini menunjukkan adanya hambatan atau faktor-faktor tertentu yang mempengaruhi pelaksanaan TPT di lapangan dan belum dapat dijelaskan hanya melalui data kuantitatif program. Berdasarkan data tersebut menunjukkan masih belum optimalnya pelaksanaan program pemberian TPT di Kabupaten Pringsewu. Masih rendahnya cakupan TPT dari tingkat nasional, sampai tingkat kabupaten, inilah yang menjadikan peneliti tertarik untuk meneliti analisis hambatan dan tantangan pemberian TPT pada kontak serumah pasien TB di Kabupaten Pringsewu.

Salah satu teori perilaku yang relevan dalam upaya penanggulangan TB adalah teori *Health Belief Model* (HBM). *Health Belief Model* menjadi kerangka teori dengan konstruk utama meliputi persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*), persepsi keseriusan (*perceived severity*), persepsi manfaat (*perceived benefits*), persepsi hambatan (*perceived barriers*), isyarat untuk bertindak (*cues to action*), dan efikasi diri (*self-efficacy*). Penelitian di Thailand yang menggunakan HBM pada kontak serumah pasien TB menunjukkan bahwa HBM mampu memprediksi perilaku pencegahan TB (Khamai et al., 2024).

Walaupun lebih banyak studi berfokus pada pasien TB aktif, prinsip yang sama berpotensi diaplikasikan pada konteks pencegahan, termasuk TPT pada kontak serumah. Hal ini menunjukkan bahwa pemahaman mendalam mengenai persepsi dan keyakinan kontak serumah, tenaga kesehatan, dan kader dalam

kerangka HBM sangat penting untuk merancang strategi peningkatan capaian TPT yang lebih efektif (Parwati et al., 2021).

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini dilakukan untuk mengeksplorasi penyebab rendahnya capaian pemberian TPT pada kontak serumah di Kabupaten Pringsewu melalui studi kualitatif, agar dapat memberikan gambaran komprehensif dan rekomendasi strategis bagi penguatan program TB di puskesmas.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti merumuskan masalah penelitian yaitu “faktor apa saja yang menyebabkan rendahnya capaian TPT pada kontak serumah pasien TB di Kabupaten Pringsewu?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengeksplorasi penyebab rendahnya capaian pelaksanaan program Terapi Pencegahan Tuberkulosis pada kontak serumah pasien TB di Kabupaten Pringsewu.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengeksplorasi faktor-faktor yang menjadi hambatan dalam pelaksanaan program TPT pada kontak serumah pasien TB di Kabupaten Pringsewu.
2. Mengeksplorasi persepsi dan sikap kontak serumah terhadap pelaksanaan Terapi Pencegahan Tuberkulosis dalam upaya mencegah penularan TB.
3. Mengeksplorasi peran dan tantangan tenaga kesehatan, kader TB / Kader Inisiasi Lampung Sehat, dalam mendukung keberhasilan pelaksanaan program TPT di Kabupaten Pringsewu.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Melalui penelitian ini diharapkan memberikan kontribusi untuk pengembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat terutama terkait pencegahan TB dengan pemberian TPT pada kontak serumah. Penelitian ini juga dapat menjadi bentuk aplikasi dari teori HBM dalam menggambarkan perilaku dalam pemberian TPT pada kontak serumah.

1.4.2 Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini dapat menjadi menambahkan pengetahuan dan referensi mengenai hambatan dan tantangan dalam pemberian TPT pada kontak serumah dengan pasien TB serta untuk membuktikan teori-teori yang ada.

1.4.3 Manfaat Praktis

1. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat memberikan referensi bagi peneliti dalam memperluas wawasan dan pengetahuan serta dapat mengimplementasikan teori yang telah didapatkan selama masa perkuliahan dan pembelajaran dasar terkait analisis perilaku pemberian TPT pada kontak serumah dengan pasien TB.

2. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai informasi dan referensi dalam pengambilan keputusan terkait program TPT untuk mencegah TB pada kontak serumah dengan Pasien TB, serta untuk peningkatan kinerja dan capaian program TPT Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu.

3. Bagi Instansi Puskesmas

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai acuan dalam pengembangan program penanganan TB terutama dalam pengoptimalan pemberian TPT di Puskesmas.

4. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan dan informasi terhadap masyarakat mengenai pentingnya Terapi Pencegahan Tuberkulosis bagi kontak serumah dengan penderita TB agar tercegah dari penyakit TB.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Tuberkulosis

a. Definisi

Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri yang dikenal dengan nama *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri ini menyebar melalui udara. Pada saat pasien TB batuk, bersin, atau meludah, maka bakteri TB akan menyebar ke udara dan dapat dihirup oleh orang di sekitarnya. Pencegahan utama agar seseorang tidak terpapar oleh *Mycobacterium tuberculosis* adalah dengan menemukan pasien TB secara dini dan mengobati mereka dengan segera hingga tuntas, sehingga bahaya penularan dapat dihentikan. Apabila seorang pasien TB tidak segera diobati, maka ada risiko menularkan kepada 10-15 orang (Kementerian Kesehatan, 2025).

Secara global, TB masih menjadi salah satu penyebab utama kematian akibat penyakit menular dan menempati urutan pertama sebagai penyebab kematian infeksius di banyak negara berpendapatan rendah dan menengah. WHO memperkirakan terdapat sekitar 10–11 juta kasus TB baru setiap tahun dengan tren penurunan yang masih lambat dan tidak sejalan dengan target *End TB Strategy* (Editor, 2025).

b. Epidemiologi Global TB

Laporan Global TB Report 2024 menunjukkan bahwa beban TB masih terkonsentrasi di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah, terutama di Asia dan Afrika. Sekitar sepertiga hingga lebih dari separuh kasus TB dunia berasal dari beberapa negara dengan beban tinggi seperti India, Indonesia, China, Filipina, dan Pakistan (WHO, 2024).

Meskipun telah terjadi kemajuan dalam deteksi dan pengobatan, jumlah kasus TB baru yang terdiagnosis masih meningkat setelah sempat menurun pada masa awal pandemi COVID-19, dan jumlah kematian TB tetap tinggi. Kondisi ini menunjukkan bahwa intervensi pencegahan, termasuk TPT, masih perlu diperkuat untuk mencapai target eliminasi TB global (PAHO, 2024).

c. Situasi TB di Indonesia

Indonesia termasuk dalam kelompok negara dengan beban TB tertinggi di dunia dan berkontribusi signifikan terhadap kasus TB global. Data WHO dan Kementerian Kesehatan RI menunjukkan bahwa insiden TB di Indonesia masih berada pada kategori tinggi, dengan jutaan kasus dan ratusan ribu kematian setiap tahun (Kementerian Kesehatan, 2024).

Upaya penanggulangan TB di Indonesia dilaksanakan melalui strategi nasional yang mengacu pada End TB Strategy, meliputi peningkatan penemuan kasus, pengobatan yang terstandar, penguatan surveilans, serta perluasan TPT bagi kelompok berisiko. Namun, cakupan penemuan kasus dan pencegahan, khususnya TPT, masih belum mencapai target yang ditetapkan, sehingga TB tetap menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

d. Patogenesis dan Gambaran Klinis TB

Setelah kuman *M. tuberculosis* masuk ke dalam saluran napas dan mencapai alveoli, kuman akan difagosit oleh makrofag dan dapat berkembang menjadi infeksi laten maupun penyakit aktif, tergantung respon imun host. Pada Infeksi Laten Tuberkulosis, kuman berada dalam keadaan dorman sehingga individu tidak menunjukkan gejala tetapi tetap memiliki risiko berkembang menjadi TB aktif sepanjang hidupnya (WHO, 2024).

Pada TB paru aktif, gejala yang sering muncul antara lain batuk kronis (lebih dari dua minggu), batuk darah, demam ringan yang hilang timbul, keringat malam, penurunan berat badan, dan nafsu makan menurun. Bila tidak diobati dengan tepat, TB dapat menyebabkan kerusakan paru permanen dan kematian, serta menjadi sumber penularan bagi orang-orang di sekitarnya (Editor, 2024)

2.1.2 Infeksi Laten Tuberkulosis (ILTB)

Infeksi Laten Tuberkulosis adalah suatu keadaan dimana sistem kekebalan tubuh orang yang terinfeksi tidak mampu mengeliminasi bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dari tubuh secara sempurna tetapi mampu mengendalikan bakteri TB sehingga tidak timbul gejala sakit TB. Orang dengan ILTB apabila dilakukan Tuberculin Skin Test (TST) atau pemeriksaan Interferon Gamma-Release Assay (IGRA) hasilnya akan positif, tetapi hasil pemeriksaan rontgen thorax normal serta hasil pemeriksaan dahak dan Xpert MTB/Rif® negatif (Kementerian Kesehatan, 2020).

Beberapa hasil studi menunjukkan, sekitar 5-10% orang dengan ILTB akan berkembang menjadi TB aktif, biasanya terjadi dalam 5 tahun sejak pertama kali terinfeksi (Kementerian Kesehatan, 2016). Pada orang dengan sistem kekebalan tubuh yang lemah, terutama Orang dengan HIV/AIDS (ODHA), malnutrisi, orang yang sedang menjalani pengobatan kanker atau sedang menjalani dialisis berisiko mengalami

penyakit TB lebih tinggi daripada orang dengan sistem kekebalan tubuh normal. Risiko penyakit TB pada ODHA, anak kontak serumah dengan pasien TB terkonfirmasi bakteriologis dan kelompok berisiko lainnya dapat dikurangi dengan pemberian TPT. ILTB yang berkembang menjadi penyakit TB diantara 1.7 milyar penduduk yang terinfeksi TB akan bertambah setiap tahun Review sistematis yang dilakukan terhadap 11 penelitian di Asia Tenggara menunjukkan 24,4% sampai 69,2% anak umur di bawah 15 tahun berkontak dengan orang TB aktif dan 3,3% sampai 5,5% di antaranya akan berkembang menjadi TB aktif (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

2.1.3 Tinjauan Umum Tentang Terapi Pencegahan TB

a. Definisi

Terapi Pencegahan Tuberkulosis adalah serangkaian pengobatan yang diberikan kepada orang dengan ILTB) untuk mencegah perkembangan menjadi TB Universitas Muhammadiyah Magelang 11 aktif. Pemberian TPT bukan kegiatan yang berdiri sendiri, tetapi harus diimplementasikan secara komprehensif di layanan TB dan sistem kesehatan. Pasien yang baru saja didiagnosis TB, maka kontak serumah khususnya anak dianggap sebagai satu kesatuan penerima manfaat layanan TB. Mereka yang memiliki penyakit TB aktif harus memulai pengobatan anti-TB dan lainnya memulai TPT, hal ini bertujuan untuk mencegah orang dengan ILTB yang berisiko untuk berkembang menjadi sakit TB dengan menjangkaunya sesegera untuk diberikan TPT (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Tujuan dari pelaksanaan TPT ini adalah untuk mencegah timbulnya penyakit TB dengan demikian mengurangi beban yang ditimbulkan oleh TB. Menurut Program TB Nasional, TPT bertujuan untuk memperkuat perlindungan bagi kontak, individu yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA) dan kelompok berisiko

tinggi lainnya dari kemungkinan kematian akibat TB (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Di Indonesia, banyak fasilitas pelayanan kesehatan memiliki keterbatasan sumber daya dan tidak dapat menyediakan TPT untuk setiap kontak. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan (2020) menjelaskan lebih lanjut mengenai target kelompok populasi lainnya dengan memberikan prioritas pada TPT yang ditujukan kepada populasi berisiko, yaitu:

1. Orang dengan HIV/AIDS (ODHA)
2. Kontak serumah dengan pasien TB paru yang terkonfirmasi bakteriologis
 - a. Anak usia di bawah 5 tahun
 - b. Anak usia 5-14 tahun
 - c. Remaja dan dewasa (usia di atas 15 tahun)
3. Kelompok risiko lainnya dengan HIV negatif
 - a. Individu dengan sistem kekebalan lemah lainnya (Individu yang menerima terapi untuk kanker, individu yang sedang menjalani perawatan cuci darah, individu yang mengonsumsi kortikosteroid dalam jangka waktu lama, individu yang bersiap untuk transplantasi organ, dan seterusnya).
 - b. Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP), petugas kesehatan, sekolah berasrama, barak militer, pengguna narkoba suntik.

Pelaksanaan Pemberian TPT kepada target kelompok ini diharapkan mampu menghindari individu yang berisiko terjangkit TB, menghentikan penyebaran TB, dan mencapai penghapusan TB pada tahun 2030 (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Sasaran cakupan TPT untuk periode 2020-2024 adalah sebanyak 2.922.056 kontak serumah dengan pasien yang telah terkonfirmasi secara bakteriologis, 258.960 orang dengan HIV/AIDS, serta 290.966

individu dari kelompok berisiko lainnya (seperti WBP, tenaga medis, dan orang dengan sistem imun lemah, dan lain-lain). Diharapkan cakupan pemberian TPT untuk orang dengan HIV/AIDS dapat meningkat dari 19% pada tahun 2019 menjadi 55% pada tahun 2024. Di antara kontak serumah, cakupan TPT diperkirakan akan naik menjadi 68% pada tahun 2024 guna mengurangi insidensi TB (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

b. Kontra Indikasi TPT

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

c. Efektifitas TPT

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

d. Jenis-jenis Paduan TPT

Saat ini telah dilakukan upaya program pemberian TPT sesuai rekomendasi WHO terbaru tahun 2020 untuk meningkatkan angka cakupan dan kepatuhan dalam minum obat (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Di Indonesia terdapat beberapa pilihan paduan TPT yang direkomendasikan program penanggulangan TB

nasional, di antaranya yaitu:

- a. Dua macam obat *Isoniazid-Rifapentine* (INH dan Rifapentine) diminum seminggu sekali selama 3 bulan (3HP),
- b. Dua macam obat *Isoniazid-Rifampisin* (INH dan Rifampisin) diminum setiap hari selama 3 bulan (3HR),
- c. Satu macam obat *Isoniazid* (INH) diminum setiap hari selama 6 bulan (6H),
- d. Dua macam obat *Levofloxacin* dan *Etambutol* (Lfx dan E) diminum setiap hari selama 6 bulan (6Lfx+E) untuk anak yang kontak erat dengan pasien TBRO.

Pilihan obat yang diberikan ditentukan berdasarkan umur dan berat badan, ketersediaan obat diminum pada waktu yang sama setiap hari (pagi, siang, sore, atau malam) ketika perut kosong. Pilihan paduan TPT pada Tabel 2.1 berikut.

Tabel 2.1. Pilihan Paduan TPT

No	Sasaran	Pilihan Paduan TPT			
		3HP	3HR	6H	6Lfx+E
1	Kontak serumah usia < 2 tahun)		√	√	
2	Kontak serumah usia 2 – 4 tahun	√			
3	Kontak serumah usia ≥ 5 tahun	√			
4	ODHA usia < 2 tahun)		√	√	
5	ODHA usia ≥ 2 tahun**)	√		√	
6	Kelompok risiko lainnya (umur ≥ 2 tahun)	√			
7	Kontak serumah semua usia dengan kasus indeks TB RO				√

Sumber: Lembar Balik: Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (Kementerian Kesehatan RI, 2019)

Keterangan:

Untuk kontak serumah usia < 2 tahun dan ODHA Usia < 2 tahun jika paduan 3HR belum ada, pengguna dapat memilih paduan TPT 6H. Namun, jika paduan 3HR sudah tersedia, maka TPT untuk anak

berusia kurang dari 2 tahun harus menggunakan paduan 3HR.

***) Bagi ODHA yang menerima jenis ARV (lihat pada 4.6 Interaksi Obat) yang berinteraksi dengan rifampisin, keadaan seperti kehamilan, menyusui, dan infeksi malaria yang parah adalah alasan untuk tidak menggunakan kombinasi yang berbasis rifampisin seperti 3HP atau 3HR. Sebagai solusi lain, bisa mempertimbangkan kombinasi 6H.

Panduan atau tatalaksana pemberian dosis 3HP menyesuaikan usia dan berat badan yang dapat dilihat melalui Tabel 2.2 berikut (Kementerian Kesehatan, 2020).

Tabel 2.2. Pemberian Dosis 3HP

Usia 2-14 tahun					
Sediaan Obat	10 – 15 kg	16 - 23 kg	24 - 30 kg	31- 34 kg	>34 kg
INH 100 mg (tablet)	3	5	6	7	7
Rifapentine 150 mg (tablet)	2	3	4	5	5
Usia >14 tahun					
Sediaan Obat	30- 35 kg	36- 45 kg	46- 55 kg	56- 70 kg	>70 kg
INH 100 mg (tablet)	3	3	3	3	3
Rifapentine 150 mg (tablet)	6	6	6	6	6

Sumber: Petunjuk Teknis Penanganan Infeksi Laten Tuberkulosis (ILTb) Kementerian Kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2020)

Untuk obat 6Lfx+E, panduan lengkapnya masih belum tersedia dalam Petunjuk Teknis Penanganan ILTB dari Kementerian Kesehatan. Namun, obat ini dirancang untuk anak-anak yang telah melakukan kontak erat dengan pasien TB RO (Resisten Obat) dan harus dikonsumsi setiap hari selama enam bulan untuk pengobatan. Sementara itu, pedoman TPT bagi orang dewasa yang berhubungan dengan pasien TB RO akan ditentukan berdasarkan penilaian klinis yang selanjutnya akan ditetapkan oleh para profesional atau

organisasi terkait (Kementerian Kesehatan, 2020).

e. Efek Samping

Pemantauan efek samping TPT dilakukan pada semua individu yang mendapatkan TPT. Konseling kepatuhan untuk memastikan kepatuhan minum obat jika diperlukan untuk memantau efek samping :

1. Tanyakan apakah ada keluhan terkait efek samping obat seperti mual muntah, tampak kuning, dan gatal gatal, dll.
2. Periksa apakah ada tanda tanda efek samping seperti ikterik, pembesaran hepar, ruam di kulit. Berikut ini adalah gambaran efek samping obat secara lengkap dan tatalaksananya berdasarkan jenis obat yang diberikan.

a) Efek Samping Penggunaan obat Isoniazid:

Ringan:

- 1) Mual, muntah atau sakit perut
- 2) Nyeri sendi
- 3) Rasa terbakar, kebas atau kesemutan ditangan dan kaki
- 4) Mengantuk (Kementerian Kesehatan RI, 2019)

Berat:

- 1) Neuropati perifer, yaitu kerusakan pada sistem saraf tepi, yang terdiri dari jaringan saraf yang mentransmisikan sinyal dari otak dan sumsum tulang belakang ke area tubuh yang lain (Ananda, 2020). Sekitar di bawah 0,2% individu yang menjalani TPT 6H mengalami kondisi neuropati perifer (Kementerian Kesehatan, 2020).
- 2) Hepatotoksisitas, yaitu peristiwa ketika sel-sel di hati mengalami kerusakan dalam fungsinya disebabkan oleh paparan bahan-bahan kimia yang berbahaya (Sulistya & Perwitasari, 2022). Sekitar 2-6% individu yang

mengikuti TPT 6H mengalami hepatotoksisitas (Kementerian Kesehatan, 2020).

- 3) Gangguan Neuropsikiatri, yaitu kondisi kesehatan mental atau psikologis yang dipengaruhi oleh sejumlah penyakit tertentu atau berakar dari masalah pada sistem saraf (Muthaharah *et al.*, 2019). Di samping itu, neuropsikiatri juga mencakup gangguan perilaku yang terkait atau disebabkan oleh berbagai keadaan neurologis (Juliarta *et al.*, 2018).

b) Efek Samping Penggunaan obat Rifampisin dan Rifapentine:

Ringan:

- 1) Reaksi seperti flu (*flu-like syndrome*) berupa demam disertai lemas, lelah, sakit kepala, nyeri otot, takikardi atau palpitasi, berkeringat atau gejala lainnya.
- 2) Gejala gangguan pencernaan seperti mual, muntah, atau sakit perut.
- 3) Perubahan warna cairan tubuh seperti urin, keringat atau air mata. (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Berat:

- 1) Ruam kulit.
- 2) Hepatotoksisitas. Sekitar 1% orang yang menjalani 3HP mengalami hepatotoksisitas (Kementerian Kesehatan RI, 2020).
- 3) Hipersensitivitas seperti hipotensi, pingsan, takikardi, anafilaksis atau bronkoplasma. Namun reaksi ini sangat jarang terjadi, sekitar 4% orang yang menjalani 3HP mengalami hipersensitivitas (Kementerian Kesehatan, 2020).

f. Manfaat dan Efektifitas TPT

Berbagai studi menunjukkan bahwa TPT efektif menurunkan risiko perkembangan TB aktif pada individu dengan ILTB maupun kelompok risiko tinggi. WHO melaporkan bahwa TPT dapat mengurangi risiko TB sebesar sekitar seperempat hingga lebih dari dua pertiga pada berbagai kelompok berisiko, dan bahkan menurunkan risiko TB atau kematian pada orang dengan HIV secara bermakna bila dikombinasikan dengan terapi antiretroviral (Khamai et al., 2024).

Pada anak sebagai kontak serumah, TPT terbukti menurunkan risiko berkembangnya TB aktif secara signifikan, sehingga menjadi pilar penting dalam strategi pencegahan TB di komunitas. Efektivitas TPT sangat bergantung pada keteraturan minum obat, ketersediaan logistik, serta dukungan tenaga kesehatan dalam memantau efek samping dan kepatuhan (Kementerian Kesehatan, 2023).

g. Hambatan Implementasi TPT

Hambatan implementasi TPT berada pada berbagai level, mulai dari individu, keluarga, tenaga kesehatan, hingga sistem pelayanan kesehatan. Di tingkat individu dan keluarga, masalah yang sering muncul antara lain kurangnya pengetahuan tentang TPT, persepsi bahwa pengobatan tidak perlu karena tidak ada gejala, kekhawatiran efek samping, dan stigma terhadap TB (Atzmardina et al., 2025).

Di tingkat tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan, hambatan yang sering ditemukan mencakup beban kerja tinggi, keterbatasan pelatihan, dokumentasi yang rumit, dan kurang optimalnya koordinasi program TB. Selain itu, akses geografis ke fasilitas kesehatan, ketersediaan obat, dan sistem logistik yang belum stabil juga berkontribusi terhadap rendahnya cakupan TPT di berbagai daerah. (Atzmardina et al., 2025).

h. Tinjauan Umum Tentang Kontak Serumah TB

Kontak serumah pasien tuberkulosis (TB) termasuk dalam kelompok individu yang paling berisiko tinggi tertular *Mycobacterium tuberculosis* dan mengalami ILTB, yang berpotensi berkembang menjadi TB aktif (Safitri *et al.*, 2023). Kontak serumah merujuk pada individu yang tinggal di tempat yang sama setidaknya selama satu malam atau sering berada di rumah pada siang hari bersama pasien tuberkulosis paru yang memiliki hasil sputum positif atau dianggap sebagai kasus tuberkulosis resistan obat dalam kurun waktu tiga bulan sebelum pasien tuberkulosis paru menerima pengobatan anti tuberkulosis (OAT) (Kementerian Kesehatan RI, 2020a).

Individu yang memiliki latar belakang kontak dalam satu rumah jika mengalami gejala, akan dirujuk untuk pemeriksaan TB sesuai dengan pedoman yang ada. Sementara itu, mereka yang tidak menunjukkan gejala akan menjalani tes tuberkulin atau IGRA; jika dua tes ini tidak tersedia, rontgen thoraks disarankan. Pasien yang terinfeksi HIV yang memperlihatkan tanda-tanda akan menjalani pemeriksaan untuk tuberkulosis sesuai dengan metode diagnosis, sementara individu yang tidak memiliki tanda-tanda akan mendapatkan terapi profilaksis.

Apabila hasil dari evaluasi diagnosis tuberkulosis mengindikasikan adanya TB aktif, individu tersebut akan menjalani pengobatan menggunakan obat anti-tuberkulosis. Sebaliknya, pasien yang hasilnya negatif akan diberi TPT (Kementerian Kesehatan, 2020).

Kontak serumah dengan pasien TB paru yang terkonfirmasi bakteriologis terbagi dari beberapa kelompok umur berikut:

1. Anak usia di bawah 5 tahun;
2. Anak usia 5-14 tahun; dan

3. Remaja dan dewasa (usia di atas 15 tahun)

Dalam pengembangan program TPT, mengikuti RPJMN 2020-2024, pemberian TPT diperluas kepada semua anggota rumah tangga pasien TB, baik yang berumur di bawah 5 tahun maupun yang lebih. TPT diberikan oleh puskesmas. Sebelum menerima TPT, anggota rumah tangga harus menjalani tes kulit tuberkulin atau tes mantoux dan tes cepat molekuler (TCM) atau tes dahak untuk memastikan mereka terinfeksi TB atau tidak. Anggota rumah tangga yang diizinkan menerima TPT adalah yang hasil tes kulitnya positif tetapi hasil TCM-nya negatif, artinya mereka adalah penderita TB laten (TB tanpa gejala). Namun, jika hasil tes kulit positif dan TCM juga positif, maka mereka akan diberikan obat anti-TB (OAT) untuk perawatan TB dengan jangka waktu setidaknya 6 bulan karena mereka mengalami TB aktif (Safitri *et al.*, 2023).

Kriteria Kontak Serumah yaitu tinggal satu rumah dengan pasien TB, Berinteraksi secara rutin dan dekat dengan pasien (misalnya, anggota keluarga, teman sekamar).

1. Terpapar udara yang sama dengan pasien TB, terutama dalam ruangan tertutup (*World Health Organization*, 2022)
2. Resiko Penularan pada kontak serumah

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

1. Durasi Paparan: Semakin lama kontak serumah terpapar, semakin tinggi risiko tertular.
2. Kepadatan Hunian: Lingkungan rumah yang padat dan ventilasi buruk meningkatkan risiko penularan.
3. Status Imunitas: Kontak serumah dengan sistem kekebalan

tubuh lemah (misalnya, anak-anak, lansia, atau orang dengan HIV) lebih rentan tertular.

Keparahan Penyakit Pasien: Pasien TB dengan bakteri positif (BTA+) memiliki risiko penularan lebih tinggi (*World Health Organization, 2022*).

i. Peran kontak serumah dalam rantai penularan TB

Kontak serumah memainkan peran kritis dalam rantai penularan TB karena mereka merupakan kelompok yang paling rentan tertular dan dapat menjadi sumber penularan baru jika terinfeksi. Berikut peran kritis kontak serumah dalam rantai penularan:

1. Sebagai Penerima Penularan:

- a. Kontak serumah adalah kelompok pertama yang terpapar bakteri TB dari pasien indeks (pasien TB yang terdiagnosis pertama).
- b. Jika tidak segera diidentifikasi dan diobati, mereka dapat berkembang menjadi TB aktif.

2. Sebagai Sumber Penularan Baru:

- a. Jika kontak serumah terinfeksi dan berkembang menjadi TB aktif, mereka dapat menularkan bakteri ke orang lain, termasuk anggota keluarga baru atau komunitas.
- b. Hal ini dapat memperluas rantai penularan TB.

3. Sebagai Target Intervensi Pencegahan:

- a. Kontak serumah adalah kelompok prioritas untuk skrining TB dan pemberian TPT.
- b. Intervensi pada kontak serumah dapat memutus rantai penularan dan mengurangi beban TB di masyarakat (WHO, 2022).

2.1.4 Teori Health Belief Model (HBM)

a. Definisi

Model kepercayaan kesehatan (*Health Belief Model*) adalah suatu bentuk penjabaran dari model sosiopsikologis, munculnya model ini didasarkan pada kenyataan bahwa peroblem kesehatan ditandai oleh kegagalan-kegagalan orang atau masyarakat untuk menerima usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit yang diselenggarakan oleh provider, kegagalan ini akhirnya memunculkan teori yang menjelaskan perilaku pencegahan penyakit (preventif health behavior), yang oleh Becker dikembangkan dari teori lapangan menjadi model kepercayaan kesehatan (*Health Belief Model*) (Notoatmodjo,2010).

Hipotesis *Health Belief Model* tergantung pada terjadinya simultan pada ketiga faktor yaitu:

- 1) Adanya motivasi yang cukup (masalah kesehatan) agar menjadi sebuah masalah kesehatan yang menonjol atau relevan.
- 2) Keyakinan bahwa seseorang rentan terhadap masalah kesehatan atau penyakit yang serius. Hal ini sering disebut ancaman.
- 3) Keyakinan bahwa setelah melakukan perilaku kesehatan tertentu akan bermanfaat dalam mengurangi ancaman dan dengan biaya atau usaha yang dikeluarkan secara subjektif diterima. Biaya mengacu pada hambatan yang dirasakan harus diatasi dalam berperilaku kesehatan, namun tidak terbatas pada pengeluaran biaya.

Ketiga faktor di atas dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kepribadian dan lingkungan individu, serta pengalaman berhubungan dengan sarana dan petugas kesehatan. Kesiapan individu dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti persepsi tentang kerentanan terhadap penyakit, potensi ancaman, motivasi untuk memperkecil kerentanan terhadap penyakit, dan adanya kepercayaan perubahan perilaku akan memberikan keuntungan.

Faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku adalah perilaku itu sendiri yang dipengaruhi oleh karakteristik individu, penilaian individu terhadap perubahan yang serupa.

b. Komponen Utama *Health Belief Model*

HBM terdiri dari enam konstruk utama, yaitu *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefits*, *perceived barriers*, *cues to action*, dan *self-efficacy*. Konstruk-konstruk ini saling berinteraksi membentuk kecenderungan perilaku seseorang untuk melakukan atau menghindari tindakan kesehatan tertentu (Khamai et al., 2024).

1. *Perceived susceptibility* (persepsi kerentanan)

Persepsi kerentanan adalah keyakinan individu mengenai kemungkinan dirinya terserang suatu penyakit atau kondisi kesehatan. Semakin tinggi persepsi seseorang bahwa dirinya rentan terhadap penyakit, semakin besar kemungkinan ia akan melakukan tindakan pencegahan (Anees Alyafei & Raul Easton-Carr, 2024).

Persepsi kerentanan mengacu pada keyakinan subjektif bahwa seseorang berkaitan dengan dia yang memiliki dan memperoleh penyakit atau mencapai keadaan berbahaya akibat terlibat dalam perilaku tertentu. Pada ekstrem yang lain adalah orang-orang yang begitu takut tertular penyakit yang mereka percaya akan ada kemungkinan untuk memperoleh penyakit tersebut, orang yang merasa lebih rentan maka semakin besar kemungkinan dia untuk bertindak mencari pencegahannya (Anees Alyafei & Raul Easton-Carr, 2024).

2. *Perceived severity* (persepsi keseriusan)

Persepsi keseriusan adalah pandangan individu tentang seberapa berat konsekuensi medis maupun sosial-ekonomi dari suatu

penyakit. Jika penyakit dipersepsikan serius, baik dari segi dampak kesehatan maupun sosial, individu lebih terdorong untuk melakukan pencegahan (Anees Alyafei & Raul Easton-Carr, 2024).

Korelasi signifikan dengan perilaku pencegahan TB ($r = 0,501$; $p < 0,001$) ditemukan di Thailand, dimana kontak serumah yang menganggap TB fatal lebih taat protokol pencegahan. Di East Lombok ($p = 0,006$; positif pengaruh), dan studi Indonesia lainnya ($p = 0,012$ untuk pencegahan transmisi). Pada kepatuhan OAT, *perceived severity* berhubungan signifikan ($p < 0,05$). Untuk TPT, kontak serumah yang persepsi TB menyebabkan kematian keluarga lebih menerima terapi ($p < 0,05$). Intervensi: Cerita kasus nyata stigma TB dan dampak ekonomi (biaya pengobatan Rp 10-20 juta) (Suprijandani et al., 2025).

3. *Perceived benefits* (persepsi manfaat)

Perceived benefits adalah keyakinan bahwa tindakan kesehatan (seperti TPT) efektif mengurangi risiko atau keparahan penyakit. Konstruk ini memotivasi perilaku jika manfaat melebihi biaya yang dirasakan. TPT terbukti mengurangi risiko TB aktif 60-86%, sehingga *perceived benefits* tinggi meningkatkan uptake (Khamai et al., 2024).

Untuk TPT, manfaat mencakup pengurangan risiko TB aktif 60-86% pada kontak serumah, pencegahan transmisi, dan penghematan biaya pengobatan TB aktif. Studi Thailand menemukan korelasi tertinggi *perceived benefits* dengan perilaku pencegahan ($r = 0,581$; $p < 0,001$). Di Indonesia, penelitian Karo (2024) menunjukkan $OR = 11,551$ untuk kepatuhan terkait pengetahuan manfaat ($p = 0,042$). Lombok Barat (2020): 81% responden bertindak pencegahan. Studi Jambi menegaskan peran

dalam penerimaan TPT (Supinganto et al., 2020).

4. *Perceived barriers* (persepsi hambatan)

Perceived barriers mencakup rintangan nyata/subjektif seperti efek samping, biaya, akses, waktu, atau stigma yang menghalangi tindakan. Ini konstruk "penghambat" utama; *barriers* tinggi menurunkan perilaku meski persepsi manfaat tinggi. Pada TPT, hambatan umum: Hepatotoksisitas isoniazid (5-10%), jarak puskesmas, dan "*tidak sakit kenapa minum obat*" (Anees Alyafei & Raul Easton-Carr, 2024).

Dalam TPT, hambatan umum termasuk efek samping isoniazid (hepatotoksisitas 0,1-1%), jarak puskesmas, stigma TB, dan persepsi "tidak perlu karena sehat". Thailand (2024): *perceived barriers* berkorelasi negatif dengan perilaku ($r = -0,412$). Lombok (2020): 67% responden mengalami hambatan. Studi Indonesia lainnya: $p = 0,045$ untuk kepatuhan OAT terkait *barriers*. Hambatan logistik seperti stok obat kurang tingkatan dropout TPT hingga 20-30% (Fitriyani & Dwijayanti, 2023).

5. *Cues to action* (isyarat untuk bertindak)

Cues to action adalah pemicu internal (gejala, pengetahuan) atau eksternal (edukasi, media, saran dokter, pengalaman orang lain) yang mengubah niat menjadi perilaku aktual. Konstruk ini berfungsi sebagai "*switch*" setelah konstruk lain siap. Pada TB, *cues* termasuk kampanye "TB bebas Indonesia 2030", kunjungan kader posyandu, atau diagnosis indeks kasus di keluarga. Thailand (2024): *cues* berkorelasi dengan perilaku ($r=0,489$). Lombok (2020): 65% responden dipicu *cues*. Studi Pekanbaru: edukasi HBM sebagai *cues* tingkatan pengetahuan TB ($p=0,000$). Di Indonesia, dukungan keluarga dan petugas kesehatan efektif sebagai *cues* untuk TPT (Ramadia et al., 2019).

6. *Self-efficacy* (efikasi diri)

Self-efficacy atau efikasi diri, yang diperkenalkan oleh Bandura pada tahun 1988, merupakan keyakinan individu terhadap kemampuannya dalam melakukan suatu tindakan secara konsisten serta mampu mengatasi berbagai hambatan yang muncul. Konstruk ini sangat penting dalam membentuk perilaku jangka panjang, termasuk dalam menjalani regimen TPT selama enam bulan. Dalam konteks TPT, efikasi diri yang tinggi dapat menurunkan angka putus pengobatan (dropout), karena individu merasa yakin mampu mengatasi kendala seperti lupa minum obat atau munculnya efek samping ringan. Penelitian di Thailand pada tahun 2024 menunjukkan bahwa *self-efficacy* memiliki korelasi tertinggi dengan perilaku, dengan nilai $r = 0,526$ dan $p < 0,001$. Studi di Indonesia juga menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara efikasi diri dan perilaku terkait TB, dengan nilai $p = 0,009$, serta berkontribusi dalam meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan OAT. Penelitian di Lombok menemukan bahwa efikasi diri menjadi bagian dari faktor pencegahan yang berkontribusi sebesar 72 persen. Sebaliknya, rendahnya efikasi diri dapat menyebabkan kegagalan pelaksanaan TPT sebesar 20–40 persen (Br, 2025).

c. Penerapan HBM Pada Pencegahan dan Pengobatan TB

Health Belief Model telah banyak diaplikasikan dalam pencegahan TB melalui perilaku seperti skrining kontak serumah, TPT, dan etika batuk/masker, serta pengobatan melalui kepatuhan OAT/TPT. Studi menunjukkan HBM efektif memprediksi 40-70% varian perilaku TB, dengan intervensi edukasi berbasis HBM tingkatkan kepatuhan hingga 25-50% (Khamai et al., 2024).

2.1.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Penerimaan atau Penolakan TPT

a. Faktor Individu

Faktor individu memengaruhi perilaku penerimaan atau penolakan TPT melalui aspek seperti pengetahuan, persepsi risiko, dan keyakinan pribadi terhadap manfaat serta hambatan pengobatan. Kerangka HBM sering digunakan untuk menjelaskan pengaruh ini, di mana konstruk seperti persepsi kerentanan dan manfaat mendorong penerimaan TPT pada kontak serumah pasien TB. Penjelasan lengkap faktor-faktor ini didasarkan pada studi empiris terkait pencegahan TB (Wulandari et al., 2025).

1. Faktor Pengetahuan

Pengetahuan rendah tentang penularan TB, gejala, dan manfaat TPT menyebabkan penolakan karena individu merasa tidak perlu pengobatan preventif. Sebaliknya, pengetahuan baik meningkatkan penerimaan TPT, seperti terlihat pada studi di Kabupaten Tegal dimana pengetahuan berhubungan signifikan ($p < 0.001$). Tingkat pengetahuan juga berkontribusi, dengan pendidikan tinggi memfasilitasi pemahaman yang lebih baik terhadap rekomendasi medis (Costa, 2023).

2. Persepsi Risiko dan Kesehatan

Individu yang merasa sehat atau persepsi kerentanan rendah terhadap TB cenderung menolak TPT, karena menganggap diri tidak berisiko meski kontak serumah. Dalam HBM, persepsi keseriusan TB yang tinggi memotivasi penerimaan, sementara persepsi tidak berisiko menyebabkan pengabaian. Studi di Dili Municipality menemukan rasa sehat pribadi sebagai penghalang utama (Wulan T. 2025)

3. Keyakinan Manfaat dan Hambatan

Persepsi manfaat TPT yang tinggi, seperti pencegahan TB aktif hingga 60-90%, mendorong kepatuhan, sesuai HBM di mana

manfaat berasosiasi signifikan dengan adherensi. Sebaliknya, ketakutan efek samping (hepatotoksisitas, neuropati) menyebabkan penolakan, terutama jika persepsi hambatan melebihi manfaat. Efikasi diri (*self-efficacy*) juga krusial; tingkat tinggi meningkatkan kemampuan mengatasi hambatan (Gebremariam et al., 2021).

4. Faktor Demografi Individu

Jenis kelamin memengaruhi, dengan pria lebih cenderung menolak ($p=0.010$), sementara usia muda atau pendidikan rendah menurunkan penerimaan. Aktivitas fisik tinggi atau pengalaman asrama pada mahasiswa juga terkait penolakan setelah kesediaan awal. Kepatuhan medis secara umum dipengaruhi keyakinan pribadi terhadap efektivitas TPT (Safitri et al. 2023).

HBM menjelaskan bahwa konstruk individu seperti pengetahuan, persepsi kerentanan, keseriusan, manfaat, hambatan, dan efikasi diri memprediksi perilaku pencegahan TB pada kontak rumah tangga. Studi di Thailand menunjukkan peningkatan perilaku preventif sebesar 30% per poin skor HBM, mengurangi abnormalitas rontgen. Intervensi edukasi berbasis HBM direkomendasikan untuk meningkatkan penerimaan TPT di Indonesia (Khamai et al., 2024).

a. Faktor Demografi

Faktor demografi individu secara signifikan memengaruhi perilaku penerimaan atau penolakan TPT, terutama melalui pengaruhnya terhadap akses informasi, prioritas kesehatan, dan kemampuan mengikuti pengobatan. Studi di Indonesia menunjukkan variabel seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan status ekonomi sering menjadi prediktor utama.

1. Usia

Individu usia muda cenderung lebih menolak TPT karena merasa kurang rentan terhadap TB dan prioritas hidup

seperti pekerjaan atau pendidikan mendominasi. Sebaliknya, usia tua meningkatkan penerimaan karena persepsi risiko lebih tinggi ($p = 0,002$). Hal ini terlihat pada kontak serumah di mana lansia lebih patuh dibanding kelompok usia produktif (Galistiani & Hapsari, 2025).

2. Jenis Kelamin

Pria lebih sering menolak TPT dibanding wanita ($p = 0,010$), sering karena stigma, mobilitas tinggi, atau persepsi rendah terhadap risiko. Wanita, khususnya ibu rumah tangga, menunjukkan adherensi lebih baik karena dukungan keluarga dan akses layanan kesehatan lebih mudah (Safitri et al. 2023).

3. Tingkat Pendidikan

Rendahnya tingkat pendidikan berkorelasi kuat dengan penolakan TPT ($p < 0,001$), karena kurangnya pemahaman manfaat dan ketakutan efek samping. Pendidikan tinggi memfasilitasi penerimaan melalui pengetahuan yang lebih baik tentang pencegahan TB, menjadi faktor dominan dalam kepatuhan (Wulan T. 2025).

4. Pekerjaan dan Status Ekonomi

Pekerjaan tidak tetap atau penghasilan rendah menghambat penerimaan TPT karena kesulitan akses obat dan waktu kunjungan ($p = 0,235$ tidak signifikan tapi tren negatif). Status ekonomi rendah meningkatkan penolakan melalui beban biaya transportasi dan stigma sosial (Rifat, 2025).

5. Status Pernikahan

Pasien belum menikah lebih patuh daripada yang menikah ($p = 0,017$), kemungkinan karena tanggung jawab keluarga pada yang menikah mengurangi prioritas TPT. Faktor ini saling terkait dengan dukungan sosial dalam *Health Belief Model* (Khamai et al. 2024).

b. Faktor Dukungan

Faktor dukungan, termasuk dukungan sosial, keluarga, dan sistem kesehatan, memengaruhi perilaku penerimaan atau penolakan TPT dengan memperkuat motivasi dan mengurangi hambatan. Dukungan ini sering menjadi pendorong utama dalam HBM melalui konstruk *cues to action* dan *self-efficacy*. Penjelasan lengkap didasarkan pada studi terkait kontak serumah pasien TB di Indonesia.

1. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga yang tinggi meningkatkan penerimaan TPT karena pengingat minum obat dan motivasi emosional ($p=0.001$). Kurangnya dukungan keluarga menyebabkan penolakan, terutama pada pria pekerja yang mobilitasnya tinggi. Studi di Jakarta menemukan dukungan keluarga sebagai faktor signifikan dalam perilaku pencegahan TB (Wulan T. 2025).

2. Dukungan Sosial Komunitas

Dukungan dari tetangga atau komunitas meningkatkan adherensi melalui pengurangan stigma dan berbagi pengalaman. Di daerah pedesaan, kelompok PKK atau posyandu berperan sebagai *cues to action* dalam HBM untuk mendorong penerimaan TPT. Kurangnya dukungan sosial berkontribusi pada dropout pengobatan (Khamai et al. 2024).

3. Dukungan Petugas Kesehatan

Konseling dan pengawasan langsung oleh petugas kesehatan (*cues to action*) signifikan meningkatkan penerimaan ($p<0.05$). Layanan ramah dan edukasi rutin mengurangi ketakutan efek samping, sehingga meningkatkan *self-efficacy*. Studi UGM menyoroti peran ini pada kontak serumah (Parwati et al., 2021).

Dukungan multifaset ini saling melengkapi faktor individu dan demografi, dengan intervensi berbasis HBM yang melibatkan keluarga efektif untuk meningkatkan kepatuhan TPT hingga 80%. Di Indonesia, program DOTS dan pengawasan keluarga direkomendasikan untuk atasi penolakan (Gebremariam et al., 2021).

c. Faktor Sosial Ekonomi

Faktor sosial ekonomi memengaruhi perilaku penerimaan atau penolakan TPT melalui akses terhadap layanan kesehatan, beban finansial, dan kondisi lingkungan rumah tangga. Rendahnya status sosial ekonomi sering menjadi penghalang utama, terutama di Indonesia dimana kemiskinan memperburuk risiko TB dan mengurangi kepatuhan pengobatan preventif. Faktor ini saling terkait dengan faktor demografi dan dukungan sebelumnya dalam konteks HBM (Stop TB Partnership Indonesia, 2021).

1. Pendapatan dan Kemiskinan

Rumah tangga berpenghasilan rendah (<Rp600.000/bulan) cenderung menolak TPT karena biaya transportasi, nutrisi pendukung, dan kehilangan waktu kerja. Kemiskinan meningkatkan risiko TB sebesar 2-3 kali lipat dan menurunkan adherensi, dengan studi IFLS 2014 menunjukkan pengaruh signifikan pada kejadian TB. Intervensi subsidi obat gratis membantu, tapi beban tidak langsung tetap menghambat (Kusumaningrum et al., 2023).

2. Pekerjaan dan Mobilitas

Pekerja informal atau buruh dengan pekerjaan tidak tetap sering menolak TPT karena jadwal padat dan mobilitas tinggi yang menyulitkan pengambilan obat rutin. Tingkat pengangguran atau pekerjaan fisik berat berkorelasi dengan dropout ($p < 0.05$), karena prioritas ekonomi mengalahkan

pengecegan. Kelompok ekonomi menengah ke bawah paling rentan (Nurjannah et al., 2022).

3. Kondisi Lingkungan Rumah

Lingkungan rumah tidak layak (ventilasi buruk, kepadatan tinggi) memperburuk persepsi risiko TB, tapi status ekonomi rendah membatasi perbaikan atau akses TPT. Rumah tangga miskin memiliki risiko TB lebih tinggi (OR=2.45), meski faktor lingkungan tidak selalu signifikan secara independen (Raden et al., 2024).

4. Akses Pendidikan dan Nutrisi

Pendidikan rendah dalam konteks sosial ekonomi membatasi pemahaman TPT, sementara malnutrisi akibat kemiskinan menurunkan motivasi penerimaan. Status ekonomi menengah ke atas mendukung perilaku pencegahan lebih baik melalui akses informasi dan gizi (Ristyoyo et al., 2012)

Faktor sosial ekonomi menjelaskan 38-62% variasi kepatuhan TPT, sehingga program seperti bantuan sosial dan DOTS berbasis komunitas direkomendasikan untuk meningkatkan penerimaan di Indonesia. Integrasi dengan HBM melalui edukasi ekonomi efektif mengurangi penolakan (Khamai et al., 2024).

d. Faktor Akses Layanan dan Logistik

Faktor akses layanan dan logistik secara langsung memengaruhi perilaku penerimaan atau penolakan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) melalui ketersediaan fasilitas, jarak, dan pasokan obat yang memadai. Hambatan ini sering menjadi penyebab utama dropout pada kontak serumah pasien TB di Indonesia, dimana cakupan TPT masih rendah sekitar 2,5-8,5% dari target. Faktor ini melengkapi pengaruh faktor individu,

demografi, dukungan, dan sosial ekonomi sebelumnya dalam kerangka HBM (Tri W., 2025)

1. Ketersediaan dan Akses Fasilitas
Jarak yang jauh ke puskesmas atau fasilitas kesehatan (>5 km) menyebabkan penolakan TPT karena biaya transportasi dan waktu, terutama di daerah pedesaan. Layanan yang mudah dijangkau meningkatkan penerimaan hingga 4 kali lipat, sementara keterbatasan tenaga kesehatan menghambat edukasi dan pengawasan. Integrasi layanan TB-HIV di puskesmas direkomendasikan untuk atasi stigma dan akses (Budiarti & Syarif, 2025)
 2. Logistik Obat dan Pasokan
Faktor logistik obat dan pasokan untuk Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) sering menjadi penghambat utama penerimaan karena kekurangan stok obat seperti isoniazid atau rifampentine, yang menyebabkan ketidakpastian pasien. Masalah ini mencakup penyimpanan tidak standar, distribusi terlambat, dan ketersediaan stok di bawah 3 bulan aman, sehingga meningkatkan penolakan meski faktor lain mendukung (Randani & Tikirik, 2024).
 3. Kualitas Pelayanan dan Teknologi
Kurangnya pelatihan petugas kesehatan menyebabkan konseling tidak optimal, sehingga pasien ragu menerima TPT karena ketakutan efek samping. Penggunaan teknologi digital untuk pemantauan (seperti aplikasi SITB) dan pelayanan berbasis komunitas meningkatkan akses, terutama bagi kelompok rentan. Sosialisasi terbatas dan kader TB minim juga menghambat (Pengestu & Fibriana, 2021).
- e. Faktor Budaya dan Stigma
Faktor budaya dan stigma memengaruhi perilaku penerimaan atau penolakan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) melalui

norma sosial, mitos kesehatan, dan rasa malu yang menghambat pencarian pengobatan preventif. Di Indonesia, stigma TB sering dikaitkan dengan kemiskinan, "kutukan", atau penyakit memalukan, menyebabkan kontak serumah menghindari TPT meski berisiko tinggi. Faktor ini melengkapi pengaruh faktor sebelumnya seperti individu, demografi, dukungan, sosial ekonomi, dan akses dalam *Health Belief Model* (HBM) (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

1. Keyakinan Budaya dan Mitos

Masyarakat sering percaya TB disebabkan mistis, karma, atau lingkungan kotor, bukan bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, sehingga TPT diabaikan demi ritual tradisional. Studi kualitatif di Gorontalo menemukan mitos ini meluas di urban-rural, bahkan pada berpendidikan tinggi, menyebabkan penolakan skrining kontak serumah. Di Tana Toraja, peran kebudayaan lokal ($p=0.001$) menghambat pencegahan TB karena norma ritual (Yetti et al., 2023).

2. Stigma Sosial dan Diskriminasi

Stigma sosial dan diskriminasi memengaruhi perilaku penerimaan atau penolakan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) dengan menciptakan rasa takut isolasi, yang membuat kontak serumah menghindari skrining dan pengobatan preventif meski berisiko tinggi. Di Indonesia, stigma ini sering muncul dari ketakutan penularan, kurangnya pengetahuan, dan asosiasi TB dengan kemiskinan atau perilaku buruk, sehingga menurunkan kepatuhan hingga 30-50% (Diana et al., 2024).

3. Pengaruh Komunitas dan Norma Lokal

Norma budaya yang menekankan "malu berobat" atau prioritas kerja daripada kesehatan membuat pria dewasa menolak TPT. Di komunitas pedesaan, stigma dari tetangga

memperkuat penolakan, meski dukungan keluarga bisa mengimbangi. Label regional seperti "terengi" di Gorontalo memperburuk, dengan 40% kasus terkait stigma negatif (Amir & Yulian, 2022).

f. Faktor Kebijakan dan Sistem Kesehatan

Faktor kebijakan dan sistem kesehatan memengaruhi perilaku penerimaan atau penolakan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) melalui regulasi nasional, integrasi layanan, dan koordinasi lintas sektor yang memfasilitasi atau menghambat implementasi program. Di Indonesia, Perpres No. 67/2021 menjadi landasan utama yang mendorong pembentukan Tim Percepatan Penanggulangan TB (TP2TB), namun tantangan seperti rendahnya deteksi kasus masih membatasi cakupan TPT. Faktor ini melengkapi pengaruh faktor sebelumnya seperti individu, demografi, dukungan, sosial ekonomi, akses, serta budaya dalam *Health Belief Model* (HBM) (Kementerian Kesehatan RI, 2025).

1. Kebijakan Nasional dan Strategi

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 menetapkan indikator utama Program Penanggulangan Tuberkulosis (P2TB), yang meliputi promosi kesehatan, surveilans, dan pengendalian faktor risiko. Kebijakan ini mendorong pelaksanaan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) pada kontak serumah. Namun, implementasinya belum berjalan optimal karena masih kurangnya sosialisasi. Studi di Puskesmas Lampihong menunjukkan bahwa efektivitas pelaksanaan program berada pada kategori cukup. Selain itu, analisis pelaksanaan program selama masa pandemi menunjukkan bahwa faktor input, seperti ketersediaan sumber daya

manusia dan sistem informasi, turut memengaruhi deteksi kasus secara preventif (Pengestu & Fibriana, 2021).

2. Integrasi Sistem Layanan Kesehatan

Integrasi TPT dalam layanan primer di Puskesmas dan rumah sakit melalui platform digital SITB mempermudah pengawasan, tapi kekurangan tenaga kesehatan dan data tidak sinkron menurunkan adherensi. Program DOTS dan pengawasan berbasis komunitas meningkatkan penerimaan, dengan kontribusi komunitas mencapai 29% notifikasi kasus. Kurangnya integrasi dengan program HIV/stunting memperburuk penolakan pada kelompok rentan (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

3. Koordinasi Lintas Sektor dan Pembiayaan

Program DOTS dalam sistem primer efektif dalam pembiayaan untuk pengobatan TB, termasuk TPT, tapi faktor penghambat seperti kesadaran masyarakat dan kolaborasi antar-sektor lemah menghambat kepatuhan. Kebijakan pengendalian faktor risiko (merokok, gizi) berbasis Perpres memengaruhi pencegahan, dengan kolaborasi pusat-daerah krusial untuk tingkatkan partisipasi TPT (Ab et al., 2025).

g. Faktor Psikologis

Faktor psikologis memengaruhi perilaku penerimaan atau penolakan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) melalui proses mental seperti persepsi ancaman, kecemasan, dan motivasi intrinsik yang membentuk keputusan individu. Dalam Health Belief Model (HBM), konstruk psikologis seperti persepsi kerentanan dan hambatan menjadi prediktor utama, sering menyebabkan penolakan meski risiko TB tinggi pada kontak serumah. Faktor ini saling terkait

dengan faktor sebelumnya seperti individu, demografi, dukungan, sosial ekonomi, akses, budaya, serta kebijakan (Pradana et al., 2025).

1. Persepsi Kerentanan dan Keparahan

Individu dengan persepsi rendah terhadap risiko TB (merasa "sehat" atau "tidak mungkin sakit") cenderung menolak TPT, meski bukti IGRA positif. Persepsi keseriusan TB yang minim memicu penyangkalan, dengan studi HBM menunjukkan hubungan signifikan ($p < 0.05$) terhadap penerimaan. Kecemasan berlebih justru bisa menurunkan motivasi karena rasa takut gagal pengobatan (Fadhilah & Bowo, 2025).

2. Manfaat, Hambatan, dan Efikasi Diri

Keyakinan kuat pada manfaat TPT (mencegah TB aktif 60-90%) mendorong penerimaan, sementara persepsi hambatan seperti efek samping menyebabkan penolakan. *Self-efficacy* rendah (merasa tak mampu patuh 6-9 bulan) menjadi penghalang utama, diatasi melalui intervensi seperti *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) yang meningkatkan kepatuhan signifikan (Khamai et al., 2024).

3. Kecemasan, Stres, dan Motivasi

Stres psikologis dari diagnosis TB laten memicu resistensi emosional, dengan pasien melaporkan putus asa atau kelelahan mental. Kurangnya motivasi intrinsik berkorelasi dengan dropout, sementara dukungan psikologis kelompok meningkatkan komitmen melalui *mindfulness* dan *acceptance*. Sikap negatif terhadap pengobatan panjang memperburuk penolakan (Alfin, 2023).

Faktor psikologis menjelaskan 25-40% variasi perilaku TPT, sehingga konseling berbasis HBM dan ACT direkomendasikan untuk meningkatkan penerimaan di Indonesia. Integrasi dengan faktor lain melalui edukasi emosional efektif kurangi penolakan pada kelompok rentan (Parwati et al., 2021).

2.1.6 Penelitian Terdahulu

Berbagai penelitian telah dilakukan untuk mengkaji faktor-faktor yang memengaruhi perilaku penerimaan pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT), khususnya pada kelompok berisiko seperti kontak serumah penderita TB. Kajian terhadap penelitian terdahulu diperlukan untuk memperoleh gambaran komprehensif mengenai determinan perilaku yang berperan dalam keberhasilan implementasi TPT di berbagai konteks dan wilayah.

Oleh karena itu, tabel berikut menyajikan ringkasan penelitian-penelitian terdahulu pada periode tahun 2021–2025 yang relevan dengan topik penerimaan pemberian TPT. Penelitian-penelitian tersebut dianalisis berdasarkan objek dan subjek penelitian, metode yang digunakan, serta temuan utama yang mencakup faktor pengetahuan, sikap, pekerjaan, kepercayaan, ketersediaan obat di fasilitas kesehatan, akses ke fasilitas kesehatan, peran petugas kesehatan, dan dukungan keluarga sebagai determinan perilaku penerimaan TPT.

Tabel 2.3. Penelitian Terdahulu

No	Peneliti & Tahun	Judul Penelitian	Objek & Subjek	Teknik Pengumpulan & Analisis Data	Hasil Penelitian
1	Chen et al., 2024	<i>Adherence to preventive treatment for latent tuberculosis infection in close contacts</i>	Objek: TPT; Subjek: 2.434 kontak dekat TB di Tiongkok	Uji coba terkontrol acak; regresi logistik dua tingkat	Tingkat kepatuhan TPT mencapai 87,1%; faktor pengawasan tenaga kesehatan, regimen, dan efek samping memengaruhi kepatuhan
2	Liu et al., 2025	<i>Predictors of TPT Completion among LTBI college students</i>	Objek: TPT; Subjek: 399 mahasiswa dengan LTBI	Survei potong lintang; regresi multivariat	Pendapatan lebih tinggi, pendidikan, dan reaksi buruk memengaruhi penyelesaian TPT

Tabel 2.4. Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

No	Peneliti & Tahun	Judul Penelitian	Objek & Subjek	Teknik Pengumpulan & Analisis Data	Hasil Penelitian
3	Wang et al., 2025	<i>Willingness of receiving preventive treatment among LTBI individuals</i>	Objek: Faktor kesediaan menerima TPT; Subjek: 317 pasien LTBI di Shenzhen	Kuesioner elektronik; regresi logistik	Pendidikan, jenis kelamin, dan pengetahuan TB berpengaruh signifikan terhadap kesediaan menerima TPT
4	Silva Júnior et al., 2025	<i>Effectiveness of TPT on TB incidence in PLHIV: Meta-analysis</i>	Objek: Keefektifan TPT; Subjek: 33 studi observasional	Meta-analisis	TPT mengurangi insiden TB sebesar 63% pada orang dengan HIV
5	Peng et al., 2026	<i>Acceptance of preventive therapy for LTBI in Chinese children</i>	Objek: Penerimaan TPT; Subjek: Anak & remaja dengan LTBI (31 studi)	Tinjauan sistematis & meta-analisis	Penerimaan TPT 64%, bervariasi tergantung metode deteksi LTBI
6	Manoharan et al., 2023	<i>Facilitators & barriers for tuberculosis preventive treatment among patients with LTBI</i>	Objek: Faktor uptake TPT; Subjek: 26 pasien LTBI di Malaysia	Wawancara mendalam; analisis tematik	Pengetahuan TB dan persepsi keseriusan menjadi pendukung; hambatan utama adalah kekhawatiran efek samping
7	Ren et al. (2024)	<i>Barriers to the Acceptance of TB Preventive Treatment: A Multicenter Cross-sectional Study in China</i>	Objek: Hambatan penerimaan TPT; Subjek: Individu dengan LTBI (1.077 peserta dari 10 kabupaten)	Studi potong lintang multicentre	Tingkat penerimaan TPT hanya 17%; pekerjaan, pendidikan, persepsi efikasi, dan kekhawatiran efek samping memengaruhi penerimaan TPT, menunjukkan peran kepercayaan, pendidikan, serta pekerjaan
8	Rustage et al., 2021	<i>Initiation & completion of LTBI treatments in migrants</i>	Objek: TPT; Subjek: Migran	Meta-analisis	Uptake TPT sangat bervariasi di berbagai setting

Tabel 2.5. Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

No	Peneliti & Tahun	Judul Penelitian	Objek & Subjek	Teknik Pengumpulan & Analisis Data	Hasil Penelitian
9	Schein et al., 2018	<i>TPT completion in Norway prospective cohort</i>	Objek: Kepatuhan TPT; Subjek: Populasi umum	Kohort prospektif	Regimen self-administered meningkatkan penyelesaian dibanding regimen harian
10	Haas et al., 2021	<i>Higher completion rates with weekly isoniazid-rifapentine</i>	Objek: Regimen TPT; Subjek: Dewasa dengan LTBI	Studi kohort	Regimen mingguan 3HP menunjukkan tingkat kepatuhan lebih tinggi
11	Devi et al., 2022	<i>Strategies manage LTBI in high burden countries</i>	Objek: Deteksi & manajemen LTBI; Subjek: Kontak rumah tangga	Tinjauan sistematis	Manajemen kontak rumah tangga efektif untuk meningkatkan uptake TPT
12	Rustage et al., 2021	<i>LTBI treatment initiation & completion global</i>	Objek: TPT; Subjek: Populasi migran	Meta-analisis	Inisiasi dan penyelesaian TPT sangat variatif, sehingga diperlukan strategi kontekstual
13	An et al., 2024	<i>Incomplete TB preventive therapy Cambodia</i>	Objek: TPT; Subjek: Data program jangka panjang	Analisis data retrospektif	Regimen dan akses layanan memengaruhi ketidaklengkapan TPT
14	Maina et al., 2021	<i>TB infection among youths in overcrowded settings</i>	Objek: Prevalensi LTBI; Subjek: Mahasiswa	Studi potong lintang	Kepadatan hunian berhubungan dengan prevalensi LTBI
15	Swift et al., 2020	<i>Determinants of LTBI treatment acceptance</i>	Objek: Determinan perilaku; Subjek: Tenaga kesehatan	Analisis epidemiologi perilaku	Faktor personal dan profesional memengaruhi penerimaan pengobatan LTBI
16	Aminuddin et al., 2025	<i>Development of TB Treatment Compliance Instrument using HBM</i>	Objek: Instrumen kepatuhan; Subjek: Pasien TB Kota Palu	Survei; pengembangan instrumen	Instrumen berbasis HBM dapat mengukur kepatuhan pasien TB secara lengkap

Tabel 2.6. Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

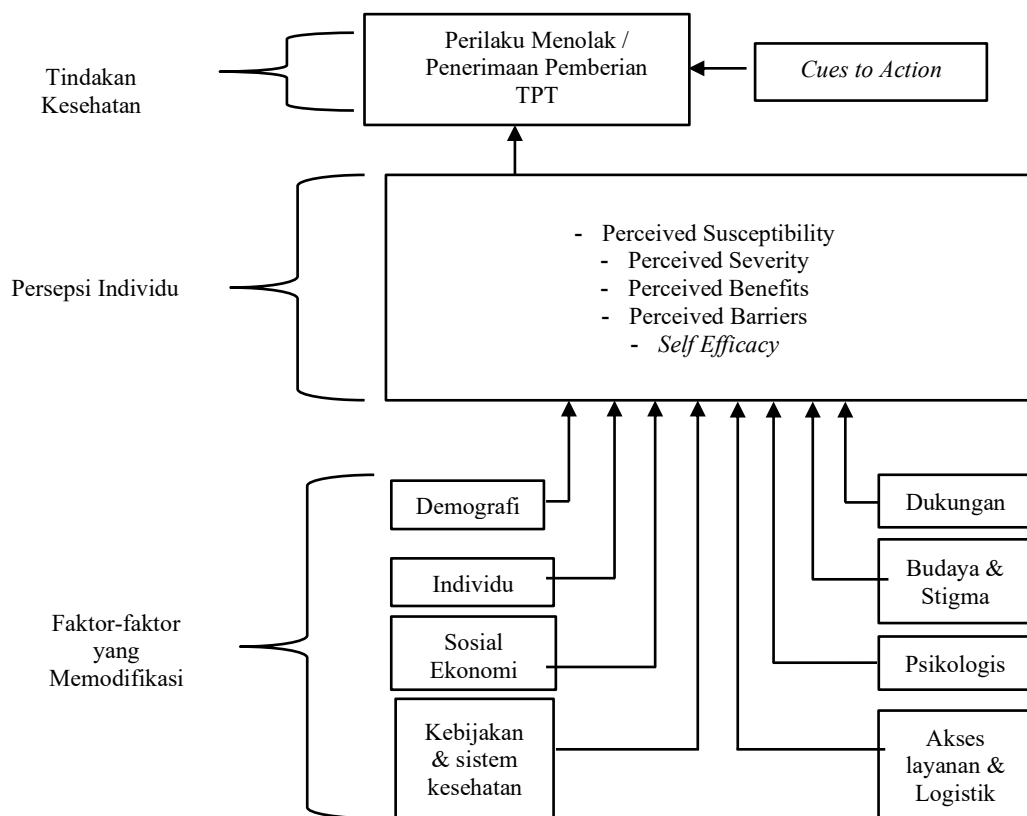
No	Peneliti & Tahun	Judul Penelitian	Objek & Subjek	Teknik Pengumpulan & Analisis Data	Hasil Penelitian
16	Aminuddin et al., 2025	<i>Development of TB Treatment Compliance Instrument using HBM</i>	Objek: Instrumen kepatuhan; Subjek: Pasien TB Kota Palu	Survei; pengembangan instrumen	Instrumen berbasis HBM dapat mengukur kepatuhan pasien TB secara lengkap
17	Nur F. et al., 2024	Faktor berhubungan dengan pengetahuan tentang TPT pada keluarga penderita TB Paru	Objek: Pengetahuan TPT; Subjek: 44 keluarga pasien TB	Studi potong lintang; uji chi kuadrat	Pendidikan dan keterpaparan informasi berhubungan signifikan dengan pengetahuan TPT
18	Christina Bolon et al., 2025	Efektivitas HBM terhadap pengetahuan keluarga TB Paru	Objek: Pendidikan kesehatan; Subjek: Keluarga pasien TB	Survei pre-post	Health Belief Model meningkatkan pengetahuan keluarga tentang TB paru
19	Hotip & Widati, 2024	Perilaku Pengobatan Pasien TB berdasarkan HBM (literature review)	Objek: Perilaku HBM; Subjek: Tinjauan literatur	Tinjauan literatur	Komponen HBM berhubungan dengan kepatuhan pengobatan TB
20	Aditya Gumara et al., 2025	Faktor perilaku minum obat TPT di Puskesmas Putri Ayu	Objek: Perilaku TPT; Subjek: Responden Puskesmas	Studi potong lintang	Faktor perilaku berhubungan dengan kepatuhan minum obat TPT

2.2 Kerangka Pikir Penelitian

Kerangka pikir penelitian ini mengintegrasikan HBM sebagai landasan teori utama untuk menganalisis hambatan dan tantangan program Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) pada kontak serumah pasien TB di Kabupaten Pringsewu, dengan fokus pada faktor individu, sistem kesehatan, dan persepsi lingkungan yang memengaruhi penerimaan serta kepatuhan TPT. Pendekatan kualitatif berbasis HBM memungkinkan eksplorasi mendalam tentang konstruk-konstruk seperti *perceived susceptibility*, *severity*, *benefits*, *barriers*, *cues to action*, dan *self-efficacy*, yang secara kausal berhubungan dengan

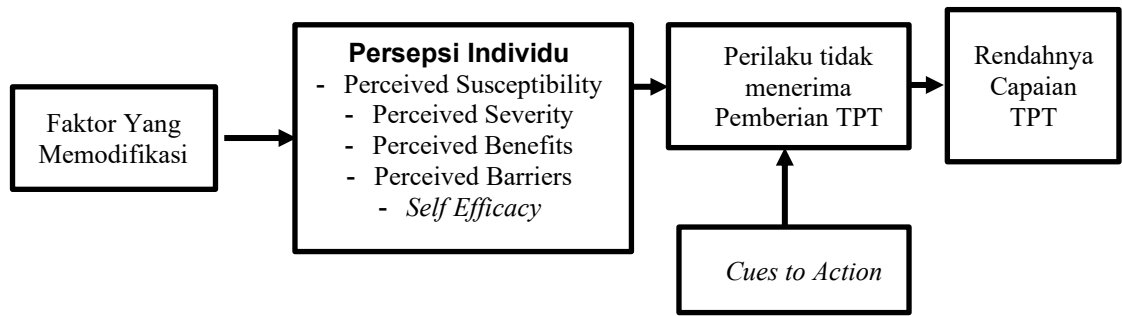
rendahnya cakupan TPT akibat interaksi dinamis antara perspektif kontak serumah, faktor layanan kesehatan (peran petugas dan sistem), hambatan-tantangan TPT, serta faktor pendukung kader. Kerangka ini secara langsung menjawab tujuan penelitian dengan mengidentifikasi faktor individu, menganalisis sistem kesehatan, dan menggambarkan hubungan persepsi-sikap-dukungan lingkungan.

1. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori Modifikasi Health Belief Model (Glanz et al 2008), (Galistiani, 2025), (Safitri et al., 2023), (Tri W, 2025), (Rifat, 2025), (Khamai et al., 2024), (Parwati et al. 2021), Gebremariam et al., 2021), (Stop TB Patnership Indonesia, 2021), (Kusumaningrum et al., 2023), (Nurjanah et al., 2022), (Raden et al., 2023), Risty, et al., 2012), (Budiarti & Syarif, 2025), (Randani & Tikirik, 2024), (Pangestu & Fibriana, 2021), (Kemenkes RI, 2024), (Yetti et al., 2023), Diana et al., 2024), (Amir & Yulian, 2022), (Kemenkes RI, 2021), (Ab et al., 2025), (Pradana et al., 2025), (Fadilah & Bowo, 2025), (Alfin, 2023)

2. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka Konsep

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus untuk memperoleh informasi yang lebih mendalam mengenai gambaran perilaku dalam pemberian TPT pada sasaran kontak serumah dengan penderita TB di Kabupaten Pringsewu.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret – April 2026 di Kabupaten Pringsewu dengan 3 (tiga) lokasi Puskesmas yaitu Puskesmas Pagelaran, Puskesmas Gadingrejo dan Puskesmas Pringsewu. Penentuan Puskesmas tersebut berdasarkan hasil capaian Penemuan Kasus TB Tinggi, sedang dan rendah di Kabupaten Pringsewu tahun 2025 dan letak geografis puskesmas. Adapun capaian penemuan kasus TB ke 3 (tiga) Puskesmas tersebut adalah Puskesmas Pagelaran yang merupakan puskesmas dengan notifikasi kasus TB tertinggi sebesar 100% sedangkan Puskesmas Gadingrejo merupakan puskesmas dengan notifikasi kasus TB sedang sebesar 58%, sementara Puskesmas Pringsewu adalah puskesmas dengan penemuan kasus rendah yaitu 28 %, selain itu pula Puskesmas pagelaran adalah satu-satunya Puskesmas yang mencapai target yang letaknya jauh dari kota pringsewu, sedangkan Puskesmas Gadingrejo adalah Puskesmas yang letaknya di perbatasan antara Kabupaten Pringsewu dan Kabupaten Pesawaran, Puskesmas Pringsewu terletak di tengah kota Pringsewu, sedangkan jarak antar puskesmas sekitar 10-15 km (Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu, 2025).

3.3 Subjek Penelitian

3.3.1 Informan Penelitian

Sumber informasi dalam penelitian ini diperoleh dari para informan yang ditentukan berdasarkan prinsip kecukupan dan kesesuaian. Prinsip kecukupan berarti data yang diperoleh dari informan diharapkan telah memadai untuk menggambarkan dan menjelaskan fenomena yang berkaitan dengan topik penelitian. Sementara itu, prinsip kesesuaian berarti pemilihan informan dilakukan berdasarkan keterkaitan dan relevansinya dengan fokus penelitian.

Total keseluruhan informan minimal 15 orang terdiri dari 9 informan Utama, 3 orang informan kunci dan 3 orang informan pendukung. Informan utama dalam penelitian ini terdiri dari 9 orang kontak serumah dengan penderita TB yang sedang menjalani pengobatan dari masing-masing Puskesmas sejumlah 3 orang, Informan kunci pada penelitian ini adalah petugas kesehatan yang bertanggung jawab pada program TB di Puskesmas berjumlah minimal 3 orang dari masing-masing puskesmas sejumlah 1 orang petugas, sedangkan informan pendukung adalah kader TB atau Kader Inisiasi Lampung Sehat (ILS) berjumlah minimal 3 orang dari masing masing puskesmas 1 orang kader.

3.3.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Berdasarkan rencana pengambilan sampel purposive dengan prinsip asas kecukupan dan kesesuaian, berikut adalah kriteria inklusi dan eksklusi untuk masing-masing jenis informan dalam penelitian:

1. Informan Utama (Kontak serumah pasien TB)

Kontak serumah adalah orang yang tinggal satu rumah dengan pasien TBC aktif (terutama TBC paru yang terkonfirmasi bakteriologis/menular), dan memiliki paparan rutin dalam waktu lama

Kriteria Inklusi :

Kontak serumah dengan pasien TB aktif yang terkonfirmasi bakteriologis secara laboratorium, berusia 15 tahun ke atas, yang tidak menerima pemberian TPT. Kondisi skrining awal menunjukkan negatif TB aktif (TCM negatif/TST positif), mampu berkomunikasi secara verbal dalam bahasa Indonesia, serta tinggal serumah minimal 1 bulan dengan pasien TB indeks.

Kriteria Eksklusi :

Kontak serumah dengan gangguan komunikasi berat seperti tuli atau bisu, serta kontak serumah yang menolak untuk wawancara.

2. Informan Kunci (Penanggung jawab program puskesmas)

Kriteria Inklusi :

Penanggung jawab program TB di Puskesmas Pagelaran, Gadingrejo, dan Pringsewu yang memiliki pengalaman minimal 1 tahun **menangani** program TB serta terlibat langsung dalam pelaksanaan TPT untuk kontak serumah.

Kriteria Eksklusi :

Petugas kesehatan yang menolak untuk menjadi informan/**wawancara**.

3. Informan Pendukung (Kader TB)

Kriteria Inklusi :

Kader aktif TB atau kader Inisiasi Lampung Sehat (ILS) yang terdaftar di Puskesmas Pagelaran, Gadingrejo, dan Pringsewu, pernah mendampingi minimal 1 kasus TPT kontak serumah, dan telah mengikuti pelatihan TB/TPT dari puskesmas.

Kriteria Eksklusi :

Kader yang menolak menjadi Informan.

3.4 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Purposive Sampling* yang didasarkan atas ciri-ciri tertentu yang dipandang mempunyai sangkut paut yang erat dengan kriteria yang sudah ditetapkan sebelumnya. Dengan kata lain, unit sampel yang dihubungi disesuaikan dengan kriteria-kriteria tertentu yang diterapkan berdasarkan tujuan penelitian.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Teknik Pengumpulan Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini merupakan data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dari hasil wawancara mendalam (*Indepth Interview*). Wawancara mendalam adalah sebuah teknik pengumpulan data dalam bentuk informasi yang diungkapkan oleh informan. Dalam proses pengumpulan data, peneliti menggunakan pedoman wawancara mendalam yang berisi daftar pertanyaan yang sesuai dengan topik penelitian. Agar informasi yang dikumpulkan dapat diperoleh secara jelas dan meminimalisir ada yang terlewat, maka selama proses wawancara telah direkam menggunakan alat bantu yakni *Tape Recorder/ Smartphone*. Data sekunder diperoleh dari telaah dokumen Puskesmas diantaranya data perencanaan kegiatan, data program TB Puskesmas dan data logistik.

Untuk menghindari adanya bias data yang diberikan oleh informan, khusus untuk informan kunci yakni petugas Puskesmas Pagelaran, Gadingrejo dan Pringsewu yang bertanggungjawab terhadap program TB, peneliti menggunakan enumerator yang tidak dikenal oleh informan kunci sebagai pewawancara, sehingga data atau informasi yang di berikan sesuai dengan realitanya, serta dilakukan triangulasi dengan membandingkan hasil wawancara dengan dokumen laporan program TB dari masing-masing puskesmas. Kriteria enumerator yang dipakai adalah:

1. Pendidikan minimal dokter/ Sarjana Strata 1 epidemiologi / Mahasiswa Magister Kesehatan Masyarakat peminatan epidemiologi.
2. Bertempat tinggal di luar Kabupaten Pringsewu
3. Tidak Bekerja di Kabupaten Pringsewu

Sebelum melakukan wawancara, peneliti telah melakukan pertemuan pembekalan atau persamaan persepsi dengan enumerator minimal satu hari sebelum wawancara dilaksanakan. Kegiatan ini dilakukan agar proses wawancara yang dilakukan oleh enumerator sesuai dengan pedoman wawancara penelitian.

Wawancara dilakukan secara tatap muka pada waktu yang telah direncanakan secara bergantian kepada informan kunci dan informan utama. Waktu wawancara berlangsung sekitar 30–60 menit, sedangkan lokasi wawancara bervariasi, meliputi gedung puskesmas, rumah informan, atau tempat lain yang telah disepakati bersama

3.5.2 Instrumen Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian dengan pendekatan kualitatif, dimana yang menjadi instrumen dalam penelitian adalah peneliti itu sendiri dan dibantu dengan pedoman wawancara mengenai gambaran perilaku dalam pemberian TPT pada kontak serumah penderita TB. Pada saat melakukan wawancara mendalam, peneliti melakukannya kepada informan secara individu karena menurut peneliti hal tersebut dinilai paling efektif untuk mendapatkan data yang lebih valid dan juga akurat. Untuk menghindari adanya ketidakjelasan atau ketertinggalan informasi, peneliti juga menggunakan alat bantu instrumen lainnya sebagai sarana pendukung dalam melakukan wawancara yakni *Tape Recorder* dan juga alat tulis.

3.6 Analisis Data

Analisis data penelitian kualitatif menggunakan pendekatan analisis tematik merupakan metode yang sistematis untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan melaporkan pola (tema) dalam data non-numerik seperti transkrip wawancara atau observasi. Analisis tematik didefinisikan sebagai proses fleksibel untuk mengidentifikasi pola atau tema utama yang muncul dari data kualitatif, sering kali mengikuti enam tahapan utama yang dikembangkan oleh Braun dan Clarke (2006), yang terdiri dari mengenali data, menginisialkan awal, pencarian tema, meninjau tema, definisi tema dan nama tema, dan produksi laporan. Metode ini sangat cocok untuk penelitian kesehatan masyarakat seperti menggali faktor-faktor yang mempengaruhi rendahnya capaian pemberian TPT pada kontak serumah di Kabupaten Pringsewu, dimana data berupa narasi informan dapat mengungkap persepsi berbasis HBM.

Berikut langkah-langkah secara rinci:

a. Mengenali Data

Data yang telah didapat selama proses wawancara dengan menggunakan tape recorder yang tersedia di handphone kemudian diubah menjadi data lisan ke dalam bentuk teks. Hal ini membantu peneliti untuk menemukan pola, kode dan mengidentifikasi potensial tema. Setelah transkrip diciptakan, penulis memeriksa rekaman asli sekali lagi untuk menjaga keakuratan data. Peneliti kemudian membaca kembali transkrip wawancara dengan seksama untuk menemukan ide-ide menarik atau istilah yang dianggap penting untuk dianalisis.

Tahap awal analisis data kualitatif dalam penelitian ini dimulai dengan mengenali dan memahami data secara menyeluruh. Data yang diperoleh selama proses wawancara direkam menggunakan *Voice recorder* yang tersedia pada telepon genggam peneliti. Selanjutnya, data hasil rekaman diubah dari bentuk lisan ke dalam bentuk teks melalui proses transkripsi dengan bantuan aplikasi TurboScribe yang dapat diakses melalui laman <https://turboscribe.ai/id/dashboard>. Hasil transkrip awal tersebut kemudian dirapikan kembali agar lebih mudah dipahami, terstruktur, dan

sesuai dengan konteks percakapan wawancara menggunakan *Otter.ai*. Proses ini dilakukan untuk membantu peneliti dalam membaca data secara lebih sistematis, menemukan pola-pola awal, mengidentifikasi kode-kode penting, serta mengenali kemungkinan tema yang muncul dari hasil wawancara.

Setelah transkrip tersusun, peneliti tidak langsung menggunakan hasil tersebut sebagai data akhir, melainkan melakukan pemeriksaan ulang dengan cara membandingkan kembali transkrip dengan rekaman asli. Langkah ini dilakukan untuk menjaga keakuratan, kelengkapan, dan kesesuaian makna antara ucapan informan dengan hasil teks yang telah ditranskripsikan. Melalui proses pengecekan ini, peneliti dapat memperbaiki bagian-bagian transkrip yang kurang jelas, salah dengar, atau belum sesuai dengan maksud asli informan.

Tahap berikutnya, peneliti membaca ulang seluruh transkrip wawancara secara berulang dan cermat untuk lebih mengenali isi data. Pembacaan berulang ini bertujuan agar peneliti semakin akrab dengan data, memahami konteks pernyataan informan, serta menemukan bagian-bagian yang menarik, penting, atau sering muncul berulang. Pada tahap ini, peneliti mulai menandai kata-kata kunci, ungkapan tertentu, pernyataan yang bermakna, serta ide-ide yang relevan dengan fokus penelitian. Dengan demikian, proses mengenali data tidak hanya dilakukan sebagai kegiatan membaca teks, tetapi juga sebagai langkah awal untuk memasuki proses interpretasi dan analisis

b. Menginisialkan Kode

Peneliti melakukan pengkodean dari hasil membaca transkrip wawancara dengan seksama yaitu dengan membuat catatan di bawah seperti pertanyaan pada wawancara untuk menunjukkan potensial.

Setelah peneliti membaca ulang seluruh transkrip wawancara secara cermat, tahap berikutnya adalah melakukan inisialisasi kode terhadap bagian-bagian data yang dianggap bermakna dan relevan dengan fokus penelitian. Proses pengkodean dilakukan secara manual dengan menandai kalimat, ungkapan, dan pernyataan penting dari para informan, kemudian memberi label kode awal sesuai isi makna yang muncul. Kode awal ini disusun berdasarkan hasil wawancara dari informan utama, informan kunci, dan informan pendukung, sehingga peneliti dapat mulai melihat pola, kecenderungan, dan pengulangan isu yang muncul lintas informan.

c. Pencarian Tema

Pada tahap ini peneliti mulai memilah dan memilih serta menyusun kode yang berbeda ke dalam tema yang dianggap potensial.

d. Meninjau Tema

Peneliti meninjau kembali tema-tema yang sudah dibuat. Hubungan antara tema dan kode harus jelas dan koheren. Oleh karena itu, peneliti harus membaca kembali kode-kode yang sudah dikumpulkan untuk setiap tema. Apabila ada tema yang dianggap tidak sesuai maka tema tersebut dapat direduksi atau dihilangkan. Tema yang dianggap potensial juga dapat muncul pada tahap ini. Hal ini dilakukan untuk menemukan tema yang akurat.

e. Mendefinisikan Tema dan Nama Tema

Peneliti menjelaskan hal pokok dari data yang telah ditemukan kemudian menentukan nama tema yang sesuai dengan hasil wawancara.

f. Menghasilkan Laporan

Pada tahap ini, peneliti melaporkan hasil penelitian dalam bentuk narasi yang disusun berdasarkan hasil analisis tematik dan transkrip wawancara.

3.7 Keabsahan Data

Kemudian peneliti juga melakukan validasi data guna memperoleh data yang akurat dan terbukti secara ilmiah. Validasi data dilakukan melalui triangulasi, dimana triangulasi merupakan teknik pemeriksaan keabsahan data dengan memanfaatkan sesuatu lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau perbandingan terhadap data. Berikut merupakan cara peneliti melakukan validasi data untuk setiap aspek yang diteliti.

Keabsahan data dalam penelitian ini dilakukan melalui triangulasi sumber. Peneliti membandingkan informasi yang diperoleh dari informan utama (kontak serumah pasien TB), informan kunci (petugas kesehatan), dan informan penunjang (kader TB/ILS). Selain itu, hasil wawancara dikonfirmasi dengan dokumen pendukung seperti register TB dan catatan program TPT. Triangulasi ini dilakukan untuk memastikan bahwa data yang diperoleh konsisten dan dapat dipercaya.

Tabel 3.1. Sumber Informasi dan Cara Memvalidasi Data

No	Informan/ Sumber Data Utama	Jenis Data yang Diperoleh	Teknik Pengumpulan Data	Cara Memvalidasi/Keabsahan Data
1	Kontak serumah yang menolak TPT	Hambatan akses dan efek samping TPT	Wawancara mendalam	Bandingkan dengan cerita kader TB dan laporan petugas kesehatan
2	Kontak serumah yang menolak TPT	Persepsi risiko tertular TB	Wawancara mendalam	Bandingkan dengan pandangan petugas kesehatan dan data register kasus TB
3	Kontak serumah yang menolak TPT	Sikap terhadap kepatuhan minum obat	Wawancara mendalam	Bandingkan dengan pengalaman kader saat kunjungan rumah dan dokumen rekam medis

Tabel 3.2. Sumber Informasi dan Cara Memvalidasi Data (Lanjutan)

No	Informan/ Sumber Data Utama	Jenis Data yang Diperoleh	Teknik Pengumpulan Data	Cara Memvalidasi/Keabsahan Data
4	Petugas kesehatan TB	Tantangan logistik program TPT	Wawancara mendalam	Bandingkan dengan laporan kader TB dan data Dinas Kesehatan Pringsewu
5	Petugas kesehatan TB	Strategi edukasi tentang manfaat TPT	Wawancara mendalam	Bandingkan dengan masukan kontak serumah dan catatan rapat koordinasi
6	Petugas kesehatan TB	Efektivitas pemicu partisipasi	Wawancara mendalam	Bandingkan dengan pengamatan kader dan laporan bulanan program
7	Kader TB/ILS	Hambatan di lapangan saat kunjungan	Wawancara mendalam	Bandingkan dengan keluhan kontak serumah dan instruksi petugas kesehatan
8	Kader TB/ILS	Peran dalam pengawasan kepatuhan	Wawancara mendalam	Bandingkan dengan data dropout dari petugas dan cerita kontak
9	Dokumen laporan Dinas Kesehatan	Data cakupan dan keberhasilan TPT	Analisis dokumen	Bandingkan dengan wawancara ketiga jenis informan
10	Register TPT puskesmas	Tingkat partisipasi dan penolakan	Analisis dokumen	Bandingkan dengan wawancara kontak, petugas, dan kader

3.6 Etika Penelitian

Peneliti telah mendapatkan persetujuan etik dari Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan nomor 1350/UN26.18/PP.05.02.00/2026. Dalam pelaksanaan penelitian ini, peneliti wajib menjunjung tinggi nilai-nilai etika agar hak, keselamatan, dan martabat responden tetap terlindungi. Prinsip etika

ini menjadi pedoman agar penelitian dilakukan secara bertanggung jawab, jujur, dan tidak merugikan pihak mana pun. Adapun prinsip-prinsip etika penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Prinsip Menghormati Hak Responden (*Respect for Persons*)

Setiap responden memiliki hak untuk menentukan apakah ia bersedia ikut serta dalam penelitian atau tidak. Oleh karena itu, sebelum pengumpulan data dilakukan, peneliti akan:

1. Menjelaskan tujuan penelitian secara jelas dan terbuka.
2. Menjelaskan manfaat dan kemungkinan risiko penelitian.
3. Memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya.
4. Meminta persetujuan secara sukarela (*informed consent*).

Responden berhak menolak atau menghentikan keikutsertaannya kapan saja tanpa adanya tekanan atau konsekuensi apa pun.

b. Prinsip Kebaikan (*Beneficence*)

Penelitian ini dirancang untuk memberikan manfaat, baik bagi responden, institusi, maupun pengembangan ilmu pengetahuan. Peneliti berupaya:

1. Memaksimalkan manfaat dari hasil penelitian.
2. Meminimalkan kemungkinan risiko atau ketidaknyamanan bagi responden.
3. Menghindari pertanyaan atau tindakan yang dapat menimbulkan tekanan psikologis.

Dengan demikian, penelitian tidak hanya bertujuan memperoleh data, tetapi juga tetap memperhatikan kesejahteraan responden.

c. Prinsip Tidak Merugikan (*Non-Maleficence*)

Peneliti memastikan bahwa penelitian tidak menimbulkan kerugian fisik, psikologis, sosial, maupun ekonomi kepada responden. Seluruh prosedur penelitian dilakukan dengan cara yang aman, sopan, dan menghormati kondisi responden. Apabila selama proses penelitian responden merasa tidak nyaman, peneliti menghentikan proses wawancara dan memberikan

kesempatan kepada responden untuk mengundurkan diri dari penelitian tanpa konsekuensi apa pun.

d. Prinsip Keadilan (*Justice*)

Penelitian ini dilakukan secara adil tanpa membeda-bedakan responden berdasarkan latar belakang sosial, ekonomi, jenis kelamin, suku, agama, atau status lainnya. Pemilihan responden dilakukan berdasarkan kriteria penelitian, bukan atas dasar kepentingan pribadi. Semua responden mendapatkan perlakuan yang sama selama proses penelitian berlangsung.

e. Prinsip Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Data dan informasi yang diberikan oleh responden dijaga kerahasiaannya. Identitas responden tidak dicantumkan dalam laporan penelitian. Peneliti menggunakan kode atau inisial untuk menggantikan nama asli responden. Data penelitian hanya digunakan untuk kepentingan ilmiah dan tidak disebarluaskan kepada pihak lain tanpa izin responden.

f. Prinsip Kejujuran dan Integritas Ilmiah

Peneliti berkomitmen untuk:

1. Mengumpulkan data sesuai dengan kondisi yang sebenarnya.
2. Tidak memanipulasi, mengubah, atau merekayasa data.
3. Menyajikan hasil penelitian secara objektif.
4. Mencantumkan sumber referensi dengan benar untuk menghindari plagiarisme.

Kejujuran dalam penelitian sangat penting agar hasil yang diperoleh dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah.

g. Persetujuan dari Pihak Berwenang

Sebelum penelitian dilaksanakan, peneliti telah mengurus izin penelitian dari instansi terkait serta memperoleh persetujuan dari Komite Etik Penelitian Kesehatan. Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa penelitian telah memenuhi standar etika penelitian yang berlaku.

Dengan menerapkan prinsip-prinsip etika tersebut, diharapkan penelitian ini dapat berjalan dengan baik, menghormati hak responden, serta menghasilkan data yang valid dan dapat dipertanggungjawabkan. Etika penelitian bukan hanya sebagai syarat administratif, tetapi sebagai bentuk tanggung jawab moral peneliti terhadap responden dan masyarakat.

BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Pringsewu dalam periode bulan April sampai dengan Mei 2026. Pemilihan Kabupaten Pringsewu sebagai lokasi penelitian didasarkan pada pertimbangan bahwa wilayah ini merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Lampung yang memiliki beban kasus tuberkulosis (TB) cukup tinggi, sekaligus menghadapi tantangan dalam pencapaian indikator program Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) pada kontak serumah. Selain itu, Kabupaten Pringsewu memiliki variasi capaian program antarwilayah kerja puskesmas, sehingga relevan untuk menggambarkan perbedaan konteks implementasi TPT di lapangan.

Secara administratif, Kabupaten Pringsewu memiliki luas wilayah sekitar 625 km², yang terdiri atas 9 kecamatan, 5 keluarahan, dan 128 pekon. Wilayah ini memiliki karakteristik geografis yang relatif datar. Didominasi lahan datar dengan kemiringan 0-8. Kondisi geografis, persebaran penduduk, serta karakteristik sosial ekonomi masyarakat di Kabupaten Pringsewu berpotensi memengaruhi keberhasilan pelaksanaan program TB, khususnya pada kegiatan investigasi kontak dan pemberian TPT kepada kontak serumah.

Berdasarkan data program TB Kabupaten Pringsewu tahun 2025, jumlah kasus TB yang tercatat sebanyak 1197 atau sebesar 86,06%. Sementara itu, capaian pemberian TPT pada kontak serumah adalah 351 (15,03%) dari total sasaran 2334 sehingga menunjukkan bahwa pelaksanaan program TPT belum sepenuhnya optimal. Data ini memperlihatkan adanya kesenjangan antara upaya penemuan kasus TB dan upaya pencegahan penularan melalui terapi

pencegahan, sehingga menjadi latar penting bagi penelitian ini.

Penelitian dilakukan pada tiga puskesmas di Kabupaten Pringsewu, yaitu Puskesmas Pringsewu, Puskesmas Pagelaran, dan Puskesmas Gading Rejo. Ketiga puskesmas ini dipilih karena memiliki karakteristik wilayah kerja dan capaian program TPT yang berbeda, sehingga diharapkan dapat memberikan gambaran yang lebih komprehensif mengenai variasi pelaksanaan program di tingkat layanan primer.

Puskesmas Pringsewu merupakan puskesmas dengan wilayah kerja yang berada pada kawasan semi perkotaan dengan kepadatan penduduk relatif tinggi. Wilayah kerja puskesmas ini mencakup 3 kelurahan dan 11 pekon (desa) di Kecamatan Pringsewu. Puskesmas yang terletak di Jalan Johar II, Pringsewu Timur ini melayani wilayah: Kelurahan Pringsewu Timur, Pringsewu Selatan, Pringsewu Barat, Pajaresuk, Sidoharjo, Podomoro, Podosari, Rejosari, Waluyojati, Margakaya, Fajaragung, Fajaragung Barat, Bumiaram, dan Bumiayu. Berdasarkan data tahun 2025 Puskesmas Pringsewu memiliki jumlah pasien TB sebanyak 46 kasus, dengan capaian TPT sebesar 39 orang dari 99 sasaran TPT. Karakteristik ini menunjukkan bahwa meskipun akses pelayanan kesehatan di wilayah ini relatif lebih mudah, penerimaan masyarakat terhadap TPT masih menghadapi berbagai hambatan.

Puskesmas Pagelaran memiliki wilayah kerja dengan karakteristik sebagian besar pedesaan, Wilayah kerja Puskesmas Pagelaran di Kabupaten Pringsewu, Lampung, mencakup pelayanan kesehatan bagi populasi sekitar 22.273 jiwa. Berbasis di Jl. Panutan, Gang Pelita, Kecamatan Pagelaran, puskesmas ini melayani 12 pekon (desa) dengan luas wilayah operasional mencapai 29,88 Km². Pada tahun 2025, jumlah kasus TB di wilayah kerja Puskesmas Pagelaran tercatat sebanyak 54, dengan capaian TPT sebesar 24 orang dari 97 sasaran TPT. Puskesmas ini menjadi penting dalam penelitian karena menunjukkan capaian yang lebih tinggi atau adanya pola pendampingan kader yang lebih aktif.

Puskesmas Gading Rejo merupakan puskesmas yang memiliki wilayah kerja UPT Puskesmas Gadingrejo berlokasi di Kecamatan Gadingrejo, Kabupaten Pringsewu, Lampung, dengan luas wilayah kerja sekitar 32,26 km². Wilayah kerja puskesmas ini mencakup beberapa pekon (desa) di Kecamatan Gadingrejo, di antaranya Pekon Gadingrejo, Pekon Gadingrejo Utara, dan Pekon Wonosari dengan cakupan desa/pekon sebanyak [isi jumlah desa]. Berdasarkan data tahun 2025, jumlah kasus TB di wilayah kerja Puskesmas Gading Rejo mencapai 52, sedangkan capaian TPT masih relatif rendah, yaitu sebesar 25 orang dari 98 sasaran TPT. Kondisi ini menjadikan Puskesmas Gading Rejo sebagai lokasi yang penting untuk memahami hambatan implementasi TPT, baik dari sisi masyarakat, kader, maupun petugas kesehatan.

Perbedaan karakteristik ketiga puskesmas tersebut menunjukkan bahwa pelaksanaan program TPT tidak dapat dilepaskan dari konteks lokal masing-masing wilayah kerja. Faktor seperti kepadatan penduduk, kemudahan akses ke fasilitas kesehatan, kondisi sosial ekonomi masyarakat, tingkat pendidikan, peran kader, dan dukungan petugas kesehatan dapat memengaruhi proses investigasi kontak, edukasi, serta penerimaan TPT oleh kontak serumah. Oleh karena itu, pemilihan tiga puskesmas dengan kondisi yang berbeda ini diharapkan mampu memberikan gambaran yang lebih utuh mengenai dinamika pelaksanaan TPT di Kabupaten Pringsewu.

Secara keseluruhan, gambaran umum lokasi penelitian ini menunjukkan bahwa Kabupaten Pringsewu memiliki konteks epidemiologis dan programatik yang relevan untuk mengkaji rendahnya capaian pemberian TPT pada kontak serumah pasien TB. Dengan memahami karakteristik wilayah dan puskesmas tempat penelitian dilakukan, hasil penelitian diharapkan dapat ditafsirkan secara lebih kontekstual, sehingga rekomendasi yang dihasilkan nantinya lebih sesuai dengan kondisi nyata di lapangan.

4.2 Gambaran Umum Subjek Penelitian

Penelitian ini melibatkan 15 informan yang dipilih secara purposif sesuai dengan tujuan penelitian, yaitu untuk mengeksplorasi penyebab rendahnya capaian pemberian TPT pada kontak serumah pasien TB di Kabupaten Pringsewu. Informan tersebut terdiri atas 9 informan utama (IU), 3 informan kunci (IK), dan 3 informan pendukung (IP). Pengelompokan informan ini dilakukan untuk memperoleh gambaran yang utuh dari tiga sudut pandang yang berbeda tetapi saling berkaitan, yaitu dari sisi penerima sasaran program, pelaksana program, dan pendamping lapangan.

Komposisi informan tersebut memungkinkan peneliti untuk melihat persoalan TPT secara lebih menyeluruh. Kontak serumah menggambarkan pengalaman subjektif mereka sebagai sasaran program, petugas TB menjelaskan implementasi kebijakan dan layanan di tingkat puskesmas, sedangkan kader memberikan gambaran mengenai dinamika lapangan, respons masyarakat, serta hambatan saat melakukan edukasi dan kunjungan rumah. Dengan demikian, data hasil wawancara mendalam dalam penelitian ini tidak hanya bersifat deskriptif, tetapi juga memperlihatkan hubungan antara pengalaman individu, dukungan keluarga, peran kader, dan sistem pelayanan kesehatan dalam memengaruhi capaian program TPT.

Tabel 4.1. Karakteristik Informan Penelitian (n=15)

No	Kode	Umur	Pendidikan	Jenis Kelamin	Wilayah Kerja Puskesmas
1	IU-1	29	SMA	P	Puskesmas Pringsewu
2	IU-2	57	SGO	L	Puskesmas Pringsewu
3	IU-3	39	SMP	P	Puskesmas Pringsewu
4	IU-4	20	SMA	P	Puskesmas Pagelaran
5	IU-5	72	SD	L	Puskesmas Pagelaran
6	IU-6	75	SMA	L	Puskesmas Pagelaran
7	IU-7	44	SMP	P	Puskesmas Gading
8	IU-8	34	S1	L	Puskesmas Gading
9	IU-9	28	SMP	P	Puskesmas Gading
10	IK-1	46	Ners	L	Puskesmas Pringsewu
11	IK-2	49	S1	P	Puskesmas Pagelaran
12	IK-3	51	D3	P	Puskesmas Gading
13	IP-1	49	SMP	P	Puskesmas Pringsewu
14	IP-2	42	SMP	P	Puskesmas Pagelaran
15	IP-3	52	SMA	P	Puskesmas Gading

Catatan: IU (Informan Utama); IK (informan Kunci); IP (informan pendukung); SD (Sekolah Dasar); SMP (Sekolah Menengah Pertama); SMA (Sekolah Menengah Atas); D3 (Diploma 3); S1 (Sarjana).

Berdasarkan Tabel 4.1, sebagian besar informan dalam penelitian ini berasal dari kelompok informan utama, yaitu kontak serumah pasien TB sebanyak 9 orang. Dominasi jumlah informan utama ini sejalan dengan fokus penelitian yang menempatkan kontak serumah sebagai pusat perhatian dalam memahami rendahnya penerimaan TPT. Sementara itu, keberadaan 3 informan kunci dan 3 informan pendukung berfungsi untuk memperkaya data melalui triangulasi sumber, sehingga informasi yang diperoleh tidak hanya berasal dari satu sudut pandang, tetapi juga dapat dibandingkan dengan pengalaman petugas puskesmas dan kader lapangan.

Berdasarkan data 15 informan, mayoritas berjenis kelamin perempuan sebanyak 10 orang (66,7%), sedangkan laki-laki berjumlah 5 orang (33,3%). Dilihat dari kelompok umur, informan paling banyak berada pada rentang usia 30–49 tahun yaitu 7 orang (46,7%), diikuti usia ≥ 50 tahun sebanyak 5 orang (33,3%), dan usia < 30 tahun sebanyak 3 orang (20%). Dari segi pendidikan, tingkat pendidikan yang paling dominan adalah SMP sebanyak 5 orang (33,3%), kemudian SMA 4 orang (26,7%), S1 sebanyak 2 orang (13,3%), serta masing-masing 1 orang (6,7%) untuk SD, D3, Ners, dan SGO. Berdasarkan wilayah kerja Puskesmas, distribusi informan merata di tiga wilayah yaitu Puskesmas Pringsewu, Pagelaran, dan Gading masing-masing sebanyak 5 orang (33,3%). Secara keseluruhan, karakteristik informan menunjukkan dominasi perempuan, usia produktif (30–49 tahun), serta tingkat pendidikan menengah (SMP dan SMA).

4.3 Hasil Wawancara Mendalam

Dari hasil pembacaan transkrip, peneliti menemukan sejumlah pernyataan yang berulang dan mengarah pada masalah yang sama. Pada kelompok kontak serumah, beberapa informan menyatakan bahwa mereka menolak TPT karena

takut efek samping, seperti pada IU-1 yang menyampaikan bahwa ia menolak karena sedang hamil dan takut efek samping obat, IU-4 yang takut mengalami keluhan seperti yang dialami pamannya, serta IU-8 yang takut efek obat karena melihat ayahnya mengalami perubahan fisik saat pengobatan . Pernyataan-pernyataan tersebut kemudian diberi inisial kode “takut efek samping”. Selain itu, beberapa informan juga berulang kali menyatakan bahwa mereka merasa sehat sehingga tidak perlu minum obat, seperti pada IU-5 yang merasa sehat dan takut minum obat dalam keadaan tidak saki , IU-7 yang merasa dirinya tidak tertular sehingga menolak TPT, dan IU-9 yang menganggap dirinya tidak terlalu berisiko karena sudah menjaga jarak . Pernyataan tersebut diberi inisial kode “merasa sehat” dan “merasa tidak berisiko”.

Kode awal lain yang juga muncul kuat adalah “durasi pengobatan lama”. Kode ini dihasilkan dari pernyataan IU-3 yang menolak TPT karena jangka waktunya lama, IU-5 yang merasa keberatan minum obat setiap hari selama berbulan-bulan, dan IU-9 yang menyebut terapi enam bulan terasa berat untuk dijalani. Kode “pengalaman negatif melihat pasien TB” juga muncul dari hasil transkrip, terutama dari informan yang menilai TPT berdasarkan pengalaman melihat anggota keluarga yang sedang minum obat TB, seperti IU-4, IU-8, dan IU-9. Pada kelompok informan kunci dan informan pendukung, peneliti juga menemukan pengulangan makna pada pernyataan tentang “rendahnya penerimaan masyarakat”, “keterbatasan logistik obat”, “masyarakat merasa tidak sakit”, dan “perlunya edukasi berulang”. IK-1 menjelaskan bahwa yang mau minum TPT hanya sekitar 40–50% karena masyarakat takut efek samping dan merasa tidak sakit, IK-2 menyoroti bahwa pasien lebih menyukai 3HP tetapi obat sering tidak tersedia , sedangkan IK-3 menegaskan bahwa penolakan banyak terjadi karena efek samping, durasi obat yang panjang, dan stok obat yang sering kosong . Kader juga memperkuat hal ini, seperti IP-1 yang menyebut ketakutan terhadap efek samping sebagai alasan penolakan paling sering, IP-2 yang menekankan bahwa warga menolak karena merasa sehat, dan IP-3 yang menyatakan bahwa keluarga sering menolak karena merasa sehat dan tidak ingin minum obat enam bulan .

Berdasarkan proses tersebut, inisial kode yang diperoleh pada tahap awal analisis data meliputi: takut efek samping, merasa sehat, merasa tidak berisiko, durasi pengobatan lama, pengalaman negatif melihat pasien TB, kurangnya pemahaman tentang TPT, rasa malu/stigma, dukungan keluarga terbatas, edukasi belum meyakinkan, peran kader, dukungan petugas kesehatan, stok obat tidak tersedia, regimen lebih singkat lebih diminati, kesibukan kerja, akses pengambilan obat, dan kunjungan rumah berulang. Kode-kode awal ini kemudian menjadi dasar untuk tahap analisis selanjutnya, yaitu mengelompokkan kode-kode yang serupa ke dalam kategori dan menyusunnya menjadi tema-tema penelitian.

Tabel 4.2. Inisial Kode Hasil Wawancara

No	Kutipan Inti dan kode informan	Inisial Kode
1	<i>“Besarnya banget sih karena kan satu rumah... kira-kira ya 95 bisa lah.” (IU-8) “Besarnya, karena satu rumah.” (IU-5) “Pertama kali saya merasa harap-harap cemas.” (IU-1) “Ada sedikit kekhawatiran, tetapi tidak terlalu besar.” (IU-9) “Iya, pasti ada kekhawatiran.” (IU-2)</i>	Merasa berisiko tertular karena tinggal serumah
2	<i>“Karena kami sering berinteraksi, sering ngobrol, dan sering bertemu di rumah.” (IU-3) “Saya sering di rumah dan ibu juga di rumah.” (IU-8) “Karena kalau pasien batuk dan berdahak, dahak itu bisa menularkan ke orang yang dekat.” (IU-4) Saya tidak tahu pasti... kami juga menjaga jarak, jadi menurut saya kemungkinannya kecil.” (IU-7)</i>	Kontak harian dianggap meningkatkan risiko tertular
3	<i>“Kalau pasien batuk dan berdahak, dahak itu bisa menularkan ke orang yang dekat.” (IU-4) “TB itu termasuk penyakit yang berbahaya karena menular. Dari udara atau uapnya saja kami sudah takut.” (IU-5)</i>	Batuk dan udara dipahami sebagai sumber penularan
4	<i>“Ya kan kita udah disediriin alat makannya. Udah dipisahin.” (IU-1) “Piring, sendok, dan gelas dipisah. Tidak boleh dipakai bergantian dengan kami.” (IU-2)</i>	Pemisahan alat makan dianggap menurunkan risiko
5	<i>“Saya tidak mau, karena saya merasa insyaallah sehat dan tidak tertular.” (IU-7) “Saya merasa sehat, jadi takut kalau minum obat setiap hari nanti ada efeknya.” (IU-5) “Saya tahunya yang diberi obat hanya yang sakit saja.” (IU-6) “Saya sehat, jadi tidak perlu minum obat.” (IP-2) “Saya sehat, kenapa harus minum obat 6 bulan.” (IP-3)</i>	Merasa sehat sehingga tidak merasa rentan

Tabel 4.3. Inisial Kode Hasil Wawancara (Lanjutan)

No	Kutipan Inti dan kode informan	Inisial Kode
6	<i>“Setahu saya itu penyakit batuk.” (IU-6) “Saya tidak tahu pasti... kami juga menjaga jarak, jadi menurut saya kemungkinannya kecil.” (IU-7)</i>	Pemahaman tentang penularan TB belum utuh
7	<i>“TB itu termasuk penyakit yang berbahaya karena menular.” (IU-5) “Setahu aku sangat berbahaya. Bahkan bisa sampai menyebabkan kematian.” (IU-8)</i>	TB dipandang sebagai penyakit menular berbahaya
8	<i>“Bahaya. Orang yang kena TB itu badannya lemah, napasnya juga tidak kuat.” (IU-4) “Saya lihat dia pucat, kuning, badannya kurus, dan batuk-batuk.” (IU-2)</i>	TB menyebabkan tubuh lemah dan kondisi fisik menurun
9	<i>“Sekarang dia sudah berhenti kerja dan sudah berobat 4 bulan di sini.” (IU-2) “Bukan biaya obatnya, karena gratis. Hanya sempat terpikir kalau nanti perlu obat tambahan bagaimana.” (IU-1)</i>	TB menimbulkan beban ekonomi keluarga
10	<i>“Manfaatnya mencegah ya.” (IU-1) “Untuk mencegah.” (IU-5) “Saya yakin obat itu ada manfaatnya untuk pencegahan.” (IU-9)</i>	TPT dipahami sebagai obat pencegahan
11	<i>“Jadi satu keluarga itu kita enggak ada penularan lagi, jadi kita buat mutus mata rantai untuk TBC.” (IP-3) “Lebih baik mencegah daripada mengobati.” (IU-1)</i>	TPT dipahami dapat mencegah penularan dalam keluarga
12	<i>“Saya tahu manfaatnya untuk mencegah, tapi saya tidak mau karena jangka waktunya lama.” (IU-3) “Saya yakin obat itu ada manfaatnya untuk pencegahan.” (IU-9)</i>	Manfaat TPT diketahui tetapi belum cukup mendorong penerimaan
13	<i>“Karena waktu itu saya sedang hamil dan takut efek sampingnya.” (IU-1) “Karena saya takut efek samping seperti yang dialami paman saya.” (IU-4) “Saya takut efek sampingnya, terutama takut kulit menjadi hitam seperti yang saya lihat pada ayah.” (IU-8)</i>	Takut efek samping obat
14	<i>“Saya tahu manfaatnya untuk mencegah, tapi saya tidak mau karena jangka waktunya lama.” (IU-3) “Saya takut efek samping dan berat kalau harus minum 6 bulan.” (IU-9) “Saya sehat, kenapa harus minum obat 6 bulan.” (IP-3)</i>	Durasi pengobatan dianggap terlalu lama
15	<i>“Ada, karena takut diejek.” (IU-1) “Iya, ada juga. Takut disangka sakit TB.” (IU-7) “Sebagian masyarakat masih menganggap TB sebagai aib.” (IK-1)</i>	Malu dan takut mendapat stigma TB

Tabel 4.4. Inisial Kode Hasil Wawancara (Lanjutan)

No	Kutipan Inti dan kode informan	Inisial Kode
16	<p><i>“Setiap ada pasien, saya biasanya minta keluarganya ikut untuk saya edukasi tentang fungsi TPT.” (IK-1)</i> <i>“Ya, sering bolak-balik.” (IU-1)</i></p>	<p>Edukasi petugas dan kunjungan kader mendorong pertimbangan TPT</p>
17	<p><i>“Ada juga di Sekowangi, yang awalnya menolak lalu berubah mau setelah diberi penjelasan beberapa kali.” (IP-2)</i> <i>“Ada yang awalnya tidak mau, tetapi setelah dijelaskan dan dibantu pengantaran obat ke rumah, akhirnya mau.” (IP-1)</i></p>	<p>Penjelasan berulang mengubah keputusan</p>
18	<p><i>“Ada yang mendorong, yaitu istri.” (IU-9)</i> <i>“Kadang saya juga melibatkan keluarga lain untuk ikut berdiskusi.” (IP-1)</i></p>	<p>Dukungan keluarga memengaruhi keputusan</p>
19	<p><i>“Sepertinya tidak bisa.” (IU-5)</i> <i>“Saya takut efek samping dan berat kalau harus minum 6 bulan.” (IU-9)</i></p>	<p>Ragu mampu menjalani TPT sampai selesai</p>
20	<p><i>“Kita sibuk, kita kerjanya... nanti jadi lupa minum.” (IP-3)</i> <i>“Alasan paling sering adalah merasa berat harus minum obat secara rutin dalam jangka panjang.” (IK-3)</i></p>	<p>Takut lupa dan sulit menjaga keteraturan minum obat</p>
21	<p><i>“Pasien biasanya lebih menginginkan regimen 3HP.” (IK-2)</i> <i>“Obat 3HP sangat jarang tersedia, padahal banyak keluarga pasien lebih tertarik dengan regimen ini.” (IK-3)</i></p>	<p>Regimen singkat lebih disukai</p>
22	<p><i>“Ada beberapa pasien yang mengeluh soal transportasi.” (IK-3)</i> <i>“Jauh... enggak ada yang ngantar ke puskes, enggak ada yang ngambil obatnya.” (IP-2)</i></p>	<p>Akses ke puskesmas dan pengambilan obat menjadi hambatan</p>
23	<p><i>“Ketersediaan logistik menjadi penyebab terhambatnya pemberian TPT.” (IK-3)</i> <i>“Obat jangan sampai terlambat tersedia di puskesmas.” (IP-3)</i></p>	<p>Ketersediaan obat memengaruhi minat menerima TPT</p>
24	<p><i>“Saya membujuk mereka agar datang ke puskesmas dan menjelaskan bahwa TPT penting agar tetap sehat.” (IP-2)</i> <i>“Kader lebih sering melakukan kunjungan dibanding petugas.” (IK-3)</i></p>	<p>Kader menjadi penghubung keluarga dengan layanan</p>

Tabel 4.5. Inisial Kode Hasil Wawancara (Lanjutan)

No	Kutipan Inti dan kode informan	Inisial Kode
25	<i>“Ada juga yang sulit karena merasa kader tidak cukup meyakinkan bila dibanding bidan atau petugas kesehatan.” (IP-2) “Setelah kami datang bersama petugas puskesmas dan bidan, mereka akhirnya mau menerima TPT.” (IP-3)</i>	Petugas kesehatan lebih dipercaya dibanding kader
26	<i>“Ya, saya mau.” (IU-2) “Ya, kalau memang itu untuk pencegahan saya mau.” (IU-2)</i>	Menerima TPT setelah memahami manfaat pencegahan
27	<i>“Saya tidak mau, karena saya merasa insyaallah sehat dan tidak tertular.” (IU-7) “Saya merasa sehat, jadi takut kalau minum obat setiap hari nanti ada efeknya.” (IU-5)</i>	Menolak TPT karena merasa sehat
28	<i>“Kalau sekarang, setelah saya lebih jelas, saya akan menyarankan.” (IU-8) “Ada pasien yang awalnya tidak mau, tetapi setelah kami datang bersama petugas puskesmas dan bidan, mereka akhirnya mau menerima TPT.” (IP-3)</i>	Sikap berubah setelah edukasi lanjutan

Berdasarkan tabel 4.2 inisial kode di atas, dapat dilihat bahwa kode-kode yang paling sering muncul adalah takut efek samping, merasa sehat, durasi pengobatan lama, kurang pemahaman tentang TPT, pengalaman negatif melihat pasien TB, serta hambatan logistik obat. Kode-kode tersebut muncul berulang baik pada informan utama, informan kunci, maupun informan pendukung. Hal ini menunjukkan adanya konsistensi pola temuan di lapangan, sehingga kode-kode awal tersebut layak dijadikan dasar untuk tahap analisis selanjutnya, yaitu pengelompokan kode ke dalam kategori dan penyusunan tema penelitian.

a. Mencari Tema

Setelah peneliti menyusun kode-kode awal dari hasil wawancara, tahap selanjutnya adalah mencari tema. Pada tahap ini, peneliti mulai menelaah hubungan antarkode yang memiliki makna serupa, saling berkaitan, atau berulang pada beberapa informan. Kode-kode awal yang telah diidentifikasi kemudian dikelompokkan ke dalam kategori yang lebih luas

agar dapat membentuk pola-pola temuan penelitian. Proses ini dilakukan dengan cara membandingkan kode antara informan utama, informan kunci, dan informan pendukung, sehingga peneliti dapat melihat persamaan, perbedaan, dan keterkaitan makna yang muncul dari berbagai sudut pandang. Dari hasil pengelompokan tersebut, peneliti menemukan beberapa kecenderungan makna yang berulang, yaitu sebagai berikut:

1) Persepsi kerentanan terhadap penularan TB.

Kode-kode seperti merasa berisiko tertular, tinggal serumah dengan pasien, sering kontak, dan menjaga jarak mulai mengarah pada tema persepsi kerentanan kontak serumah terhadap TB.

2) Persepsi keparahan penyakit TB.

Kode-kode yang menunjukkan pandangan bahwa TB merupakan penyakit menular, berbahaya, dapat memperburuk kondisi tubuh, dan dapat menyebabkan kematian mulai terkumpul menjadi tema persepsi keparahan TB.

3) Persepsi manfaat TPT

Kode-kode seperti TPT untuk mencegah, lebih baik mencegah daripada mengobati, dan TPT dapat melindungi keluarga mengarah pada tema persepsi manfaat terapi pencegahan tuberkulosis.

4) Persepsi hambatan dalam penerimaan TPT

Kode-kode seperti takut efek samping, merasa sehat, pengobatan terlalu lama, hamil, malu, repot minum obat, sulit menelan obat, tidak ada yang mengambilkan obat, dan tidak ingin dianggap sakit mengarah kuat pada tema hambatan penerimaan TPT.

5) Pengaruh pengalaman melihat pasien TB minum obat

Kode-kode yang menunjukkan bahwa kontak serumah takut minum TPT karena melihat pasien TB mengalami mual, lemas, gatal, panas-dingin, susah tidur, atau perubahan fisik mengarah pada tema pengaruh pengalaman keluarga terhadap keputusan menerima TPT.

6) Keterbatasan pemahaman dan komunikasi tentang TPT

Kode seperti tidak tahu TPT, penawaran tidak jelas, penjelasan belum

lengkap, belum dijelaskan efek samping, dan belum dijelaskan lama pengobatan mulai membentuk tema tentang keterbatasan pemahaman dan komunikasi program TPT.

7) Peran kader dan petugas kesehatan dalam penerimaan TPT

Kode seperti kunjungan rumah, edukasi berulang, bujukan kader, pengaruh bidan/petugas puskesmas, koordinasi kader dengan puskesmas, dan bantuan pengantaran obat membentuk tema tentang peran kader dan petugas dalam mendukung penerimaan TPT.

8) Hambatan sistem layanan dan logistik program

Kode-kode seperti stok obat terlambat, 3HP lebih diminati, 6H terlalu lama, obat tidak selalu tersedia, keterlambatan distribusi, dan kunjungan tidak selalu berhasil membentuk tema hambatan sistem layanan dan logistik dalam pelaksanaan TPT.

9) Pengaruh stigma dan faktor sosial budaya

Kode seperti malu, takut diejek, takut dikira sakit TB, percaya santet, pergi ke dukun, dan keyakinan nonmedis lainnya mulai dikelompokkan sebagai tema pengaruh stigma dan faktor sosial budaya terhadap keputusan kesehatan.

10) Perubahan keputusan melalui edukasi berulang dan pendekatan personal

Kode seperti awalnya menolak kemudian mau, berubah pikiran setelah dijelaskan berulang, bersedia setelah dikunjungi petugas, dan mau jika dibantu pengambilan obat membentuk tema bahwa penerimaan TPT dapat berubah melalui pendekatan personal dan edukasi berulang.

Berdasarkan pengelompokan tersebut, peneliti mulai menyusun tema-tema sementara penelitian. Tema-tema ini kemudian ditinjau kembali dengan melihat kesesuaian antara kode, kutipan informan, dan fokus penelitian. Dengan demikian, tahap mencari tema menjadi dasar penting dalam menyusun hasil penelitian secara lebih sistematis, karena pada tahap ini data yang semula berupa kutipan dan kode terpisah mulai disatukan ke dalam pola makna yang lebih luas

b. Meninjau Tema

Setelah tema-tema sementara berhasil diidentifikasi, peneliti melanjutkan ke tahap meninjau tema. Pada tahap ini, peneliti menelaah kembali seluruh tema yang telah disusun untuk memastikan bahwa setiap tema benar-benar didukung oleh data dan memiliki hubungan yang jelas dengan kode-kode awal yang telah dibuat. Peninjauan ini penting dilakukan agar tema yang dihasilkan tidak hanya menarik secara konseptual, tetapi juga akurat, konsisten, dan sesuai dengan fokus penelitian.

Proses peninjauan tema dilakukan dengan membaca ulang seluruh kode yang telah dikelompokkan ke dalam masing-masing tema, kemudian mencermati apakah isi data pada tema tersebut saling berkaitan dan membentuk satu makna yang utuh. Peneliti memastikan bahwa hubungan antara kode dan tema bersifat jelas, logis, dan koheren. Apabila terdapat kode yang dirasa tidak sesuai dengan tema tertentu, maka kode tersebut dipindahkan ke tema lain yang lebih tepat, direduksi, atau bahkan dikeluarkan apabila tidak lagi relevan. Sebaliknya, selama proses ini peneliti juga menemukan adanya tema-tema yang semakin menguat dan layak dipertahankan karena didukung oleh banyak pernyataan informan dari berbagai kelompok.

Pada tahap peninjauan ini, peneliti juga membandingkan kembali tema yang muncul dari informan utama, informan kunci, dan informan pendukung. Tujuannya adalah untuk melihat apakah suatu tema hanya muncul pada satu kelompok informan atau justru berulang pada ketiga kelompok. Tema yang muncul secara konsisten lintas informan dianggap memiliki kekuatan analitik yang lebih tinggi. Melalui proses ini, peneliti dapat menegaskan tema-tema yang benar-benar mewakili fenomena penelitian, sekaligus menghilangkan tema yang terlalu lemah, tumpang tindih, atau tidak memiliki dukungan data yang memadai.

Dengan demikian, tahap meninjau tema menjadi langkah penting untuk memperoleh tema-tema penelitian yang lebih akurat dan terstruktur. Hasil dari tahap ini selanjutnya menjadi dasar dalam penyusunan narasi hasil penelitian kualitatif, karena tema-tema yang telah ditinjau inilah yang digunakan untuk menjelaskan penyebab rendahnya capaian pemberian TPT pada kontak serumah pasien TB di Kabupaten Pringsewu.

c. Menentukan dan Menamai Tema

Setelah tema-tema sementara ditinjau kembali, tahap berikutnya adalah menentukan dan menamai tema. Pada tahap ini, peneliti mendefinisikan inti makna dari setiap tema berdasarkan kumpulan data yang telah dianalisis, kemudian memberi nama tema yang paling sesuai dengan isi wawancara informan. Penamaan tema dilakukan dengan mempertimbangkan kesesuaian antara isi data, fokus penelitian, dan pola makna yang muncul secara berulang pada seluruh kelompok informan. Dalam proses ini, peneliti tidak hanya melihat banyaknya kemunculan suatu isu, tetapi juga menelaah makna pokok yang terkandung dalam pernyataan informan. Setiap tema harus mampu menjelaskan aspek penting dari fenomena yang diteliti, yaitu rendahnya capaian pemberian TPT pada kontak serumah pasien TB. Oleh karena itu, tema yang dipilih merupakan tema yang benar-benar didukung oleh data wawancara, baik dari informan utama, informan kunci, maupun informan pendukung.

Setelah tema-tema sementara ditinjau kembali, peneliti melanjutkan ke tahap menentukan dan menamai tema. Pada tahap ini, peneliti menetapkan tema akhir dengan cara menyesuaikan hasil wawancara informan dengan kerangka teori modifikasi *Health Belief Model (HBM)* dan kerangka konsep penelitian. Penentuan tema dilakukan dengan tetap berangkat dari data lapangan, kemudian dikaitkan dengan komponen-konsep utama dalam teori yang digunakan.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, tema-tema yang ditetapkan menurut HBM dalam penelitian ini meliputi:

- 1) Persepsi kerentanan terhadap penularan TB
- 2) Persepsi keparahan penyakit TB
- 3) Persepsi manfaat TPT
- 4) Persepsi hambatan dalam penerimaan TPT
- 5) Isyarat untuk bertindak dalam penerimaan TPT
- 6) Efikasi diri dalam menjalani TPT
- 7) Faktor-faktor yang memodifikasi penerimaan atau penolakan TPT
- 8) Perilaku penerimaan atau penolakan TPT pada kontak serumah

Penamaan tema-tema tersebut disesuaikan dengan isi data wawancara yang menunjukkan bahwa keputusan menerima atau menolak TPT tidak hanya dipengaruhi oleh faktor individu, tetapi juga oleh pengalaman keluarga, kualitas edukasi, dukungan petugas dan kader, serta kondisi sistem pelayanan kesehatan. Dengan demikian, tahap menentukan dan menamai tema membantu peneliti menyusun hasil penelitian ke dalam struktur yang lebih jelas, terarah, dan mudah dipahami.

4.4 Persepsi Kerentanan terhadap Penularan TB

Persepsi kerentanan menggambarkan bagaimana kontak serumah memandang kemungkinan dirinya tertular tuberkulosis akibat tinggal bersama pasien TB. Dari hasil wawancara, ditemukan bahwa persepsi kerentanan tidak seragam antar informan. Sebagian informan merasa dirinya sangat berisiko karena tinggal satu rumah dan sering berinteraksi dengan pasien, sedangkan sebagian lainnya menilai risiko tersebut lebih rendah karena telah melakukan upaya pencegahan di rumah, seperti menjaga jarak, memisahkan alat makan, atau merasa dirinya tetap sehat. Variasi ini menunjukkan bahwa persepsi kerentanan tidak hanya dibentuk oleh fakta adanya kontak serumah, tetapi juga oleh pengalaman pribadi, pola interaksi sehari-hari, dan keyakinan subjektif terhadap keamanan diri.

a. Tinggal serumah dipersepsikan meningkatkan risiko tertular

Tinggal serumah dengan pasien TB dipersepsikan oleh beberapa informan sebagai kondisi yang secara langsung meningkatkan risiko penularan. Kedekatan tempat tinggal, penggunaan ruang rumah yang sama, dan keberadaan pasien dalam lingkungan rumah tangga membuat informan merasa dirinya berada pada posisi yang rentan tertular.

Salah satu informan menyampaikan bahwa kemungkinan tertular dipandang sangat besar karena dirinya tinggal satu rumah dengan pasien TB. Informan mengatakan:

“Besarnya sih karena kan satu rumah... kira-kira ya 95 bisa lah.” (IU-8)

Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa keberadaan pasien TB dalam satu rumah dipahami sebagai faktor utama yang meningkatkan risiko tertular. Informan lain juga memandang tinggal satu rumah sebagai keadaan yang berisiko. Saat ditanya mengenai kemungkinan tertular dari suaminya yang sakit TB, informan menyatakan:

“Besarnya, karena satu rumah.” (IU-5)

Selain itu, rasa khawatir juga muncul sejak awal ketika informan mengetahui ada anggota keluarga serumah yang sakit TB. Seorang informan menyampaikan:

“Pertama kali saya merasa harap-harap cemas.” (IU-1)

Informan tersebut kemudian menjelaskan bahwa kecemasan itu muncul karena ia mempunyai anak kecil dan takut anaknya ikut tertular dari anggota keluarga yang sakit. Informan lain juga mengungkapkan adanya rasa khawatir walaupun tidak terlalu besar. Ia mengatakan:

“Ada sedikit kekhawatiran, tetapi tidak terlalu besar.” (IU-9)

Sebagai orang tua, informan lain juga tetap merasakan kekhawatiran ketika anaknya sakit TB. Ia menyampaikan:

“Iya, pasti ada kekhawatiran.” (IU-2)

Hasil wawancara dengan petugas dan kader juga memperkuat pandangan

bahwa tinggal serumah memang dipersepsikan sebagai keadaan berisiko. Petugas menyatakan bahwa keluarga pasien umumnya memahami adanya risiko pada kontak serumah, meskipun pemahaman tersebut belum selalu diikuti dengan kesediaan menerima TPT karena keluarga masih merasa sehat dan takut terhadap efek samping pengobatan (IK-3). Kader juga menjelaskan bahwa bila satu keluarga ada yang positif TB, maka anggota keluarga lain yang tinggal serumah sebenarnya termasuk kelompok yang harus dicegah agar tidak ikut tertular (IP-1).

Temuan ini menunjukkan bahwa tinggal serumah dipersepsikan oleh sebagian besar subjek sebagai faktor yang meningkatkan kerentanan terhadap penularan TB. Namun, kuat atau lemahnya persepsi kerentanan tersebut tetap dipengaruhi oleh pengalaman, tingkat pengetahuan, dan cara masing-masing informan memaknai risiko di lingkungan rumah tangga.

b. Kontak harian dan kedekatan fisik dianggap sebagai sumber penularan

Selain faktor tinggal serumah, hasil wawancara menunjukkan bahwa kontak harian dan kedekatan fisik dengan pasien juga dipersepsikan sebagai sumber penularan TB. Aktivitas seperti berbicara, berada di ruangan yang sama, bertemu setiap hari, dan hidup berdekatan dipahami sebagai kondisi yang memungkinkan penularan terjadi.

Salah satu informan menjelaskan bahwa dirinya merasa kemungkinan tertular cukup besar karena sering berinteraksi dengan anggota keluarga yang sakit. Informan menyampaikan:

“Karena kami sering berinteraksi, sering ngobrol, dan sering bertemu di rumah.” (IU-3)

Pernyataan ini menunjukkan bahwa intensitas pertemuan sehari-hari dipersepsikan sebagai kondisi yang meningkatkan peluang penularan. Informan lain juga menyampaikan bahwa risiko terasa besar karena dirinya dan ibunya banyak berada di rumah, sehingga kontak dengan pasien sangat dekat. Informan menyatakan:

“Besar banget sih karena kan satu rumah... saya sering di rumah dan ibu juga di rumah.” (IU-8)

Informan lain memandang kedekatan fisik sebagai ancaman karena pasien sering batuk dan berdahak. Ia menjelaskan:

“Karena kalau pasien batuk dan berdahak, dahak itu bisa menularkan ke orang yang dekat.” (IU-4)

Sementara itu, pada informan yang menilai risikonya lebih rendah, hal tersebut justru dikaitkan dengan berkurangnya kontak langsung. Salah satu informan menyatakan bahwa kemungkinan tertular kecil karena dirinya jarang kontak fisik langsung dan berusaha menjaga jarak. Informan mengatakan:

“Saya tidak tahu pasti... kami juga menjaga jarak, jadi menurut saya kemungkinannya kecil.” (IU-7)

Informan lain juga menyampaikan bahwa komunikasi dengan pasien tidak dilakukan terlalu dekat, alat makan dipisah, dan pasien berusaha memakai masker, sehingga dirinya merasa risiko tertular tidak terlalu tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa dalam persepsi informan, intensitas kontak harian menjadi dasar penting dalam menilai besar kecilnya risiko penularan.

Temuan dari petugas dan kader memperkuat hal tersebut. Petugas menjelaskan bahwa keluarga pasien sebenarnya sudah sering diberi edukasi bahwa TB menular dan karena itu kontak serumah termasuk kelompok berisiko, namun tidak semua keluarga menerjemahkan kedekatan harian tersebut sebagai alasan yang cukup kuat untuk memulai TPT (IK-1). Kader juga menyampaikan bahwa warga sering berkata dirinya sehat meskipun tinggal serumah dengan pasien, sehingga mereka tidak merasa perlu menerima terapi pencegahan (IP-2).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kontak harian dan kedekatan fisik dianggap oleh informan sebagai sumber penularan TB. Namun, cara memaknai kedekatan tersebut masih berbeda-beda. Sebagian menganggapnya sebagai alasan kuat untuk merasa rentan, sedangkan

sebagian lainnya menilai risiko dapat dikurangi melalui pembatasan kontak dan upaya pencegahan di rumah. Dengan demikian, persepsi kerentanan dalam penelitian ini tidak hanya dipengaruhi oleh status tinggal serumah, tetapi juga oleh cara informan menilai intensitas interaksi sehari-hari dengan pasien TB.

c. Menjaga jarak dan memisahkan alat makan dianggap menurunkan risiko

Hasil wawancara menunjukkan bahwa sebagian informan menilai risiko penularan TB dapat diturunkan dengan cara menjaga jarak dari pasien, memisahkan alat makan, memisahkan tempat tidur, dan mengurangi interaksi langsung. Upaya-upaya tersebut dipersepsikan sebagai bentuk perlindungan yang cukup untuk menurunkan kemungkinan tertular, sehingga pada beberapa informan muncul keyakinan bahwa risiko mereka tidak terlalu tinggi meskipun tinggal serumah dengan pasien TB.

IU-1 menyampaikan bahwa dirinya merasa risiko tertular lebih rendah karena alat makan dan aktivitas rumah tangga sudah dipisahkan dari pasien. Informan mengatakan:

“Ya kan kita udah disediirin alat makannya. Udah dipisahin. Kita masak juga sendiri-sendiri.” (IU-1)

Pernyataan ini menunjukkan bahwa pemisahan alat makan dan aktivitas memasak dipahami sebagai langkah yang dapat menurunkan risiko penularan. Hal yang hampir sama juga disampaikan oleh IU-2. Informan menjelaskan bahwa piring, sendok, dan gelas anaknya dibuat khusus dan tidak dipakai bergantian dengan anggota keluarga lain. Informan menyatakan:

“Piring, sendok, dan gelas dipisah. Tidak boleh dipakai bergantian dengan kami.” (IU-2)

IU-5 juga menggambarkan upaya pencegahan yang dilakukan di rumah untuk mengurangi risiko. Informan mengatakan:

“Kami sekeluarga menjaga jarak, memakai masker, memisahkan piring dan gelas, serta barang-barang yang dipakai.” (IU-5)

Pada IU-9, keyakinan bahwa risiko tidak terlalu tinggi juga dikaitkan dengan perilaku menjaga jarak dan penggunaan masker oleh pasien. Informan menyampaikan:

“Menurut saya tidak terlalu tinggi, karena kami sama-sama berusaha mencegah. Kalau berkomunikasi tidak terlalu dekat, menjaga jarak, dan istri selalu memakai masker.” (IU-9)

Pandangan bahwa upaya pencegahan rumah tangga dapat menurunkan risiko juga diperkuat oleh petugas dan kader. IK-1 menjelaskan bahwa di banyak keluarga pasien, petugas memang menganjurkan pemisahan alat makan dan kehati-hatian dalam kontak sehari-hari. Namun demikian, petugas juga menegaskan bahwa langkah tersebut belum cukup menggantikan kebutuhan TPT pada kontak serumah yang berisiko. IP-1 juga menyebut bahwa masyarakat sering merasa sudah aman karena sudah memisahkan alat makan dan menjalankan pola hidup terpisah dengan pasien, sehingga mereka menganggap risiko tertular sudah menurun.

Temuan ini menunjukkan bahwa menjaga jarak dan memisahkan alat makan dipersepsikan oleh keluarga sebagai langkah yang efektif untuk menurunkan risiko tertular. Namun, keyakinan ini pada beberapa kasus justru membuat persepsi kerentanan menjadi lebih rendah, sehingga keluarga merasa tidak terlalu membutuhkan TPT sebagai upaya pencegahan tambahan.

d. Merasa sehat menyebabkan persepsi kerentanan menjadi rendah

Hasil wawancara juga menunjukkan bahwa rasa sehat menjadi salah satu alasan utama mengapa sebagian informan memandang dirinya tidak terlalu rentan terhadap TB. Ketika tubuh dirasakan sehat dan tidak menunjukkan gejala seperti batuk, demam, atau lemah, informan cenderung menilai bahwa penularan belum atau tidak terjadi pada dirinya. Akibatnya, risiko dipersepsikan lebih rendah meskipun mereka tinggal serumah dengan pasien TB.

IU-7 secara tegas menyatakan bahwa dirinya menolak TPT karena merasa sehat dan tidak tertular. Informan mengatakan:

“Saya tidak mau, karena saya merasa insyaallah sehat dan tidak tertular.” (IU-7)

Pernyataan ini menunjukkan bahwa rasa sehat dipersepsikan sebagai tanda aman. Hal serupa juga disampaikan oleh IU-5. Informan menyebut bahwa dirinya merasa sehat dan justru khawatir bila harus minum obat dalam kondisi tubuh yang baik. Informan menyatakan:

“Saya merasa sehat, jadi takut kalau minum obat setiap hari nanti ada efeknya.” (IU-5)

IU-6 juga memperlihatkan pola pemikiran yang sama. Informan mengatakan:

“Saya tahunya yang diberi obat hanya yang sakit saja.” (IU-6)

Pernyataan ini menunjukkan bahwa orang yang merasa sehat tidak memandang dirinya sebagai sasaran terapi pencegahan. Sementara itu, IU-2 dan IU-9 juga menunjukkan bahwa hasil pemeriksaan negatif, tidak adanya keluhan, serta perasaan tubuh yang tetap sehat membuat dorongan untuk memulai TPT menjadi tidak terlalu kuat .

Pandangan tersebut juga diakui oleh petugas dan kader sebagai pola yang paling sering dijumpai. IK-1 menyampaikan bahwa hambatan utama di masyarakat adalah karena kontak serumah *“merasa tidak sakit”* walaupun sudah diberi edukasi tentang TPT . IP-2 juga menjelaskan bahwa kalimat yang paling sering ia dengar dari keluarga pasien adalah:

“Saya sehat, jadi tidak perlu minum obat.” (IP-2)

IP-3 menambahkan bahwa warga sering berkata:

“Saya sehat, kenapa harus minum obat 6 bulan.” (IP-3)

Temuan ini menunjukkan bahwa rasa sehat menurunkan persepsi kerentanan karena kontak serumah cenderung menghubungkan kebutuhan pengobatan dengan keberadaan gejala. Selama tubuh masih dipersepsikan sehat, mereka merasa tidak berada dalam kelompok yang berisiko tinggi. Hal ini menjadi tantangan penting dalam program TPT, karena TPT justru

ditujukan pada orang yang belum sakit aktif tetapi sudah berada dalam kelompok berisiko.

e. Pengetahuan tentang mekanisme penularan TB masih beragam

Hasil wawancara menunjukkan bahwa pengetahuan informan mengenai mekanisme penularan TB masih beragam. Sebagian informan sudah memahami bahwa TB merupakan penyakit menular yang dapat menyebar melalui kontak dekat sehari-hari, terutama saat pasien batuk. Namun, sebagian lainnya hanya mengetahui TB secara umum sebagai penyakit batuk, tanpa memahami secara utuh bagaimana penularannya terjadi. Variasi pengetahuan ini memengaruhi cara mereka memandang risiko tertular.

IU-4 menjelaskan bahwa dirinya merasa risiko tertular sangat besar karena pasien sering batuk dan berdahak. Informan menyatakan:

“Karena kalau pasien batuk dan berdahak, dahak itu bisa menularkan ke orang yang dekat.” (IU-4)

Pernyataan ini menunjukkan bahwa informan sudah mengaitkan gejala pasien dengan penularan pada orang di sekitarnya. IU-5 juga memandang bahwa TB menular melalui udara. Informan mengatakan:

“TB itu termasuk penyakit yang berbahaya karena menular. Dari udara atau uapnya saja kami sudah takut.” (IU-5)

Di sisi lain, ada juga informan yang menunjukkan pemahaman yang lebih terbatas. IU-6 menyampaikan bahwa yang diketahuinya tentang TB hanya sebagai penyakit batuk. Informan mengatakan:

“Setahu saya itu penyakit batuk.” (IU-6)

Ia juga mengaku kurang memahami dari mana anaknya tertular dan bagaimana sebenarnya penularan itu terjadi. Sementara itu, IU-7 lebih banyak menilai risiko berdasarkan jarangya kontak langsung, yang menunjukkan bahwa pemahaman tentang penularan belum sepenuhnya dikaitkan dengan kemungkinan infeksi laten pada kontak serumah.

Petugas dan kader juga menegaskan bahwa pemahaman masyarakat

tentang penularan TB memang belum seragam. IK-1 menjelaskan bahwa masih ada masyarakat yang salah memahami TB, bahkan mengaitkan batuk darah dengan santet atau sebab nonmedis lainnya . IP-1 juga menyebutkan bahwa ia pernah menemukan warga yang menganggap sakit berkepanjangan sebagai santet sebelum akhirnya diperiksa secara medis . Sementara itu, IK-3 menjelaskan bahwa dalam edukasi, petugas harus menerangkan bahwa TB dapat berada dalam tubuh sebagai infeksi laten dan berisiko berkembang menjadi TB aktif bila tidak dicegah .

Temuan ini menunjukkan bahwa pengetahuan tentang mekanisme penularan TB pada kontak serumah masih belum merata. Sebagian telah memahami bahwa kedekatan dengan pasien meningkatkan risiko, tetapi sebagian lain masih memiliki pemahaman yang terbatas atau bercampur dengan tafsir nonmedis. Variasi ini berpengaruh terhadap persepsi kerentanan, karena semakin rendah pemahaman seseorang tentang penularan, semakin kecil kemungkinan ia memandang dirinya sebagai kelompok yang berisiko dan perlu menerima TPT.

4.5 Persepsi Keparahan Penyakit TB

Tema ini menunjukkan bagaimana informan memandang TB sebagai penyakit yang serius, menular, dan berdampak terhadap kehidupan pasien maupun keluarga. Hasil wawancara menunjukkan bahwa keparahan TB tidak hanya dipahami dari sisi medis, tetapi juga dari dampaknya terhadap kondisi fisik, aktivitas kerja, dan beban yang ditanggung keluarga. Sebagian informan memandang TB sebagai penyakit yang berbahaya karena menular dan dapat memperburuk kondisi tubuh. Sebagian lainnya menekankan dampak TB terhadap kemampuan pasien bekerja dan terhadap kehidupan keluarga sehari-hari.

a. Tuberkulosis dipandang sebagai penyakit menular yang berbahaya

Sebagian besar informan memandang TB sebagai penyakit menular yang berbahaya. Keparahan ini terutama dipahami karena TB dapat menyebar

kepada anggota keluarga lain yang tinggal serumah, sehingga penyakit tersebut tidak hanya mengancam pasien, tetapi juga orang-orang di sekitarnya.

Salah satu informan menyampaikan bahwa TB adalah penyakit yang berbahaya karena menular. Informan mengatakan:

“TB itu termasuk penyakit yang berbahaya karena menular. Dari udara atau uapnya saja kami sudah takut.” (IU-5)

Pernyataan ini menunjukkan bahwa bahaya TB dipahami dalam kaitannya dengan penularan di dalam rumah. Informan lain juga memandang TB sebagai penyakit yang sangat berbahaya. Informan menyatakan:

“Setahu aku sangat berbahaya. Bahkan bisa sampai menyebabkan kematian.” (IU-8)

Pandangan serupa juga muncul pada informan lain yang menilai TB sebagai penyakit yang membahayakan tubuh dan melemahkan kondisi pasien. Informan mengatakan:

“Bahaya. Orang yang kena TB itu badannya lemah, napasnya juga tidak kuat.” (IU-4)

Pada informan lain, keparahan TB terlihat dari reaksi emosional keluarga ketika mengetahui hasil pemeriksaan positif. Salah satu informan menyampaikan:

“Saat pertama tahu istri saya kena TB, saya panik.” (IU-9)

Sebagai orang tua, informan lain juga menggambarkan kondisi anaknya yang tampak pucat, kurus, dan batuk-batuk sehingga keluarga segera merasa bahwa penyakit tersebut serius dan perlu segera diobati .

Hasil wawancara dengan petugas dan kader memperkuat bahwa masyarakat pada umumnya memandang TB sebagai penyakit yang menakutkan. Petugas menjelaskan bahwa masih ada masyarakat yang menganggap TB sebagai penyakit yang memalukan, bahkan ada yang tidak percaya terhadap diagnosis dan memilih pengobatan alternatif terlebih

dahulu (IK-1). Petugas lain juga menyampaikan bahwa dalam edukasi kepada keluarga, mereka perlu menekankan bahwa bila seseorang sampai terkena TB, penyakit tersebut dapat menjadi parah bila tidak ditangani dengan baik (IK-2). Kader juga menunjukkan bahwa keluarga pasien sering merasa takut terhadap penyakit ini karena menular dan dapat memengaruhi anggota rumah tangga lain (IP-3).

Temuan ini menunjukkan bahwa TB dipandang oleh sebagian besar informan sebagai penyakit menular yang berbahaya. Persepsi ini terbentuk dari pengalaman melihat kondisi pasien, rasa takut terhadap penularan, dan pengetahuan bahwa TB dapat memperburuk kesehatan bila tidak segera ditangani.

b. Tuberkulosis dianggap menyebabkan tubuh lemah dan menurunkan produktivitas

Selain dipandang sebagai penyakit menular, TB juga dianggap sebagai penyakit yang melemahkan tubuh dan menurunkan produktivitas pasien. Informan banyak mengaitkan keparahan TB dengan perubahan kondisi fisik pasien, seperti tubuh menjadi kurus, pucat, lemah, sering batuk, dan tidak mampu menjalankan aktivitas seperti biasanya.

Salah satu informan menjelaskan bahwa TB membuat tubuh pasien menjadi lemah. Informan mengatakan:

“Bahaya. Orang yang kena TB itu badannya lemah, napasnya juga tidak kuat.” (IU-4)

Informan lain juga menggambarkan perubahan fisik pasien sebelum berobat. Informan menyatakan:

“Saya lihat dia pucat, kuning, badannya kurus, dan batuk-batuk.” (IU-2)

Kondisi yang sama juga terlihat pada pasien lain. Informan menyampaikan:

“Awalnya istri batuk hampir satu bulan, mula-mula batuk kering, lalu lama-lama badan kurus dan berat badan turun.” (IU-9)

Perubahan kondisi tubuh pasien tersebut tidak hanya dipahami sebagai gejala penyakit, tetapi juga sebagai penyebab menurunnya kemampuan pasien untuk bekerja. Pada IU-2, anak yang sebelumnya bekerja di Jakarta akhirnya harus pulang dan berhenti bekerja untuk menjalani pengobatan di kampung . Hal ini menunjukkan bahwa TB dipersepsikan bukan hanya melemahkan tubuh, tetapi juga mengganggu peran ekonomi dan produktivitas pasien dalam keluarga.

Petugas kesehatan juga menguatkan pandangan ini. Salah satu petugas menjelaskan bahwa dalam edukasi kepada masyarakat, gambaran mengenai kondisi pasien yang bisa memburuk, termasuk batuk darah, sering digunakan agar keluarga memahami bahwa TB bukan penyakit ringan (IK-2). Kader juga menyampaikan bahwa keluarga yang melihat langsung bagaimana pasien TB menjadi lemah biasanya menjadi lebih sadar bahwa penyakit tersebut serius dan bisa mengganggu kehidupan sehari-hari (IP-3).

Temuan ini menunjukkan bahwa TB dianggap menyebabkan tubuh lemah dan menurunkan produktivitas pasien. Persepsi keparahan ini dibangun dari pengamatan keluarga terhadap penurunan kondisi fisik pasien serta perubahan peran pasien dalam kehidupan rumah tangga.

c. Tuberkulosis dipersepsikan dapat menyebabkan kematian bila terlambat diobati

Hasil wawancara menunjukkan bahwa sebagian informan memandang TB sebagai penyakit yang dapat berakhir fatal apabila terlambat ditangani. Persepsi ini muncul ketika informan melihat gejala pasien yang semakin berat, mendengar penjelasan petugas kesehatan, atau memahami bahwa TB merupakan penyakit menular yang berbahaya. Dengan demikian, keparahan TB tidak hanya dimaknai sebagai penyakit yang melemahkan

tubuh, tetapi juga sebagai penyakit yang dapat mengancam jiwa bila tidak segera diobati.

Salah satu informan secara tegas menyatakan bahwa TB dipandang sangat berbahaya dan dapat menyebabkan kematian. Informan mengatakan:

“Setahu aku sangat berbahaya. Bahkan bisa sampai menyebabkan kematian.” (IU-8)

Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa bagi keluarga pasien, TB sudah dipersepsikan sebagai penyakit dengan konsekuensi yang berat. Informan lain juga menggambarkan reaksi panik ketika melihat gejala yang semakin lama semakin berat. Informan menyampaikan:

“Saat pertama tahu istri saya kena TB, saya panik.” (IU-9)

Kepanikan ini muncul setelah pasien mengalami batuk hampir satu bulan, tubuh menjadi kurus, dan berat badan menurun sebelum akhirnya hasil pemeriksaan menunjukkan positif TB. Pada informan lain, keparahan penyakit juga tergambar dari kondisi pasien yang terlihat semakin menurun sebelum dibawa berobat. Salah satu informan menjelaskan:

“Saya lihat dia pucat, kuning, badannya kurus, dan batuk-batuk.” (IU-2)

Dari sisi petugas, persepsi bahwa TB dapat berkembang menjadi kondisi berat juga terlihat dalam materi edukasi yang mereka sampaikan kepada keluarga. Salah satu petugas menjelaskan bahwa dalam upaya meyakinkan kontak erat untuk menerima TPT, mereka menekankan bahwa bila sampai terkena TB, penyakit tersebut bisa menjadi parah. Informan menyatakan:

“Caranya dengan edukasi dan memberikan gambaran bahwa jika sampai terkena TB, penyakitnya bisa menjadi parah, misalnya batuk sampai keluar darah.” (IK-2)

Petugas lain juga menegaskan bahwa keluarga perlu memahami bahwa kontak serumah yang tampak sehat tetap berisiko karena kuman dapat berkembang menjadi penyakit aktif bila tidak dicegah (IK-3). Dari sisi kader, persepsi ini diperkuat oleh penjelasan bahwa keluarga biasanya

menjadi lebih takut setelah melihat pasien TB menjalani pengobatan dan menyadari bahwa penyakit tersebut tidak boleh dibiarkan terlalu lama (IP-3).

Temuan ini menunjukkan bahwa TB dipersepsikan oleh informan sebagai penyakit yang dapat menyebabkan kematian bila terlambat diobati. Persepsi ini menjadi bagian penting dari keparahan penyakit yang dirasakan keluarga. Namun demikian, tingginya persepsi keparahan terhadap TB tidak selalu diikuti oleh penerimaan TPT, karena pada saat yang sama informan masih dibayangi rasa sehat, takut efek samping, dan keberatan terhadap durasi pengobatan.

d. Kehadiran pasien TB menimbulkan kekhawatiran pada anggota keluarga lain

Hasil wawancara juga menunjukkan bahwa kehadiran pasien TB di dalam rumah menimbulkan kekhawatiran yang nyata pada anggota keluarga lain. Kekhawatiran ini muncul dalam bentuk rasa takut tertular, kekhawatiran terhadap anak-anak yang tinggal serumah, rasa cemas bila penyakit menyebar, dan tekanan emosional ketika mengetahui anggota keluarga dinyatakan positif TB. Dengan demikian, keparahan TB tidak hanya dipahami sebagai ancaman bagi pasien, tetapi juga sebagai sumber kekhawatiran dalam kehidupan keluarga sehari-hari.

Salah satu informan menyampaikan bahwa sejak awal dirinya merasa cemas karena memiliki anak kecil dan takut tertular dari anggota keluarga yang sakit. Informan mengatakan:

“Pertama kali saya merasa harap-harap cemas.” (IU-1)

Ketika ditanya lebih lanjut, informan menjelaskan bahwa rasa cemas tersebut muncul karena takut dirinya dan bayinya ikut tertular dari pasien yang tinggal serumah. Informan lain juga menyampaikan bahwa seluruh keluarga merasa takut karena penyakit tersebut menular. Informan mengatakan:

“TB itu termasuk penyakit yang berbahaya karena menular. Dari udara atau uapnya saja kami sudah takut.” (IU-5)

Kekhawatiran yang sama juga tampak pada IU-8 yang menilai risiko tertular sangat besar karena dirinya dan ibunya tinggal satu rumah dengan pasien TB . Pada IU-6, perasaan kewalahan muncul ketika mengetahui anak sulungnya sakit TB. Informan mengatakan bahwa dirinya merasa heran dan kewalahan melihat anaknya terkena penyakit tersebut . Demikian pula pada IU-2, orang tua pasien menyampaikan kekhawatiran akan penularan, terutama terhadap anak-anak di rumah. Informan mengatakan:

“Iya, pasti ada kekhawatiran.” (IU-2)

Petugas dan kader juga menggambarkan bahwa kekhawatiran keluarga merupakan situasi yang umum di lapangan. Salah satu petugas menjelaskan bahwa keluarga pasien sering kali takut karena TB masih dipandang sebagai penyakit yang menakutkan dan dalam beberapa kasus dianggap memalukan . Petugas lain menekankan bahwa keluarga perlu diberi pemahaman bahwa kontak serumah tetap berisiko walaupun tampak sehat, karena tanpa pencegahan penyakit dapat menyebar dalam rumah tangga (IK-3). Dari sisi kader, dijelaskan bahwa keluarga pasien kerap mengungkapkan rasa takut terhadap kemungkinan tertular atau takut mengalami kondisi seperti pasien yang sedang sakit (IP-1, IP-3).

Temuan ini menunjukkan bahwa kehadiran pasien TB menimbulkan kekhawatiran yang nyata pada anggota keluarga lain. Kekhawatiran tersebut tidak hanya berupa rasa takut akan penularan, tetapi juga kecemasan terhadap anak-anak, pasangan, dan stabilitas kehidupan keluarga secara keseluruhan. Hal ini menegaskan bahwa persepsi keparahan TB pada keluarga terbentuk bukan hanya dari pengetahuan tentang penyakit, tetapi juga dari pengalaman emosional hidup berdampingan dengan pasien TB di dalam rumah.

4.6 Persepsi Manfaat TPT

Tema ini menggambarkan sejauh mana informan memahami manfaat TPT sebagai upaya pencegahan TB. Hasil wawancara menunjukkan bahwa sebagian informan telah memahami TPT sebagai obat pencegahan agar tidak terkena TB. Selain itu, TPT juga dipersepsikan dapat melindungi anggota keluarga lain yang tinggal serumah dan memutus rantai penularan di rumah. Namun, meskipun manfaat TPT sudah diketahui oleh sebagian informan, pemahaman tersebut belum selalu cukup kuat untuk mendorong penerimaan terapi.

a. TPT dipahami sebagai obat pencegahan agar tidak terkena TB

Sebagian besar informan memahami bahwa TPT merupakan obat pencegahan agar seseorang tidak terkena TB, terutama bila tinggal serumah dengan pasien. Pemahaman ini tampak baik pada informan utama, petugas, maupun kader.

IU-1 menyampaikan bahwa ketika ditawarkan obat, dirinya memahami bahwa manfaat obat tersebut adalah untuk pencegahan. Informan mengatakan:

“Manfaatnya mencegah ya.” (IU-1)

Hal yang sama juga diungkapkan oleh IU-5. Ketika ditanya apa yang dipikirkannya tentang obat yang ditawarkan, informan menjawab:

“Untuk mencegah.” (IU-5)

IU-8 juga menunjukkan pemahaman bahwa obat tersebut diberikan sebagai pencegahan, bukan untuk mengobati TB aktif. Informan mengatakan:

“Katanya dari kader itu hanya obat pencegahan.” (IU-8)

Sementara itu, IU-9 juga menyatakan bahwa dirinya mengetahui adanya manfaat pencegahan dari obat tersebut. Informan menyampaikan:

“Saya yakin obat itu ada manfaatnya untuk pencegahan.” (IU-9)

Dari sisi petugas, pemahaman tentang TPT sebagai pencegahan juga ditegaskan secara jelas. IK-1 menjelaskan bahwa keluarga pasien selalu didukasi mengenai fungsi TPT. Informan menyatakan:

“Setiap ada pasien, saya biasanya minta keluarganya ikut untuk saya dukasi tentang fungsi TPT.” (IK-1)

IK-3 juga menerangkan bahwa dalam edukasi kepada keluarga, petugas menjelaskan bahwa TPT bukan obat untuk orang yang sakit TB, tetapi untuk orang sehat yang berisiko. Informan mengatakan:

“TPT bukan obat untuk orang sakit TB, melainkan obat pencegahan bagi yang sehat tetapi berisiko.” (IK-3)

Kader juga menguatkan makna ini. IP-3 menjelaskan bahwa ia biasanya menerangkan kepada keluarga bahwa TPT diberikan sebagai langkah pencegahan. Informan menyatakan:

“Kalau sudah minum TPT... itu untuk obat pencegahan.” (IP-3)

Temuan ini menunjukkan bahwa TPT pada umumnya telah dipahami sebagai obat pencegahan agar tidak terkena TB. Namun, tingkat keyakinan dan kesiapan menerima terapi masih berbeda antar informan.

b. TPT dipersepsikan dapat memutus rantai penularan di rumah

Hasil wawancara juga menunjukkan bahwa TPT dipersepsikan sebagai cara untuk memutus rantai penularan TB di rumah. Persepsi ini lebih banyak muncul pada petugas dan kader, tetapi juga mulai tampak pada beberapa kontak serumah yang memahami pentingnya pencegahan untuk seluruh keluarga.

Kader menjelaskan bahwa dalam edukasi lapangan, TPT diterangkan sebagai upaya memutus penularan di rumah. IP-3 menyampaikan:

“Jadi satu keluarga itu kita enggak ada penularan lagi, jadi kita buat mutus mata rantai untuk TBC.” (IP-3)

Pernyataan ini secara langsung menunjukkan bahwa kader memahami TPT sebagai sarana memutus rantai penularan dalam rumah tangga. IP-1 juga menegaskan bahwa ketika satu anggota keluarga terkena TB, anggota keluarga lain seharusnya ikut dicegah agar tidak tertular .

Dari sisi petugas, IK-3 menjelaskan bahwa dalam edukasi, keluarga diberi pemahaman bahwa kontak serumah yang tampak sehat tetap berisiko karena kuman TB dapat berkembang menjadi penyakit aktif bila tidak dicegah . IK-1 juga menegaskan bahwa keluarga pasien selalu diedukasi

tentang fungsi TPT pada kontak serumah, yang pada intinya adalah mencegah agar penularan tidak berlanjut di rumah .

Pada informan utama, pemahaman ini tampak dalam bentuk yang lebih sederhana. IU-1 ketika ditanya apa yang akan ia sarankan kepada keluarga lain yang mengalami kondisi serupa, menjawab:

“Lebih baik mencegah daripada mengobati.” (IU-1)

IU-8 juga menunjukkan perubahan pemahaman setelah mendapat penjelasan yang lebih baik. Informan menyampaikan bahwa jika ada keluarga lain dalam situasi yang sama, ia sekarang akan menyarankan mereka untuk minum obat pencegahan agar tetap sehat .

Temuan ini menunjukkan bahwa TPT dipersepsikan dapat memutus rantai penularan di rumah, terutama oleh petugas dan kader yang memahami TPT sebagai bagian dari strategi pencegahan berbasis keluarga. Pada kontak serumah, pemahaman ini juga mulai muncul, walaupun belum selalu menjadi alasan yang cukup kuat untuk langsung menerima terapi.

c. Sebagian informan menilai pencegahan lebih baik daripada pengobatan

Hasil wawancara menunjukkan bahwa sebagian informan memiliki pandangan bahwa pencegahan lebih baik daripada pengobatan. Pandangan ini muncul sebagai bentuk pengakuan bahwa mencegah penyakit sejak awal dipersepsikan lebih ringan dibandingkan harus menjalani sakit dan pengobatan dalam waktu lama. Namun demikian, pengakuan ini belum selalu diikuti dengan keputusan menerima TPT.

Salah satu informan menyampaikan secara langsung bahwa dalam konteks TB, pencegahan dianggap lebih baik daripada menunggu sampai sakit. Informan mengatakan:

“Lebih baik mencegah daripada mengobati.” (IU-1)

Pernyataan ini menunjukkan bahwa secara kognitif informan memahami pentingnya pencegahan. Hal serupa juga tampak pada IU-8. Meskipun

awalnya menolak karena takut efek samping, setelah memperoleh penjelasan yang lebih jelas, informan menyatakan bahwa jika ada keluarga atau orang lain dalam kondisi serupa, dirinya akan menyarankan pencegahan agar tetap sehat .

Pandangan bahwa pencegahan lebih baik daripada pengobatan juga ditegaskan oleh petugas. IK-1 menjelaskan bahwa dalam edukasi kepada keluarga pasien, penekanan pada fungsi TPT sebagai pencegahan terus dilakukan agar keluarga memahami bahwa terapi ini diberikan sebelum seseorang jatuh sakit . IK-2 juga menyampaikan bahwa edukasi dilakukan dengan memberi gambaran bahwa bila sampai terkena TB, penyakit dapat menjadi parah, sehingga pencegahan perlu diprioritaskan. Informan mengatakan:

“Caranya dengan edukasi dan memberikan gambaran bahwa jika sampai terkena TB, penyakitnya bisa menjadi parah.” (IK-2)

Dari sisi kader, pemahaman yang sama juga terlihat. IP-3 menjelaskan bahwa dalam edukasi kepada keluarga, dirinya menekankan bahwa TPT diberikan sebagai langkah pencegahan agar keluarga tetap sehat dan tidak mengalami penularan lanjutan. Informan mengatakan:

“Kalau sudah minum TPT... itu untuk obat pencegahan.” (IP-3)

Temuan ini menunjukkan bahwa sebagian informan telah menilai bahwa pencegahan lebih baik daripada pengobatan. Namun, pemahaman tersebut masih berada pada tingkat pengakuan makna, dan belum selalu cukup kuat untuk mengubah keputusan menjadi menerima TPT.

d. Manfaat TPT diketahui, tetapi belum cukup kuat mendorong penerimaan

Hasil wawancara menunjukkan bahwa manfaat TPT pada dasarnya telah diketahui oleh sebagian besar informan, baik sebagai obat pencegahan untuk diri sendiri, perlindungan bagi keluarga, maupun upaya memutus penularan di rumah. Namun, pengetahuan tersebut belum otomatis mendorong penerimaan. Dalam banyak kasus, manfaat TPT sudah diakui,

tetapi masih kalah kuat dibanding rasa takut terhadap efek samping, rasa sehat, dan keberatan terhadap durasi terapi.

Pada kelompok informan utama, kondisi ini tampak cukup jelas. IU-3 mengakui bahwa dirinya tahu manfaat TPT sebagai pencegahan, tetapi tetap belum bersedia menerima terapi. Informan mengatakan:

“Saya tahu manfaatnya untuk mencegah, tapi saya tidak mau karena jangka waktunya lama.” (IU-3)

IU-9 juga menunjukkan pola yang sama. Informan menyatakan:

“Saya yakin obat itu ada manfaatnya untuk pencegahan.” (IU-9)

Namun demikian, pada bagian lain ia menjelaskan bahwa manfaat tersebut belum cukup mendorong dirinya menerima TPT karena masih takut efek samping dan merasa berat bila harus minum obat selama enam bulan. IU-5 juga memahami bahwa TPT diberikan untuk mencegah, tetapi tetap belum bersedia karena merasa dirinya sehat dan khawatir minum obat setiap hari akan menimbulkan efek pada tubuhnya. Demikian pula IU-1, yang mengetahui manfaat pencegahan tetapi tetap menolak karena sedang hamil dan takut efek samping.

Petugas kesehatan juga mengakui bahwa kondisi ini sering terjadi di lapangan. IK-1 menjelaskan bahwa keluarga pasien pada umumnya sudah diberi edukasi mengenai fungsi TPT, namun yang mau menerima masih terbatas. Informan menyampaikan:

“Sampai saat ini yang mau minum TPT sekitar 40–50 persen.”
(IK-1)

Pada bagian yang sama, ia juga menegaskan bahwa hambatan utamanya adalah karena masyarakat takut efek samping dan merasa tidak sakit. IK-3 juga menjelaskan bahwa reaksi awal keluarga memang beragam, tetapi yang langsung setuju menerima TPT hanya sedikit. Informan mengatakan:

“Kemungkinan yang langsung setuju hanya sekitar 20 persen.”
(IK-3)

Dari sisi kader, kondisi ini juga terlihat jelas. IP-2 menyebut bahwa warga sering sudah diberi penjelasan, tetapi tetap menolak karena merasa sehat.

Informan mengatakan:

“Yang paling sering mereka bilang, ‘Saya sehat, jadi tidak perlu minum obat.’” (IP-2)

IP-3 juga menjelaskan bahwa warga sering mempertanyakan manfaat TPT dalam kaitannya dengan tubuh yang masih sehat. Informan menyampaikan:

“Yang paling sering mereka bilang, ‘Saya sehat, kenapa harus minum obat 6 bulan.’” (IP-3)

Temuan ini menunjukkan bahwa manfaat TPT memang sudah diketahui oleh sebagian besar informan, tetapi pengetahuan tersebut belum cukup kuat untuk mendorong penerimaan. Artinya, pemahaman tentang manfaat masih berada di bawah bayang-bayang hambatan yang dirasakan lebih nyata oleh informan, seperti takut efek samping, merasa sehat, dan keberatan terhadap lama terapi.

4.7 Persepsi Hambatan dalam penerimaan TPT

Tema ini merupakan tema paling dominan yang muncul dari hasil wawancara. Informan menyampaikan berbagai hambatan yang menyebabkan penolakan atau keraguan menerima TPT. Hambatan tersebut tidak hanya berasal dari persepsi terhadap obat, tetapi juga dari kondisi diri, pengalaman keluarga, dan cara informan menilai apakah terapi itu diperlukan atau tidak. Dalam penelitian ini, tiga hambatan yang paling menonjol adalah takut efek samping obat, merasa sehat sehingga tidak membutuhkan obat, serta anggapan bahwa durasi pengobatan terlalu lama.

a. Takut efek samping obat

Ketakutan terhadap efek samping obat merupakan hambatan yang paling sering disampaikan oleh informan. Ketakutan ini muncul dari pengalaman pribadi, cerita orang lain, maupun pengamatan langsung terhadap anggota keluarga yang sedang menjalani pengobatan TB. Bagi sebagian besar informan, efek samping dipersepsikan sebagai sesuatu yang nyata dan cukup menakutkan, sehingga mereka enggan minum obat pencegahan

dalam keadaan merasa sehat.

Salah satu informan menyatakan bahwa alasan utama dirinya menolak TPT adalah karena takut efek samping, terlebih pada saat itu dirinya sedang hamil. Informan mengatakan:

“Karena waktu itu saya sedang hamil dan takut efek sampingnya.” (IU-1)

Informan yang sama juga menyebut bahwa dari hasil mencari informasi sendiri, ia mengetahui kemungkinan efek seperti ngantuk dan gatal-gatal, sehingga ketakutannya semakin kuat. Ketakutan yang serupa juga muncul pada IU-4. Informan ini menolak TPT karena melihat pengalaman pamannya saat minum obat. Informan mengatakan:

“Karena saya takut efek samping seperti yang dialami paman saya.” (IU-4)

Pada IU-8, rasa takut terbentuk karena melihat perubahan kondisi ayahnya selama menjalani pengobatan TB. Informan menjelaskan:

“Saya takut efek sampingnya, terutama takut kulit menjadi hitam seperti yang saya lihat pada ayah.” (IU-8)

IU-9 juga memperlihatkan pola yang sama. Meskipun ia mengakui bahwa TPT bermanfaat, keputusan akhirnya tetap dipengaruhi oleh ketakutan terhadap efek yang dibayangkan dari pengalaman istrinya. Informan menyatakan:

“Saya takut efek samping dan berat kalau harus minum 6 bulan.”
(IU-9)

Pada informan lain, rasa takut ini juga tampak walaupun disampaikan dengan bahasa yang lebih sederhana. IU-5 mengatakan bahwa dirinya merasa sehat dan justru takut bila harus minum obat setiap hari karena khawatir akan timbul efek pada tubuhnya. IU-3 juga mengakui bahwa ketika ditawarkan TPT, yang langsung terpikir adalah kemungkinan efek sampingnya.

Petugas puskesmas dan kader memperkuat temuan ini. IK-1 menjelaskan bahwa hambatan yang paling sering ia temui di lapangan adalah ketakutan

keluarga terhadap efek obat. Informan mengatakan:

“Kebanyakan mereka takut efek samping.” (IK-1)

IK-3 juga menyampaikan bahwa alasan penolakan yang paling sering muncul adalah takut terhadap efek samping obat dan rasa berat menjalani terapi jangka panjang. Informan menyatakan:

“Alasan paling sering adalah takut efek samping obat.” (IK-3)

Dari sisi kader, pola yang sama tampak sangat jelas. IP-1 menjelaskan:

“Yang paling sering adalah takut efek samping.” (IP-1)

IP-2 juga menyebut bahwa warga takut mengalami keluhan seperti mual atau pusing, karena mengaitkan TPT dengan pengalaman pasien TB aktif. Informan mengatakan:

“Takut mual gitu... mual, pusing.” (IP-2)

Sedangkan IP-3 menyampaikan bahwa pertanyaan yang sering muncul dari masyarakat berkaitan dengan kemungkinan timbulnya keluhan setelah minum obat. Informan mengatakan:

“Nanti kalau minum TPT itu ada keluhan nggak? Kayak badannya sakit-sakit, kayak gatel-gatel gitu.” (IP-3)

Temuan ini menunjukkan bahwa takut efek samping obat merupakan hambatan utama dalam penerimaan TPT. Ketakutan ini terbentuk dari pengalaman sosial dan pengamatan di lingkungan keluarga, sehingga manfaat TPT sering kali kalah kuat dibandingkan persepsi negatif terhadap obat.

b. Merasa sehat sehingga tidak membutuhkan obat

Selain takut efek samping, hambatan yang sangat dominan adalah perasaan bahwa tubuh masih sehat sehingga tidak membutuhkan obat. Dalam persepsi banyak informan, obat identik dengan kondisi sakit. Selama mereka tidak batuk, tidak lemah, dan tidak merasakan gejala TB, maka mereka memandang dirinya belum memerlukan terapi pencegahan.

IU-7 secara tegas menyatakan bahwa dirinya menolak TPT karena merasa dirinya sehat. Informan mengatakan:

“Saya tidak mau, karena saya merasa insyaallah sehat dan tidak tertular.” (IU-7)

Hal yang sama juga tampak pada IU-5. Informan menyampaikan:

“Saya merasa sehat, jadi takut kalau minum obat setiap hari nanti ada efeknya.” (IU-5)

IU-6 menunjukkan pemahaman serupa ketika ia mengatakan bahwa yang ia tahu obat hanya diberikan kepada orang yang sakit. Informan menyatakan:

“Saya tahunya yang diberi obat hanya yang sakit saja.” (IU-6)

Pada IU-3, penolakan juga dipengaruhi oleh kenyataan bahwa dirinya tidak mengalami keluhan fisik. Walaupun ia mengakui manfaat TPT, rasa sehat tetap membuat dorongan untuk memulai terapi menjadi lemah. IU-9 juga mengisyaratkan hal yang serupa, karena dirinya merasa risiko rendah setelah menjaga jarak dan melakukan pencegahan di rumah, sehingga kebutuhan untuk minum obat belum dirasakan mendesak.

Petugas puskesmas mengakui bahwa alasan ini adalah salah satu hambatan utama di masyarakat. IK-1 menjelaskan bahwa keluarga pasien banyak yang menolak TPT karena merasa dirinya tidak sakit. Informan mengatakan:

“Kebanyakan takut efek samping dan merasa tidak sakit.” (IK-1)

IK-3 juga menegaskan bahwa kontak serumah sering merasa aman karena tidak bergejala dan sudah menjaga jarak, sehingga menganggap dirinya tidak perlu menerima TPT.

Dari sisi kader, alasan ini muncul sangat konsisten. IP-2 menyebut bahwa kalimat yang paling sering ia dengar dari masyarakat adalah:

“Saya sehat, jadi tidak perlu minum obat.” (IP-2)

IP-3 juga menyampaikan hal serupa. Informan mengatakan:

“Saya sehat, kenapa harus minum obat 6 bulan.” (IP-3)

Temuan ini menunjukkan bahwa rasa sehat menjadi hambatan besar dalam penerimaan TPT. Selama tubuh dipersepsikan normal, kontak serumah sulit memandang dirinya sebagai kelompok yang membutuhkan terapi

pencegahan, meskipun secara medis mereka termasuk kelompok berisiko.

c. Durasi pengobatan dianggap terlalu lama

Hambatan lain yang sangat menonjol adalah anggapan bahwa pengobatan TPT berlangsung terlalu lama. Banyak informan merasa berat membayangkan harus minum obat secara rutin dalam waktu berbulan-bulan, terutama ketika mereka masih sehat dan tidak merasakan gejala. Regimen yang panjang membuat TPT dipersepsikan sebagai beban yang sulit dijalani.

IU-3 menyampaikan secara langsung bahwa ia memahami manfaat TPT, tetapi menolak karena lamanya durasi pengobatan. Informan mengatakan:

“Saya tahu manfaatnya untuk mencegah, tapi saya tidak mau karena jangka waktunya lama.” (IU-3)

IU-9 juga menunjukkan hal yang sama. Informan menyatakan:

“Saya takut efek samping dan berat kalau harus minum 6 bulan.” (IU-9)

Pada IU-5, keberatan terhadap terapi jangka panjang juga tampak karena dirinya merasa sehat dan sulit menerima gagasan harus minum obat setiap hari dalam waktu lama. IU-8 pun menunjukkan kekhawatiran serupa karena membayangkan pengobatan yang panjang dan pengalaman ayahnya yang harus menjalani terapi berulang.

Petugas puskesmas menegaskan bahwa durasi terapi memang sering menjadi alasan penolakan. IK-3 menyampaikan:

“Alasan paling sering adalah takut efek samping obat, merasa berat harus minum obat secara rutin dalam jangka panjang.” (IK-3)

IK-2 juga menjelaskan bahwa pasien dan keluarga lebih menyukai regimen yang lebih singkat dan lebih praktis. Informan mengatakan:

“Pasien biasanya lebih menginginkan regimen 3HP.” (IK-2)

Dari sisi kader, keberatan terhadap durasi lama juga sangat jelas. IP-3 menyebut bahwa salah satu kalimat yang paling sering muncul dari

masyarakat adalah:

“Saya sehat, kenapa harus minum obat 6 bulan.” (IP-3)

Sementara itu, IP-1 menjelaskan bahwa warga sering menanyakan kemungkinan obat diminum seminggu sekali atau bahkan lebih jarang, yang menunjukkan keberatan terhadap terapi harian jangka panjang .

Temuan ini menunjukkan bahwa lamanya durasi pengobatan menjadi hambatan yang kuat dalam penerimaan TPT. Semakin panjang terapi dipersepsikan, semakin besar kemungkinan keluarga merasa berat, ragu, dan akhirnya menolak menerima pengobatan pencegahan.

d. Malu atau takut dianggap menderita TB

Selain hambatan yang bersifat fisik dan medis, hasil wawancara juga menunjukkan adanya hambatan sosial berupa rasa malu atau takut dianggap menderita TB. Hambatan ini muncul karena TB masih dipersepsikan secara negatif di masyarakat, sehingga menerima TPT kadang dikhawatirkan akan memunculkan anggapan bahwa seseorang juga sedang sakit TB.

IU-1 secara terbuka menyatakan bahwa rasa malu menjadi salah satu pertimbangan yang ia rasakan. Informan mengatakan:

“Ada, karena takut diejek.” (IU-1)

IU-7 juga mengakui adanya rasa malu walaupun bukan menjadi alasan utama. Informan menyampaikan:

“Iya, ada juga. Takut disangka sakit TB.” (IU-7)

Dari sisi petugas, hambatan sosial ini juga terlihat cukup kuat. IK-1 menjelaskan bahwa di masyarakat masih ada yang memandang TB sebagai aib. Informan mengatakan:

“Sebagian masyarakat masih menganggap TB sebagai aib.” (IK-1)

Petugas yang sama juga menambahkan bahwa masih ada pasien yang tidak percaya dirinya sakit TB dan justru mencari pengobatan alternatif, yang menunjukkan adanya tekanan sosial dan stigma terhadap penyakit ini . Kader juga menemukan kondisi serupa di lapangan. IP-3 menjelaskan

bahwa ada keluarga yang kurang nyaman jika terlalu sering didatangi petugas karena takut tetangga mengetahui ada masalah TB di rumah mereka . IP-1 juga menyebut bahwa di masyarakat masih ada pemahaman yang salah dan tafsir nonmedis terhadap TB, sehingga keluarga cenderung berhati-hati dalam menampilkan masalah kesehatannya di lingkungan sosial .

Temuan ini menunjukkan bahwa rasa malu dan takut dianggap menderita TB menjadi hambatan sosial yang memengaruhi penerimaan TPT. Hambatan ini penting karena menunjukkan bahwa keputusan menerima atau menolak TPT tidak hanya dipengaruhi oleh persepsi terhadap obat, tetapi juga oleh bagaimana masyarakat memandang penyakit TB.

e. Sulit datang ke puskesmas atau mengambil obat

Hambatan lain yang juga muncul dari hasil wawancara adalah kesulitan datang ke puskesmas atau mengambil obat. Hambatan ini tidak selalu hanya terkait jarak, tetapi juga berkaitan dengan tidak adanya kendaraan, tidak ada yang mengantar, usia lanjut, serta keterbatasan keluarga dalam membantu proses pengobatan. Kondisi ini membuat TPT terasa semakin berat, terutama bagi keluarga yang sebenarnya tidak sepenuhnya menolak tetapi menghadapi kendala praktis dalam menjalani program.

Pada kelompok informan utama, hambatan akses tampak pada informan yang menjelaskan bahwa datang ke puskesmas bukan hal yang mudah bila harus dilakukan berulang, apalagi setelah bekerja seharian. Salah satu informan menyampaikan:

“Sebenarnya tidak. Tetapi kadang saya malas.” (IU-4)

Walaupun jarak bukan selalu masalah utama, keterbatasan tenaga, waktu, dan kebiasaan datang ke layanan tetap memengaruhi keputusan keluarga. Pada IU-1, biaya langsung memang bukan alasan penolakan, tetapi ia sempat memikirkan kemungkinan kebutuhan tambahan selama pengobatan, yang menunjukkan bahwa akses layanan tetap menjadi pertimbangan praktis .

Dari sisi petugas dan kader, kendala ini terlihat lebih jelas. IK-3

menjelaskan bahwa beberapa pasien mengeluh soal transportasi. Informan mengatakan:

“Ada beberapa pasien yang mengeluh soal transportasi.” (IK-3)

Kader juga menjelaskan hambatan yang sama. IP-2 menyebut bahwa ada keluarga yang rumahnya jauh dan tidak ada yang mengantar ke puskesmas. Informan mengatakan:

“Selain itu ada juga yang menolak karena rumahnya jauh, tidak ada yang mengantar ke puskesmas, atau karena sudah tua dan tidak ada yang mengambilkan obat.” (IP-2)

IP-1 juga menjelaskan bahwa dalam beberapa kasus, keluarga baru lebih terbuka menerima TPT bila obat bisa dibantu diambilkan atau diantarkan. Informan menyampaikan bahwa ketika ada kendala akses, dirinya kadang membantu pengantaran obat ke rumah pasien. Hal ini menunjukkan bahwa masalah pengambilan obat merupakan hambatan nyata, tetapi bisa berkurang bila ada dukungan lapangan.

Temuan ini menunjukkan bahwa kesulitan datang ke puskesmas atau mengambil obat menjadi hambatan praktis dalam penerimaan TPT. Kendala akses seperti transportasi, kendaraan, usia, dan kurangnya pendampingan keluarga membuat terapi pencegahan terasa lebih berat dijalani, sehingga keluarga cenderung ragu atau menolak memulai pengobatan.

4.8 Isyarat untuk Bertindak dalam Penerimaan TPT

Tema ini menggambarkan faktor-faktor yang mendorong seseorang untuk mempertimbangkan atau menerima TPT. Hasil wawancara menunjukkan bahwa keputusan untuk menerima TPT umumnya tidak muncul secara spontan, tetapi dipengaruhi oleh adanya dorongan dari luar, seperti edukasi dari petugas puskesmas, kunjungan rumah oleh kader, dan penjelasan yang dilakukan berulang kali. Faktor-faktor ini berfungsi sebagai pemicu yang membantu kontak serumah memahami pentingnya pencegahan dan mulai mempertimbangkan terapi.

a. Edukasi dari petugas puskesmas

Edukasi dari petugas puskesmas menjadi salah satu isyarat penting yang mendorong informan untuk memahami TPT dan mempertimbangkan penerimaannya. Petugas puskesmas dipersepsikan memiliki pengetahuan yang lebih meyakinkan, sehingga penjelasan dari mereka cenderung lebih dipercaya keluarga pasien.

Salah satu informan menyampaikan bahwa ia pernah diberi penjelasan oleh petugas mengenai fungsi obat pencegahan. Informan mengatakan:

“Saya tahu manfaatnya untuk pencegahan.” (IU-1)

Informan lain juga menunjukkan bahwa pengetahuan tentang TPT diperoleh dari penjelasan petugas. IU-5 mengatakan:

“Iya, memberi pengarahan. Kami juga disuruh periksa dahak dulu.” (IU-5)

IU-8 menjelaskan bahwa ia mengetahui obat itu bukan untuk mengobati TB aktif, tetapi sebagai pencegahan setelah mendapatkan penjelasan. Informan mengatakan:

“Katanya dari kader itu hanya obat pencegahan, semacam vitamin saja, bukan seperti obat yang diminum bapak.” (IU-8)

Dari sisi petugas, edukasi memang dipandang sebagai strategi utama. IK-1 menyatakan:

“Setiap ada pasien, saya biasanya minta keluarganya ikut untuk saya edukasi tentang fungsi TPT.” (IK-1)

Petugas lain juga menekankan bahwa edukasi diberikan agar kontak erat memahami pentingnya pencegahan sebelum sakit menjadi berat. IK-2 mengatakan:

“Caranya dengan edukasi dan memberikan gambaran bahwa jika sampai terkena TB, penyakitnya bisa menjadi parah.” (IK-2)

IK-3 menjelaskan bahwa edukasi dilakukan secara lebih sistematis, mulai dari investigasi kontak, skrining, sampai konseling kepada keluarga. Informan mengatakan:

“Setelah itu dilakukan edukasi tentang TB laten, manfaat TPT, pelurusan mitos, dan penjelasan bahwa TPT bukan obat untuk orang sakit TB, melainkan obat pencegahan bagi yang sehat tetapi berisiko.” (IK-3)

Dari hasil tersebut dapat dipahami bahwa edukasi dari petugas puskesmas berfungsi sebagai isyarat awal yang penting dalam membentuk pemahaman informan mengenai TPT. Namun, efektivitasnya tetap bergantung pada kejelasan penjelasan dan kemampuan petugas menjawab kekhawatiran keluarga.

b. Kunjungan rumah oleh kader TB/ILS

Kunjungan rumah oleh kader TB/ILS juga menjadi isyarat yang penting dalam penerimaan TPT. Kader memiliki kedekatan dengan masyarakat dan dapat menjangkau keluarga pasien secara langsung di rumah. Kunjungan ini memungkinkan proses edukasi dilakukan dengan lebih personal dan sesuai dengan konteks kehidupan keluarga.

Salah satu informan utama menyampaikan bahwa kader sering datang ke rumah untuk memberi penjelasan. Informan mengatakan:

“Ya, sering bolak-balik.” (IU-1)

Walaupun pada akhirnya informan tetap menolak TPT, kunjungan kader tetap menjadi bentuk pendampingan yang nyata. Dari sisi kader, IP-1 menjelaskan bahwa dirinya terlibat setiap ada pasien TB positif. Informan mengatakan:

“Setiap ada pasien TB yang positif.” (IP-1)

IP-2 juga menyatakan bahwa frekuensi kunjungan disesuaikan dengan data pasien yang masuk dari ILS. Informan mengatakan:

“Tergantung pada data pasien yang masuk dari ILS.” (IP-2)

Kader lain menggambarkan frekuensi kunjungan yang cukup sering. IP-3 menjelaskan:

“Dalam satu bulan bisa sekitar 5–6 kali, bahkan bulan ini sampai 7 kali. Saya turun kalau ada data dari ILS.” (IP-3)

Petugas juga mengonfirmasi pentingnya kunjungan rumah ini. IK-3 menyebut bahwa dalam program TPT, pendekatan terintegrasi dilakukan melalui kunjungan rumah, pendataan anggota keluarga, skrining, dan konseling. Hal ini menunjukkan bahwa kunjungan rumah menjadi salah satu cara utama untuk menjangkau keluarga pasien dan membangun pemahaman mereka mengenai TPT.

Temuan ini menunjukkan bahwa kunjungan rumah oleh kader TB/ILS berfungsi sebagai isyarat untuk bertindak karena memberi ruang bagi keluarga untuk menerima informasi secara lebih dekat, berulang, dan sesuai dengan situasi rumah tangga mereka.

c. Dukungan dan dorongan keluarga

Hasil wawancara juga menunjukkan bahwa dukungan dan dorongan dari keluarga dapat memengaruhi kesediaan seseorang dalam menerima TPT. Dukungan ini dapat berupa saran, ajakan, perhatian, atau keterlibatan anggota keluarga lain dalam proses pengambilan keputusan. Pada beberapa informan, dukungan keluarga menjadi faktor yang mendorong mereka untuk mempertimbangkan terapi. Namun pada informan lain, ketiadaan dukungan membuat keputusan lebih banyak didasarkan pada pertimbangan pribadi.

Salah satu informan menyatakan bahwa dirinya pernah mendapat dorongan untuk menerima TPT. Informan mengatakan:

“Ada, tetangga sempat menyarankan supaya saya mau minum obat.” (IU-1)

Pada informan lain, dorongan datang dari pasangan. Informan menyampaikan:

“Ada yang mendorong, yaitu istri.” (IU-9)

Sebaliknya, ada juga informan yang mengatakan bahwa keputusan lebih banyak diambil sendiri karena tidak ada pihak yang secara khusus mendorong. Salah satu informan menyatakan:

“Tidak ada.” (IU-3)

Informan lain juga menyampaikan hal yang sama, bahwa tidak ada keluarga maupun orang sekitar yang secara khusus mendorong atau menghalanginya. Informan mengatakan:

“Tidak ada.” (IU-7)

Dari sisi kader, dukungan keluarga dipandang penting dalam membantu mengubah keputusan keluarga yang awalnya menolak. Salah satu kader menjelaskan bahwa ketika ada penolakan, dirinya mencoba melibatkan anggota keluarga lain dalam diskusi. Informan mengatakan:

“Kadang saya juga melibatkan keluarga lain untuk ikut berdiskusi.” (IP-1)

Kader lain juga menyampaikan bahwa penjelasan kepada lebih dari satu anggota keluarga dapat membantu membuat keluarga lebih terbuka terhadap TPT. Informan mengatakan:

“Saya juga pernah melibatkan keluarga lain dalam diskusi.” (IP-2)

Petugas kesehatan juga melihat bahwa dukungan keluarga berperan dalam menentukan keputusan akhir. Salah satu petugas menjelaskan bahwa dalam edukasi, keluarga pasien diikutsertakan agar dapat memahami fungsi TPT bersama-sama. Informan mengatakan:

“Saya biasanya minta keluarganya ikut untuk saya edukasi tentang fungsi TPT.” (IK-1)

Temuan ini menunjukkan bahwa dukungan dan dorongan keluarga menjadi salah satu isyarat penting dalam penerimaan TPT. Ketika keluarga terlibat aktif dalam memberi dukungan, keputusan menerima terapi cenderung lebih mungkin terbentuk. Sebaliknya, ketika keluarga pasif atau tidak berfungsi sebagai penguat keputusan, maka kontak serumah lebih sering bertahan pada keraguan atau penolakan.

d. Kemudahan pengambilan obat

Hasil wawancara menunjukkan bahwa kemudahan dalam mengambil obat menjadi salah satu faktor yang dapat mendorong penerimaan TPT. Bagi

sebagian keluarga, keputusan menerima terapi pencegahan tidak hanya dipengaruhi oleh manfaat obat, tetapi juga oleh seberapa mudah obat tersebut diperoleh. Ketika pengambilan obat dipersepsikan mudah, keluarga cenderung lebih terbuka. Sebaliknya, bila harus datang sendiri ke puskesmas dalam kondisi jauh, tidak ada kendaraan, atau tidak ada yang membantu, minat untuk menerima terapi menjadi menurun.

Dari sisi kader, kemudahan pengambilan obat terlihat sebagai hal yang cukup penting di lapangan. IP-1 menjelaskan bahwa dalam situasi tertentu dirinya dapat membantu mengantarkan obat ke rumah. Informan mengatakan:

“Kalau cuma TPT, saya yang kadang mengantarkan ke rumah.”

(IP-1)

Pernyataan ini menunjukkan bahwa bantuan dalam distribusi obat dapat mempermudah keluarga menjalani terapi. Kader lain juga menegaskan bahwa hambatan akses sering kali menjadi alasan keluarga menolak. IP-2 mengatakan:

“Selain itu ada juga yang menolak karena rumahnya jauh, tidak ada yang mengantar ke puskesmas, atau karena sudah tua dan tidak ada yang mengambilkan obat.” (IP-2)

Dari sisi petugas, faktor transportasi juga diakui sebagai kendala. IK-3 menjelaskan:

“Ada beberapa pasien yang mengeluh soal transportasi.” (IK-3)

Temuan ini menunjukkan bahwa apabila pengambilan obat dibuat lebih mudah, misalnya melalui bantuan kader atau sistem yang lebih fleksibel, maka peluang keluarga untuk menerima TPT menjadi lebih besar. Dengan demikian, kemudahan pengambilan obat berfungsi sebagai salah satu isyarat yang dapat mendorong keluarga untuk lebih siap menjalani terapi pencegahan.

4.9 Efikasi Diri dalam Menjalani TPT

Tema ini menggambarkan keyakinan informan terhadap kemampuannya menjalani terapi pencegahan sampai selesai. Hasil wawancara menunjukkan

bahwa efikasi diri informan tidak seragam. Sebagian informan merasa sebenarnya mampu menjalani TPT bila ada dukungan dan bila kondisi tubuh memungkinkan. Namun, sebagian lain ragu apakah dapat menjalani terapi dalam jangka panjang, terutama karena membayangkan efek samping, durasi pengobatan, dan kesulitan menjaga keteraturan minum obat.

a. Merasa mampu jika efek samping tidak berat

Efikasi diri informan juga dipengaruhi oleh bagaimana mereka memandang kemungkinan efek samping obat. Sebagian informan memperlihatkan bahwa keyakinan untuk menjalani terapi akan lebih besar bila mereka yakin efek samping yang muncul tidak berat dan masih dapat ditoleransi. Sebaliknya, ketika efek samping dibayangkan berat, keyakinan diri untuk memulai dan melanjutkan terapi menjadi menurun.

IU-5 menunjukkan hal ini dengan cukup jelas. Informan menyatakan bahwa ia tidak yakin dapat menyelesaikan pengobatan sampai tuntas karena kondisi tubuhnya tidak kuat. Ketika ditanya apakah ia bisa menjalani terapi, informan menjawab:

“Sepertinya tidak bisa.” (IU-5)

Ketika diminta menjelaskan alasannya, ia mengatakan:

“Karena kondisi saya lemah, saya juga punya asam lambung. Kadang kalau minum obat saya merasa mual.” (IU-5)

Pernyataan ini menunjukkan bahwa kemampuan menjalani terapi sangat tergantung pada bagaimana tubuh merespons obat. IU-1 juga memperlihatkan kondisi serupa. Informan tidak sepenuhnya menolak manfaat TPT, tetapi rasa takut terhadap efek obat saat hamil membuat dirinya belum merasa mampu memulai terapi. IU-9 pun menunjukkan pola yang sama, yaitu keyakinan bahwa dirinya bisa minum obat bila diperlukan, tetapi rasa takut terhadap efek seperti yang dialami istrinya membuat dirinya belum siap memulai terapi.

Dari sisi petugas, hal ini juga terlihat sebagai tantangan utama. IK-1 menyebut bahwa keluarga banyak yang membayangkan efek obat seperti mual, muntah, dan lemas, sehingga sebelum memulai terapi mereka sudah

merasa tidak akan kuat menjalaninya . IK-3 juga menegaskan bahwa rasa takut terhadap efek obat sering kali membuat keluarga ragu sejak awal . Kader pun melihat pola yang sama. IP-3 menyebut bahwa warga sering bertanya:

“Nanti kalau minum TPT itu ada keluhan nggak? Kayak badannya sakit-sakit, kayak gatal-gatel gitu.” (IP-3)

Temuan ini menunjukkan bahwa keyakinan untuk menjalani TPT akan lebih kuat apabila informan merasa efek samping obat tidak berat. Artinya, efikasi diri dalam penelitian ini sangat berkaitan dengan persepsi terhadap keamanan terapi.

b. Ragu mampu minum obat dalam jangka panjang

Selain persoalan efek samping, hasil wawancara juga menunjukkan bahwa sebagian informan ragu apakah dirinya mampu minum obat dalam jangka panjang. Keraguan ini terutama berkaitan dengan lamanya durasi terapi dan komitmen untuk mempertahankan minum obat secara terus-menerus dalam keadaan masih sehat.

IU-5 merupakan salah satu informan yang secara jelas menunjukkan keraguan tersebut. Selain mengatakan *“Sepertinya tidak bisa”* saat ditanya tentang kemungkinan menjalani terapi, ia juga menjelaskan bahwa kondisi tubuhnya membuat dirinya tidak yakin mampu bertahan dalam pengobatan jangka panjang . IU-3 juga menunjukkan bentuk keraguan ini, walaupun lebih menekankan pada lama terapi. Informan mengatakan:

“Saya tahu manfaatnya untuk mencegah, tapi saya tidak mau karena jangka waktunya lama.” (IU-3)

IU-9 pun menggambarkan keberatan yang sama. Informan mengatakan:

“Saya takut efek samping dan berat kalau harus minum 6 bulan.”
(IU-9)

Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa durasi terapi yang panjang melemahkan keyakinan informan untuk memulai dan menjalani terapi sampai selesai.

Petugas juga mengamati hal yang sama di lapangan. IK-3 menjelaskan bahwa alasan penolakan yang paling sering adalah karena masyarakat merasa berat harus minum obat secara rutin dalam waktu lama, padahal mereka masih sehat . IK-2 juga menunjukkan bahwa ketertarikan masyarakat terhadap regimen yang lebih singkat mencerminkan keraguan mereka terhadap kemampuan menjalani terapi panjang . Dari sisi kader, IP-3 menyatakan bahwa pertanyaan yang sering muncul adalah mengapa orang sehat harus minum obat selama enam bulan, yang secara tidak langsung menunjukkan keraguan masyarakat terhadap kemampuannya sendiri menjalani terapi sampai tuntas .

Temuan ini menunjukkan bahwa sebagian informan ragu mampu minum obat dalam jangka panjang. Lamanya terapi membuat efikasi diri menjadi lemah, terutama pada keluarga yang tidak terbiasa dengan pengobatan harian atau masih memandang dirinya dalam kondisi sehat.

4.10 Faktor-faktor yang Memodifikasi Penerimaan atau Penolakan TPT

Tema ini menggambarkan faktor luar yang memengaruhi keputusan informan menerima atau menolak TPT. Hasil wawancara menunjukkan bahwa keputusan tersebut tidak hanya dipengaruhi oleh persepsi pribadi terhadap penyakit dan obat, tetapi juga oleh faktor usia, pendidikan, serta pekerjaan dan kesibukan harian. Faktor-faktor ini memengaruhi cara informan memahami informasi, menilai kemampuannya menjalani terapi, dan mempertimbangkan apakah TPT sesuai dengan kondisi hidupnya.

a. Usia lanjut memengaruhi keputusan menerima terapi

Usia menjadi salah satu faktor yang memengaruhi keputusan menerima terapi. Pada kelompok usia lanjut, hambatan biasanya berkaitan dengan keterbatasan fisik, ketergantungan pada orang lain, dan kesulitan mengakses layanan kesehatan. Dalam beberapa kasus, keluarga yang sudah tua dipersepsikan lebih sulit diyakinkan atau lebih sulit menjalani terapi karena tidak ada yang mendampingi.

Dari sisi kader, faktor usia ini muncul cukup jelas. Salah satu kader menjelaskan bahwa orang yang sudah sepuh termasuk kelompok yang sulit diyakinkan menerima TPT. Informan mengatakan:

“Yang paling sulit adalah orang yang sudah sepuh.” (IP-2)

Kader lain juga menyatakan bahwa lansia sering kali menjadi kelompok yang sulit diyakinkan. Informan mengatakan:

“Lansia juga kadang sulit diyakinkan.” (IP-1)

Selain dari sisi penerimaan, usia lanjut juga berkaitan dengan kemampuan mengakses obat. IP-2 menjelaskan bahwa ada keluarga yang menolak karena tidak ada yang dapat membantu mengambilkan obat untuk anggota keluarga yang sudah tua. Informan menyatakan:

“Selain itu ada juga yang menolak karena rumahnya jauh, tidak ada yang mengantar ke puskesmas, atau karena sudah tua dan tidak ada yang mengambilkan obat.” (IP-2)

Temuan ini menunjukkan bahwa usia lanjut memodifikasi keputusan menerima terapi bukan hanya dari sisi pemahaman, tetapi juga dari sisi keterbatasan fisik dan ketergantungan pada dukungan orang lain. Semakin lanjut usia subjek, semakin besar kemungkinan penerimaan TPT dipengaruhi oleh kebutuhan pendampingan dan kemudahan akses layanan.

b. Pendidikan memengaruhi cara memahami informasi kesehatan

Pendidikan juga memengaruhi cara informan memahami informasi kesehatan, termasuk informasi tentang TB dan TPT. Namun dalam penelitian ini, pengaruh pendidikan tidak selalu sederhana. Pada beberapa kasus, pendidikan yang lebih rendah berkaitan dengan keterbatasan pemahaman. Di sisi lain, beberapa kader menilai bahwa orang yang merasa lebih tahu atau memiliki latar pendidikan tertentu justru lebih kritis dan lebih sulit diyakinkan. Pada kelompok informan utama, variasi pemahaman ini tampak dari perbedaan cara memahami TPT. Salah satu informan menyampaikan bahwa yang ia ketahui hanya orang sakit yang mendapat obat. Informan mengatakan:

“Saya tahunya yang diberi obat hanya yang sakit saja.” (IU-6)

Pernyataan ini menunjukkan bahwa pemahaman mengenai fungsi TPT belum sepenuhnya utuh. Dari sisi kader, hubungan antara pendidikan dan cara menerima informasi juga tampak cukup jelas. Salah satu kader menjelaskan bahwa kadang orang yang merasa lebih pintar justru lebih sulit diyakinkan. Informan mengatakan:

“Menurut saya, yang sulit sering kali orang yang merasa lebih pintar, yang pendidikannya lebih tinggi, atau yang ekonominya lebih mapan.” (IP-1)

Kader lain juga menyinggung bahwa kelompok tertentu lebih percaya pada tenaga kesehatan formal daripada pada kader. Informan mengatakan:

“Yang paling sulit adalah orang yang sudah sepuh, pendidikan rendah atau tidak sekolah, dan juga kadang orang dengan pekerjaan tertentu seperti PNS. Ada juga yang sulit karena merasa kader tidak cukup meyakinkan bila dibanding bidan atau petugas kesehatan.” (IP-2)

Temuan ini menunjukkan bahwa pendidikan memodifikasi penerimaan atau penolakan TPT karena memengaruhi cara seseorang memahami informasi kesehatan dan menentukan siapa yang dianggap sebagai sumber informasi yang kredibel. Pendidikan yang lebih rendah dapat membatasi pemahaman, sedangkan pendidikan yang lebih tinggi atau rasa “lebih tahu” tidak selalu membuat penerimaan menjadi lebih baik.

c. Pekerjaan dan kesibukan harian menjadi pertimbangan

Pekerjaan dan kesibukan harian juga menjadi faktor yang memengaruhi keputusan menerima atau menolak TPT. Bagi sebagian informan, terapi pencegahan dipersepsikan sebagai tambahan beban di tengah rutinitas kerja yang sudah padat. Kondisi ini membuat mereka mempertimbangkan apakah terapi dapat dijalani secara teratur tanpa mengganggu aktivitas sehari-hari.

Pada kelompok informan utama, hal ini tampak jelas pada informan yang

bekerja sebagai petani. Informan menjelaskan:

“Ada, karena saya bekerja sebagai petani. Saya harus terus ke lahan, jadi capek dan kadang malas ke puskesmas.” (IU-4)

Pernyataan ini menunjukkan bahwa pekerjaan memengaruhi kesiapan untuk datang ke layanan kesehatan maupun menjalani pengobatan yang membutuhkan komitmen. Dari sisi kader, kesibukan harian juga sering muncul sebagai alasan penolakan. Salah satu kader mengatakan:

“Yang paling sering menolak itu karena takut efek samping, apalagi kalau mereka bekerja.” (IP-1)

Kader lain juga menjelaskan bahwa pekerjaan sehari-hari membuat keluarga khawatir akan sulit menjaga keteraturan pengobatan. Informan mengatakan:

“Paling alasannya kayak gitu. Kita sibuk, kita kerjanya, alasannya ya kita sehariannya kerja, nanti jadi lupa minum.” (IP-3)

Dari sisi petugas, pekerjaan juga dipandang sebagai salah satu hambatan nyata dalam pelaksanaan program. IK-3 menjelaskan bahwa tantangan dalam memantau kepatuhan cukup kompleks, termasuk karena adanya *“kesibukan kerja pasien”*.

Temuan ini menunjukkan bahwa pekerjaan dan kesibukan harian memodifikasi penerimaan TPT dengan cara membuat terapi dipersepsikan sebagai beban tambahan yang harus disisipkan ke dalam rutinitas hidup. Semakin padat aktivitas harian, semakin besar kemungkinan seseorang merasa terapi sulit dijalani secara teratur.

d. Dukungan keluarga memengaruhi keputusan akhir

Hasil wawancara menunjukkan bahwa dukungan keluarga ikut memengaruhi keputusan akhir kontak serumah dalam menerima atau menolak TPT. Keputusan tersebut tidak selalu diambil secara individual, tetapi sering kali dipengaruhi oleh ada atau tidaknya dorongan dari orang terdekat, terutama pasangan dan anggota keluarga lain. Pada beberapa informan, dukungan keluarga menjadi penguat untuk mempertimbangkan

terapi, meskipun belum selalu langsung berujung pada penerimaan.

Salah satu informan menyampaikan bahwa ada dorongan dari orang terdekat untuk menerima TPT. Informan mengatakan:

“Ada yang mendorong, yaitu istri.” (IU-9)

Pada informan lain, dorongan untuk menerima terapi tidak datang dari keluarga inti, tetapi dari orang sekitar yang dekat dengan kehidupan sehari-harinya. Informan mengatakan:

“Ada, tetangga sempat menyarankan supaya saya mau minum obat.” (IU-1)

Namun, tidak semua informan merasakan dukungan semacam itu. Beberapa informan justru mengatakan bahwa tidak ada pihak yang secara khusus mendorong atau menghalangi keputusan mereka. Salah satu informan menyatakan:

“Tidak ada.” (IU-3)

Hal serupa juga diungkapkan oleh informan lain yang mengatakan:

“Tidak ada.” (IU-7)

Dari sisi kader, dukungan keluarga dianggap penting untuk membantu mengubah keputusan keluarga yang awalnya menolak. Salah satu kader menjelaskan bahwa ketika ada kontak serumah yang belum bersedia, ia berusaha melibatkan keluarga lain dalam pembicaraan. Informan mengatakan:

“Kadang saya juga melibatkan keluarga lain untuk ikut berdiskusi.” (IP-1)

Kader lain juga menunjukkan pola yang sama. Informan mengatakan:

“Saya juga pernah melibatkan keluarga lain dalam diskusi.” (IP-2)

Petugas kesehatan juga melihat bahwa keluarga harus diikutsertakan dalam proses edukasi agar keputusan tidak hanya dibebankan pada satu orang saja. Salah satu petugas menyampaikan:

“Saya biasanya minta keluarganya ikut untuk saya edukasi tentang fungsi TPT.” (IK-1)

Temuan ini menunjukkan bahwa dukungan keluarga memengaruhi keputusan akhir dalam menerima atau menolak TPT. Ketika keluarga ikut terlibat dan memberi dorongan, peluang menerima terapi menjadi lebih besar. Sebaliknya, ketika keluarga pasif atau tidak berfungsi sebagai sumber dukungan, keputusan lebih banyak bergantung pada persepsi pribadi informan.

e. Peran kader memengaruhi penerimaan masyarakat

Hasil wawancara menunjukkan bahwa kader memiliki peran penting dalam memengaruhi penerimaan masyarakat terhadap TPT. Kader berfungsi sebagai penghubung antara puskesmas dan keluarga pasien, terutama melalui kunjungan rumah, edukasi, bujukan, pelaporan hasil investigasi, dan dalam beberapa kasus membantu pengambilan atau pengantaran obat. Kehadiran kader membuat informasi tentang TPT lebih dekat dengan keluarga pasien.

Salah satu kader menjelaskan bahwa dirinya terlibat setiap ada pasien TB positif. Informan mengatakan:

“Setiap ada pasien TB yang positif.” (IP-1)

Kader lain juga menjelaskan bahwa frekuensi keterlibatannya mengikuti data pasien yang masuk dari ILS. Informan menyatakan:

*“Tergantung pada **data** pasien yang masuk dari ILS.” (IP-2)*

Sementara itu, kader lain menunjukkan bahwa keterlibatannya cukup intens. Informan mengatakan:

“Dalam satu bulan bisa sekitar 5–6 kali, bahkan bulan ini sampai 7 kali. Saya turun kalau ada data dari ILS.” (IP-3)

Dari sisi pengalaman di lapangan, kader juga menggambarkan bahwa mereka tidak hanya datang sekali, tetapi berusaha terus membujuk keluarga yang masih ragu. Salah satu kader mengatakan:

“Saya membujuk mereka agar datang ke puskesmas dan menjelaskan bahwa TPT penting agar tetap sehat.” (IP-2)

Kader lain menambahkan bahwa saat keluarga menolak, ia tetap datang

lagi dan mencoba menjelaskan ulang. Informan mengatakan:

“Saya tetap menjelaskan tentang cara minum obat, keteraturannya, dan cara mencegah agar tidak tertular.” (IP-1)

Dari sisi informan utama, peran kader juga terlihat cukup nyata. Salah satu informan menyampaikan bahwa kader memang sering datang ke rumah. Informan mengatakan:

“Ya, sering bolak-balik.” (IU-1)

Petugas puskesmas juga mengakui pentingnya posisi kader di lapangan. Salah satu petugas menjelaskan bahwa kader lebih sering melakukan kunjungan dibanding petugas, sehingga dapat membantu menyampaikan informasi kepada keluarga pasien. Informan mengatakan:

“Kader juga diberi edukasi sedikit demi sedikit agar bisa membantu menyalurkan informasi kepada keluarga pasien, karena kader lebih sering melakukan kunjungan dibanding petugas.” (IK-3)

Temuan ini menunjukkan bahwa peran kader memengaruhi penerimaan masyarakat terhadap TPT. Melalui kunjungan, bujukan, dan komunikasi yang dekat dengan keluarga, kader membantu membuka ruang agar keluarga pasien lebih mengenal dan mempertimbangkan terapi pencegahan.

f. Kepercayaan masyarakat terhadap petugas kesehatan lebih tinggi dibanding kader

Walaupun kader berperan penting di lapangan, hasil wawancara menunjukkan bahwa tingkat kepercayaan masyarakat terhadap petugas kesehatan formal cenderung lebih tinggi dibanding terhadap kader. Dalam beberapa kasus, penjelasan kader saja belum cukup untuk membuat keluarga yakin, dan keluarga baru menunjukkan perubahan sikap ketika informasi disampaikan langsung oleh petugas puskesmas atau bidan.

Kader sendiri mengakui hal ini. Salah satu kader menyampaikan bahwa ada kelompok tertentu yang lebih sulit diyakinkan jika penjelasan hanya datang dari kader. Informan mengatakan:

“Ada juga yang sulit karena merasa kader tidak cukup meyakinkan bila dibanding bidan atau petugas kesehatan.” (IP-2)

Kader lain juga menjelaskan bahwa keluarga yang awalnya tidak bersedia justru berubah setelah kunjungan dilakukan bersama petugas kesehatan. Informan mengatakan:

“Ada pasien yang awalnya tidak mau, tetapi setelah kami datang bersama petugas puskesmas dan bidan, mereka akhirnya mau menerima TPT.” (IP-3)

Petugas puskesmas pun menunjukkan bahwa edukasi langsung dari tenaga kesehatan memang menjadi bagian penting dari program. Salah satu petugas menjelaskan:

“Setiap ada pasien, saya biasanya minta keluarganya ikut untuk saya edukasi tentang fungsi TPT.” (IK-1)

Petugas lain juga menjelaskan bahwa edukasi dilakukan melalui investigasi kontak, skrining, dan konseling agar keluarga memahami manfaat TPT secara lebih lengkap. Informan mengatakan:

“Biasanya kami menggunakan pendekatan terintegrasi yang melibatkan investigasi kontak, skrining, dan konseling.” (IK-3)

Temuan ini menunjukkan bahwa kepercayaan masyarakat terhadap petugas kesehatan lebih tinggi dibanding kader. Kader tetap penting sebagai ujung tombak di lapangan, tetapi pada kasus-kasus tertentu legitimasi dari petugas kesehatan formal diperlukan agar keluarga merasa lebih yakin dalam mengambil keputusan menerima TPT.

g. Stigma sosial terhadap TB masih berpengaruh

Hasil wawancara menunjukkan bahwa stigma sosial terhadap TB masih berpengaruh dalam keputusan menerima atau menolak TPT. Walaupun tidak selalu muncul sebagai alasan utama, stigma tampak dalam bentuk rasa malu, takut diejek, takut disangka sakit TB, serta kekhawatiran bila lingkungan mengetahui ada kasus TB di rumah. Dalam konteks ini, TPT tidak hanya dipertimbangkan sebagai keputusan kesehatan, tetapi juga

sebagai tindakan yang dapat menimbulkan konsekuensi sosial.

Salah satu informan menyampaikan bahwa dirinya merasakan adanya rasa malu. Informan mengatakan:

“Ada, karena takut diejek.” (IU-1)

Informan lain juga mengakui adanya rasa malu meskipun bukan alasan utama. Informan mengatakan:

“Iya, ada juga. Takut disangka sakit TB.” (IU-7)

Dari sisi petugas, stigma ini juga tampak cukup kuat di masyarakat. Salah satu petugas menjelaskan:

“Sebagian masyarakat masih menganggap TB sebagai aib.” (IK-1)

Petugas yang sama juga menyebut bahwa masih ada masyarakat yang tidak percaya dirinya sakit TB dan memilih pergi ke pengobatan alternatif terlebih dahulu. Dari sisi kader, stigma juga terlihat dalam perilaku keluarga yang khawatir terlihat oleh tetangga. Salah satu kader menyampaikan bahwa ada keluarga yang kurang nyaman bila petugas datang ke rumah karena takut diketahui lingkungan sekitar. Kader lain juga menyebut bahwa masyarakat masih ada yang menafsirkan gejala TB secara nonmedis, seperti santet, sebelum akhirnya memeriksakan diri.

Temuan ini menunjukkan bahwa stigma sosial terhadap TB masih berpengaruh dalam penerimaan TPT. Rasa malu, takut dicap, dan kekhawatiran terhadap pandangan lingkungan membuat keluarga menjadi lebih hati-hati dalam menyikapi terapi pencegahan.

h. Ketersediaan obat memengaruhi minat menerima TPT

Hasil wawancara menunjukkan bahwa ketersediaan obat memengaruhi minat keluarga dalam menerima TPT. Pada beberapa kasus, keluarga sebenarnya sudah mulai tertarik atau bersedia, tetapi minat tersebut dapat menurun ketika obat tidak tersedia, distribusi terlambat, atau regimen yang diinginkan tidak ada. Hal ini menunjukkan bahwa keputusan menerima TPT tidak hanya dipengaruhi oleh persepsi individu, tetapi juga

oleh kesiapan sistem layanan.

Salah satu petugas menjelaskan bahwa masyarakat cenderung tertarik pada regimen tertentu, tetapi obat tersebut tidak selalu tersedia. Informan mengatakan:

“Pasien biasanya lebih menginginkan regimen 3HP... namun terkadang obat tersebut tidak tersedia dari dinas.” (IK-2)

Petugas lain juga menegaskan bahwa logistik obat sering menjadi kendala. Informan mengatakan:

“Ketersediaan logistik menjadi penyebab terhambatnya pemberian TPT.” (IK-3)

Pada bagian lain, petugas yang sama menyebut bahwa keterlambatan distribusi dapat membuat pasien yang awalnya bersedia menjadi berubah pikiran. Informan mengatakan:

“Ada juga situasi di mana pasien awalnya mau, tetapi karena obat belum tersedia beberapa bulan, saat obat datang mereka berubah pikiran dan menolak lagi.” (IK-3)

Kader juga melihat hal yang sama di lapangan. Salah satu kader menyampaikan:

“Obat jangan sampai terlambat tersedia di puskesmas.” (IP-3)

Kader lain menjelaskan bahwa selama ini obat biasanya tetap bisa diperoleh, tetapi prosesnya perlu koordinasi dengan puskesmas dan dinas. Temuan ini menunjukkan bahwa ketersediaan obat memengaruhi minat menerima TPT. Keluarga cenderung lebih siap menerima terapi bila obat tersedia tepat waktu dan proses mendapatkannya jelas. Sebaliknya, keterlambatan atau kekosongan obat dapat melemahkan minat yang sebelumnya sudah terbentuk.

Berdasarkan hasil telaah dokumen distribusi logistik TPT Kabupaten Pringsewu Tahun 2025, ditemukan bahwa distribusi logistik TPT pada beberapa puskesmas belum berlangsung secara optimal. Hal ini terlihat dari jumlah pengiriman yang relatif terbatas, adanya beberapa transaksi distribusi yang dibatalkan, serta tidak meratanya distribusi logistik antar

puskesmas. Kondisi tersebut berpotensi memengaruhi pelaksanaan pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) kepada kontak serumah pasien TB.

i. Jenis regimen yang lebih singkat lebih disukai masyarakat

Hasil wawancara menunjukkan bahwa jenis regimen yang lebih singkat lebih disukai masyarakat. Preferensi ini berkaitan dengan persepsi bahwa terapi yang lebih singkat lebih praktis, lebih ringan dijalani, dan lebih mungkin dituntaskan, terutama oleh orang yang merasa dirinya masih sehat. Sebaliknya, regimen yang panjang dipandang membebani dan menurunkan minat menerima TPT.

Dari sisi petugas, hal ini dijelaskan cukup jelas. Salah satu petugas mengatakan:

“Pasien biasanya lebih menginginkan regimen 3HP.” (IK-2)

Petugas lain juga menegaskan bahwa masyarakat lebih tertarik pada regimen yang singkat karena merasa keberatan dengan terapi enam bulan. Informan mengatakan:

“Obat 3HP sangat jarang tersedia, padahal banyak keluarga pasien lebih tertarik dengan regimen ini.” (IK-3)

Kader juga melihat preferensi yang sama di masyarakat. Salah satu kader menjelaskan:

“Biasanya mereka bertanya apakah obat TPT bisa diminum seminggu sekali atau sebulan sekali.” (IP-1)

Kader lain menunjukkan bahwa keberatan terhadap terapi panjang sering diucapkan secara langsung oleh keluarga. Informan mengatakan:

“Yang paling sering mereka bilang, ‘Saya sehat, kenapa harus minum obat 6 bulan.’” (IP-3)

Dari kelompok informan utama, preferensi terhadap regimen yang lebih singkat juga tercermin dari penolakan terhadap pengobatan panjang. Salah satu informan mengatakan:

“Saya tahu manfaatnya untuk mencegah, tapi saya tidak mau

karena jangka waktunya lama.” (IU-3)

Informan lain juga menyampaikan:

“Saya takut efek samping dan berat kalau harus minum 6 bulan.”
(IU-9)

Temuan ini menunjukkan bahwa jenis regimen yang lebih singkat lebih disukai masyarakat karena dipersepsikan lebih realistis untuk dijalani. Preferensi ini menjadi faktor penting yang memodifikasi penerimaan TPT, terutama pada keluarga yang masih sehat dan belum terbiasa dengan pengobatan jangka panjang.

4.11 Perilaku Penerimaan atau Penolakan TPT pada Kontak Serumah

Tema ini menggambarkan bentuk keputusan akhir yang diambil oleh kontak serumah setelah menerima informasi tentang TPT. Hasil wawancara menunjukkan bahwa keputusan tersebut tidak seragam. Ada yang menunjukkan kesiapan menerima, ada yang menolak dengan tegas, dan ada pula yang ragu atau berubah setelah mendapat penjelasan berulang. Pada bagian ini, perilaku akhir yang paling jelas terlihat adalah penerimaan langsung setelah edukasi, penolakan karena takut efek samping, dan penolakan karena merasa sehat.

a. Menerima TPT secara langsung setelah diberi edukasi

Hasil wawancara menunjukkan bahwa meskipun tidak dominan, ada informan yang bersedia menerima TPT setelah diberi penjelasan. Bentuk penerimaan ini biasanya muncul ketika informan memahami bahwa obat diberikan untuk pencegahan dan merasa penjelasan yang diterima cukup jelas.

Salah satu informan utama menyatakan bahwa dirinya bersedia bila memang harus minum obat pencegahan. Informan mengatakan:

“Ya, saya mau.” (IU-2)

Ketika ditanya lagi apakah ia tetap mau bila obat harus diminum sampai enam bulan, informan menjawab:

“Ya, kalau memang itu untuk pencegahan saya mau.” (IU-2)

Pernyataan ini menunjukkan adanya perilaku menerima setelah informan memahami bahwa obat tersebut ditujukan untuk mencegah TB. Dari sisi petugas, bentuk penerimaan langsung juga terlihat dalam pengalaman program. Salah satu petugas menjelaskan bahwa reaksi masyarakat terhadap TPT memang beragam, namun ada yang langsung bersedia. Informan mengatakan:

“Ada yang langsung mau minum obat.” (IK-2)

Petugas lain juga menyebut bahwa dalam satu keluarga yang terdiri dari beberapa anggota, biasanya tetap ada sebagian yang bersedia menerima TPT. Informan mengatakan:

“Dari satu keluarga yang terdiri dari 4–5 orang, yang mau minum TPT paling hanya separuh.” (IK-1)

Kader juga menguatkan hal tersebut. Salah satu kader menceritakan bahwa setelah diberi edukasi, ada keluarga yang langsung datang ke puskesmas. Informan mengatakan:

“Setelah diberi edukasi dan diarahkan ke puskesmas, keluarga pasien langsung datang dan tidak banyak keberatan.” (IP-2)

Temuan ini menunjukkan bahwa perilaku menerima TPT secara langsung memang ada, walaupun tidak dominan. Penerimaan semacam ini lebih mungkin terjadi bila keluarga merasa informasi yang diberikan cukup jelas dan manfaat pencegahan dapat dipahami.

b. Menolak TPT karena takut efek samping

Bentuk perilaku yang paling sering muncul dalam wawancara adalah penolakan TPT karena takut efek samping. Meskipun banyak informan telah mengetahui manfaat TPT, keputusan akhir mereka tetap berupa penolakan karena membayangkan adanya keluhan fisik setelah minum obat, seperti mual, lemas, gatal, atau keluhan lain yang mereka lihat pada pasien TB aktif.

Salah satu informan menyatakan bahwa ia menolak karena sedang hamil dan takut terhadap efek obat. Informan mengatakan:

“Karena waktu itu saya sedang hamil dan takut efek sampingnya.” (IU-1)

Informan lain juga menolak karena pengalaman keluarga sebelumnya. Ia menyatakan:

“Karena saya takut efek samping seperti yang dialami paman saya.” (IU-4)

IU-8 juga menunjukkan penolakan yang kuat karena mengaitkan TPT dengan pengalaman ayahnya yang sedang minum obat TB. Informan mengatakan:

“Saya takut efek sampingnya, terutama takut kulit menjadi hitam seperti yang saya lihat pada ayah.” (IU-8)

Pada IU-9, penolakan yang sama juga tampak. Informan mengatakan:

“Saya takut efek samping dan berat kalau harus minum 6 bulan.” (IU-9)

Petugas puskesmas juga mengakui bahwa alasan ini adalah alasan yang paling sering mereka dengar dari keluarga pasien. Salah satu petugas menjelaskan:

“Kebanyakan takut efek samping dan merasa tidak sakit.” (IK-1)

Petugas lain juga menyebut hal yang sama. Informan mengatakan:

“Alasan paling sering adalah takut efek samping obat.” (IK-3)

Kader juga mengonfirmasi pola tersebut. Salah satu kader menyampaikan:

“Yang paling sering adalah takut efek samping.” (IP-1)

Kader lain menambahkan bahwa warga banyak yang membayangkan keluhan setelah minum obat. Informan mengatakan:

“Takut mual gitu... mual, pusing.” (IP-2)

Temuan ini menunjukkan bahwa penolakan TPT karena takut efek samping merupakan bentuk perilaku yang paling dominan. Ketakutan tersebut membuat manfaat terapi tidak cukup kuat untuk mengubah

keputusan informan menjadi menerima.

c. Menolak TPT karena merasa sehat

Selain takut efek samping, alasan lain yang sangat kuat dalam membentuk perilaku penolakan adalah karena informan merasa dirinya sehat. Dalam persepsi mereka, tubuh yang masih sehat dan tidak menunjukkan gejala dianggap tidak membutuhkan obat. Akibatnya, terapi pencegahan dipandang tidak perlu, walaupun mereka tinggal serumah dengan pasien TB.

Salah satu informan secara tegas menyatakan:

“Saya tidak mau, karena saya merasa insyaallah sehat dan tidak tertular.” (IU-7)

Informan lain juga menunjukkan alasan yang sama. Ia mengatakan:

“Saya merasa sehat, jadi takut kalau minum obat setiap hari nanti ada efeknya.” (IU-5)

Pada informan lain, penolakan juga terkait dengan pemahaman bahwa obat diberikan kepada orang yang sakit. Informan menyatakan:

“Saya tahunya yang diberi obat hanya yang sakit saja.” (IU-6)

Petugas puskesmas juga melihat pola yang sangat konsisten ini di masyarakat. Salah satu petugas menjelaskan:

“Kebanyakan takut efek samping dan merasa tidak sakit.” (IK-1)

Kader pun menyebut bahwa alasan merasa sehat sangat sering diucapkan oleh keluarga pasien. Salah satu kader mengatakan:

“Yang paling sering mereka bilang, ‘Saya sehat, jadi tidak perlu minum obat.’” (IP-2)

Kader lain menegaskan hal yang sama. Informan mengatakan:

“Yang paling sering mereka bilang, ‘Saya sehat, kenapa harus minum obat 6 bulan.’” (IP-3)

Temuan ini menunjukkan bahwa perilaku menolak TPT karena merasa sehat merupakan bentuk keputusan yang sangat dominan pada kontak serumah. Selama tubuh dipersepsikan tidak sakit, maka terapi pencegahan

dianggap belum dibutuhkan, meskipun secara medis mereka termasuk kelompok berisiko.

d. Berubah dari menolak menjadi menerima setelah edukasi berulang

Hasil wawancara juga menunjukkan bahwa keputusan kontak serumah terhadap TPT tidak selalu bersifat tetap. Pada beberapa kasus, keluarga yang awalnya menolak dapat berubah menjadi menerima setelah mendapatkan edukasi berulang, kunjungan lanjutan, atau pendekatan yang lebih personal dari kader dan petugas kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa perilaku penerimaan TPT bersifat dinamis dan dapat berubah seiring proses komunikasi yang berkelanjutan.

Dari sisi kader, perubahan ini tampak cukup jelas. Salah satu kader menceritakan:

“Ada juga di Sekowangi, yang awalnya menolak lalu berubah mau setelah diberi penjelasan beberapa kali.” (IP-2)

Kader lain juga menunjukkan pengalaman serupa. Informan mengatakan:

“Ada yang awalnya tidak mau, tetapi setelah dijelaskan dan dibantu pengantaran obat ke rumah, akhirnya mau.” (IP-1)

Sementara itu, kader lain menambahkan bahwa perubahan keputusan sering terjadi ketika penjelasan tidak hanya diberikan oleh kader, tetapi juga bersama petugas kesehatan. Informan menyampaikan:

“Ada pasien yang awalnya tidak mau, tetapi setelah kami datang bersama petugas puskesmas dan bidan, mereka akhirnya mau menerima TPT.” (IP-3)

Pada kelompok informan utama, perubahan sikap ini tampak pada informan yang awalnya takut, tetapi kemudian memperlihatkan pemahaman yang lebih terbuka setelah penjelasan diterima dengan lebih jelas. Salah satu informan menyatakan:

“Kalau sekarang, setelah saya lebih jelas, saya akan menyarankan.” (IU-8)

Pernyataan ini menunjukkan bahwa meskipun awalnya menolak, pemahaman informan dapat berubah setelah proses edukasi yang lebih kuat. Dari sisi petugas, perubahan sikap ini juga dipahami sebagai hasil dari edukasi yang tidak cukup dilakukan sekali. Salah satu petugas menyebut bahwa keluarga sudah dikumpulkan dan diberi edukasi, namun dalam praktiknya penerimaan tetap memerlukan proses yang berulang. Temuan ini menunjukkan bahwa penolakan awal terhadap TPT tidak selalu bersifat permanen. Edukasi berulang, pendekatan personal, dan keterlibatan kader maupun petugas kesehatan dapat membuka peluang perubahan perilaku dari menolak menjadi menerima. Hal ini menjadi penting karena menunjukkan bahwa keluarga yang belum bersedia pada kontak pertama masih memiliki potensi untuk menerima TPT pada tahap berikutnya.

e. Bersedia jika obat lebih praktis atau lebih singkat

Hasil wawancara menunjukkan bahwa sebagian informan lebih bersedia menerima TPT apabila obat yang diberikan dipersepsikan lebih praktis atau lebih singkat. Dalam konteks ini, keputusan menerima terapi tidak hanya dipengaruhi oleh manfaat obat, tetapi juga oleh bagaimana regimen tersebut dipahami dalam kaitannya dengan kehidupan sehari-hari. Semakin sederhana pola minum obat, semakin besar kemungkinan keluarga membuka diri terhadap terapi pencegahan.

Pada kelompok informan utama, kecenderungan ini tampak dari keberatan terhadap regimen yang dianggap terlalu panjang. Salah satu informan menyampaikan:

“Saya tahu manfaatnya untuk mencegah, tapi saya tidak mau karena jangka waktunya lama.” (IU-3)

Informan lain juga menunjukkan hal serupa. Ia mengatakan:

“Saya takut efek samping dan berat kalau harus minum 6 bulan.” (IU-9)

Pernyataan-pernyataan ini menunjukkan bahwa bila pengobatan dipersepsikan lebih singkat, maka peluang penerimaan bisa lebih besar.

Dari sisi petugas, preferensi masyarakat terhadap regimen yang lebih singkat juga sangat jelas. Salah satu petugas menyatakan:

“Pasien biasanya lebih menginginkan regimen 3HP.” (IK-2)

Petugas lain juga menegaskan bahwa regimen yang lebih singkat memang lebih diminati keluarga pasien. Informan mengatakan:

“Obat 3HP sangat jarang tersedia, padahal banyak keluarga pasien lebih tertarik dengan regimen ini.” (IK-3)

Dari sisi kader, preferensi ini juga tampak dalam pertanyaan yang sering muncul dari masyarakat. Salah satu kader menjelaskan:

“Biasanya mereka bertanya apakah obat TPT bisa diminum seminggu sekali atau sebulan sekali.” (IP-1)

Kader lain menambahkan bahwa masyarakat sering mempertanyakan lamanya terapi. Informan mengatakan:

“Yang paling sering mereka bilang, ‘Saya sehat, kenapa harus minum obat 6 bulan.’” (IP-3)

Temuan ini menunjukkan bahwa sebagian kontak serumah lebih bersedia menerima TPT apabila obat dipersepsikan lebih praktis atau lebih singkat. Regimen yang lebih pendek dianggap lebih realistis untuk dijalani, lebih ringan, dan lebih sesuai dengan kondisi masyarakat yang masih merasa dirinya sehat.

Tabel 4.7. Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Keterangan
Persepsi Kerentanan terhadap Penularan TB	Tinggal serumah dipersepsikan meningkatkan risiko tertular	<p><i>“Saya takut tertular, apalagi saya punya anak kecil. Saya khawatir bayi saya juga tertular.” (IU-1)</i></p> <p><i>“Iya, pasti ada kekhawatiran.” (IU-2)</i></p> <p><i>“Ada kekhawatiran. Saya takut tertular.” (IU-3)</i></p> <p><i>“Ya, karena itu penyakit menular, jadi kami was-was tertular.” (IU-4)</i></p> <p><i>“Besarnya, karena satu rumah.” (IU-5)</i></p> <p><i>“Iya, pasti ada.” (IU-8)</i></p> <p><i>“Ada sedikit kekhawatiran, tetapi tidak terlalu besar.” (IU-9)</i></p> <p><i>“Untuk TPT memang masih agak rendah... Alasan yang paling sering saya dengar adalah takut efek samping dan merasa tidak sakit sehingga tidak perlu minum obat.” (IK-1)</i></p> <p><i>“Alasan paling sering adalah takut efek samping obat, merasa berat harus minum obat secara rutin dalam jangka panjang, dan merasa tubuhnya sehat sehingga merasa aman, apalagi jika mereka sudah menjaga jarak dan memakai masker.” (IK-3)</i></p> <p><i>“Tanggapannya berbeda-beda. Kalau warga yang lebih banyak di rumah dan tinggal di desa biasanya lebih mudah menerima, mereka cenderung manut. Tetapi kalau yang sudah lebih dekat dengan kota, sering bertanya, ‘Saya kan tidak sakit, kenapa harus minum TPT?’” (IP-1)</i></p>	Tinggal serumah dengan pasien TB dipersepsikan oleh sebagian informan sebagai kondisi yang meningkatkan risiko tertular. Risiko ini dipahami karena adanya kedekatan tempat tinggal, penggunaan ruang rumah yang sama, serta interaksi sehari-hari dengan pasien. Kekhawatiran tidak hanya muncul terhadap diri sendiri, tetapi juga terhadap anggota keluarga lain, terutama anak-anak yang tinggal serumah
Persepsi Kerentanan terhadap Penularan TB	Kontak harian dan kedekatan fisik dianggap sebagai sumber penularan	<p><i>“Karena kami sering berinteraksi, sering ngobrol, dan sering bertemu di rumah.” (IU-3)</i></p> <p><i>“Karena kalau pasien batuk dan berdahak, dahak itu bisa menularkan ke orang yang dekat.” (IU-4)</i></p>	Kontak harian dan kedekatan fisik dengan pasien TB dipersepsikan sebagai sumber penularan oleh sebagian informan. Risiko dipahami meningkat ketika interaksi

Tabel 4.7. Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Keterangan
		<p><i>“Karena penyakit itu menular lewat udara. Walaupun kami menjaga jarak dan memakai masker, risikonya tetap besar.” (IU-5)</i></p> <p><i>“Saya tidak tahu pasti, karena saya jarang kontak fisik langsung. Kami juga menjaga jarak, jadi menurut saya kemungkinannya kecil.” (IU-7)</i></p> <p><i>“Sangat besar, karena tinggal satu rumah. Kalau saya kira-kira sekitar 95 persen, karena saya sering di rumah dan ibu juga di rumah, jadi kontakannya sangat dekat.” (IU-8)</i></p> <p><i>“Menurut saya tidak terlalu tinggi, karena kami sama-sama berusaha mencegah. Kalau berkomunikasi tidak terlalu dekat, menjaga jarak, dan istri selalu memakai masker.” (IU-9)</i></p> <p><i>“Alasan paling sering adalah takut efek samping obat, merasa berat harus minum obat secara rutin dalam jangka panjang, dan merasa tubuhnya sehat sehingga merasa aman, apalagi jika mereka sudah menjaga jarak dan memakai masker.” (IK-3)</i></p> <p><i>“Saya biasanya menjelaskan bahwa TB bisa terjadi karena kontak erat dengan pasien, walaupun sebelumnya mereka tidak tahu bahwa orang yang sering diajak berinteraksi ternyata menderita TB.” (IP-3)</i></p>	<p>dilakukan sering, berada di ruang rumah yang sama, dan pasien menunjukkan gejala seperti batuk dan dahak. Semakin dekat dan semakin sering interaksi terjadi, semakin besar risiko penularan yang dirasakan. Namun, pada sebagian informan, risiko tersebut dipersepsikan lebih rendah bila interaksi langsung dibatasi.</p>
Persepsi Kerentanan terhadap Penularan TB	Menjaga jarak dan memisahkan alat makan dianggap menurunkan risiko	<p><i>“Kemungkinannya tidak terlalu besar, karena alat makan sudah dipisah, masak juga sendiri-sendiri. Jadi menurut saya sekitar 30 persen.” (IU-1)</i></p> <p><i>“Karena alat makan sudah dipisah, tempat tinggal juga dibedakan. Saya dan anak-anak di depan, sedangkan yang sakit di belakang.” (IU-1)</i></p> <p><i>“Piring, sendok, dan gelas dipisah. Tidak boleh dipakai bergantian dengan kami.” (IU-2)</i></p> <p><i>“Harapan saya tentu tidak tertular. Menurut saya kemungkinannya rendah, karena kami berhati-hati.” (IU-2)</i></p> <p><i>“Awalnya kami saling menjaga. Kami memakai masker dan</i></p>	<p>Sebagian informan memandang bahwa risiko penularan TB dapat diturunkan melalui upaya pencegahan di rumah, seperti menjaga jarak, memisahkan alat makan, memisahkan tempat tidur, dan membatasi kedekatan dengan pasien. Upaya-upaya ini dipersepsikan sebagai bentuk perlindungan yang membuat kemungkinan tertular menjadi lebih rendah, meskipun tetap tinggal</p>

Tabel 4.7. Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Keterangan
Persepsi Kerentanan terhadap Penularan TB	Merasa sehat menyebabkan persepsi kerentanan menjadi rendah	<p><i>memisahkan piring, jadi semuanya dipisah.” (IU-3)</i></p> <p><i>“Kami memisahkan alat makan seperti piring dan sendok. Ibu juga tidak lagi tidur satu kamar dengan bapak. Di rumah ada tiga kamar, jadi pengaturan tempat tidur diubah supaya lebih aman.” (IU-8)</i></p> <p><i>“Menurut saya tidak terlalu tinggi, karena kami sama-sama berusaha mencegah. Kalau berkomunikasi tidak terlalu dekat, menjaga jarak, dan istri selalu memakai masker.” (IU-9)</i></p> <p><i>“Upaya pencegahan apa yang dilakukan di rumah? Komunikasi tidak terlalu dekat, menjaga jarak, memakai masker, dan alat makan seperti piring dibuat terpisah.” (IU-9)</i></p> <p><i>“Alasan paling sering adalah takut efek samping obat, merasa berat harus minum obat secara rutin dalam jangka panjang, dan merasa tubuhnya sehat sehingga merasa aman, apalagi jika mereka sudah menjaga jarak dan memakai masker.” (IK-3)</i></p> <p><i>“Yang paling terasa hanya kalau rumah jauh dan tidak ada kendaraan.” (IP-1)</i></p>	serumah dengan pasien TB.
		<p><i>“Saya tidak mau, karena saya merasa insyaallah sehat dan tidak tertular.” (IU-7)</i></p> <p><i>“Saya merasa sehat, jadi takut kalau minum obat setiap hari nanti ada efeknya.” (IU-5)</i></p> <p><i>“Saya tahunya yang diberi obat hanya yang sakit saja.” (IU-6)</i></p> <p><i>“Karena saya sudah cek dan hasilnya negatif. Selain itu saya melihat saudara saya setelah minum obat jadi mual, jadi saya takut efek samping yang sama.” (IU-7)</i></p> <p><i>“Kebanyakan mereka takut efek samping. ... Alasan yang paling sering saya dengar adalah takut efek samping dan merasa tidak sakit sehingga tidak perlu minum obat.” (IK-1)</i></p> <p><i>“Alasan paling sering adalah takut efek samping obat, merasa berat</i></p>	Sebagian informan memandang dirinya tidak terlalu berisiko tertular TB karena merasa tubuhnya sehat, tidak memiliki gejala, dan/atau hasil pemeriksaan sebelumnya negatif. Kondisi sehat dipersepsikan sebagai tanda aman, sehingga kebutuhan untuk menerima terapi pencegahan menjadi lemah. Persepsi ini juga diperkuat oleh pandangan bahwa obat seharusnya diberikan kepada orang yang sakit, bukan kepada orang yang masih merasa sehat.

Tabel 4.7. Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Keterangan
Persepsi Kerentanan terhadap Penularan TB	Merasa sehat menyebabkan persepsi kerentanan menjadi rendah	<p><i>harus minum obat secara rutin dalam jangka panjang, dan merasa tubuhnya sehat sehingga merasa aman, apalagi jika mereka sudah menjaga jarak dan memakai masker.” (IK-3)</i></p> <p><i>“Yang paling sering adalah, ‘Saya sehat, kenapa harus minum obat?’ Mereka merasa sehat walaupun tinggal serumah dengan pasien TB.” (IP-2)</i></p> <p><i>“Yang paling sering adalah karena mereka merasa sehat, sehingga tidak mau minum obat selama 6 bulan. Mereka berpikir, ‘Saya sehat, kenapa harus minum obat?’” (IP-3)</i></p>	Sebagian informan memandang dirinya tidak terlalu berisiko tertular TB karena merasa tubuhnya sehat, tidak bergejala, atau hasil pemeriksaan sebelumnya negatif. Kondisi sehat dipersepsikan sebagai tanda aman, sehingga kebutuhan untuk menerima terapi pencegahan menjadi lemah. Persepsi ini juga diperkuat oleh anggapan bahwa obat hanya untuk orang yang sakit, bukan untuk orang yang masih merasa sehat.
		<p><i>“Saya tidak mau, karena saya merasa insyaallah sehat dan tidak tertular.” (IU-7)</i></p> <p><i>“Saya merasa sehat, jadi takut kalau minum obat setiap hari nanti ada efeknya.” (IU-5)</i></p> <p><i>“Saya tahunya yang diberi obat hanya yang sakit saja.” (IU-6)</i></p> <p><i>“Karena saya sudah cek dan hasilnya negatif. Selain itu saya melihat saudara saya setelah minum obat jadi mual, jadi saya takut efek samping yang sama.” (IU-7)</i></p> <p><i>“Alasan yang paling sering saya dengar adalah takut efek samping dan merasa tidak sakit sehingga tidak perlu minum obat.” (IK-1)</i></p> <p><i>“Alasan paling sering adalah takut efek samping obat, merasa berat harus minum obat secara rutin dalam jangka panjang, dan merasa tubuhnya sehat sehingga merasa aman, apalagi jika mereka sudah menjaga jarak dan memakai masker.” (IK-3)</i></p> <p><i>“Yang paling sering adalah, ‘Saya sehat, kenapa harus minum obat?’ Mereka merasa sehat walaupun tinggal serumah dengan pasien TB.” (IP-2)</i></p> <p><i>“Yang paling sering adalah karena mereka merasa sehat, sehingga</i></p>	

Tabel 4.7. Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Keterangan
Persepsi Kerentanan terhadap Penularan TB	Pengetahuan tentang mekanisme penularan TB masih beragam	<p><i>tidak mau minum obat selama 6 bulan. Mereka berpikir, ‘Saya sehat, kenapa harus minum obat?’” (IP-3)</i></p>	
		<p><i>“Setahu saya itu penyakit batuk. Katanya memang begitu.” (IU-6)</i></p> <p><i>“Ya, kemungkinan menular.” (IU-6)</i></p> <p><i>“Karena kalau pasien batuk dan berdahak, dahak itu bisa menularkan ke orang yang dekat.” (IU-4)</i></p> <p><i>“TB itu termasuk penyakit yang berbahaya karena menular. Dari udara atau uapnya saja kami sudah takut.” (IU-5)</i></p> <p><i>“Masih ada anggapan bahwa batuk darah itu akibat santet atau hal lain, bukan TB.” (IK-1)</i></p> <p><i>“Selain itu, ada juga ketakutan dan stigma. Sebagian masyarakat masih menganggap TB sebagai aib. Bahkan ada pasien yang sampai gagal minum obat karena tidak percaya dirinya kena TB, lalu mencari pengobatan alternatif seperti ke dukun atau pijat.” (IK-1)</i></p> <p><i>“Kalau soal TPT tidak terlalu ada mitos. Tetapi pada pasien yang belum mau diperiksa, masih ada yang menganggap dirinya disantet, terutama kalau batuk sudah lama dan sampai keluar darah.” (IP-1)</i></p> <p><i>“Saya biasanya menjelaskan bahwa TB bisa terjadi karena kontak erat dengan pasien, walaupun sebelumnya mereka tidak tahu bahwa orang yang sering diajak berinteraksi ternyata menderita TB.” (IP-3)</i></p>	<p>Pengetahuan informan tentang mekanisme penularan TB masih beragam. Sebagian informan sudah memahami bahwa TB menular melalui kontak dekat, udara, batuk, dan dahak pasien. Namun, sebagian lainnya hanya mengetahui TB sebagai penyakit batuk tanpa memahami mekanisme penularannya secara utuh. Variasi pengetahuan ini memengaruhi cara informan memandang risiko tertular dan kebutuhan menerima TPT.</p>
Persepsi Keparahan Penyakit TB	TB dipandang sebagai penyakit menular yang berbahaya	<p><i>“TB itu termasuk penyakit yang berbahaya karena menular. Dari udara atau uapnya saja kami sudah takut.” (IU-5)</i></p> <p><i>“Setahu saya sangat berbahaya. Bahkan bisa sampai menyebabkan kematian.” (IU-8)</i></p>	<p>TB dipersepsikan sebagai penyakit menular yang berbahaya karena dapat menyebar kepada anggota keluarga lain yang tinggal serumah. Persepsi keparahan ini muncul dari pengalaman melihat pasien sakit,</p>

Tabel 4.7. Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Keterangan
Persepsi Keparahan Penyakit TB	TB dianggap menyebabkan tubuh lemah dan menurunkan produktivitas	<p><i>“Menurut saya, TB itu penyakit menular, jadi termasuk penyakit yang berbahaya.” (IU-9)</i></p> <p><i>“Bahaya. Orang yang kena TB itu badannya lemah, napasnya juga tidak kuat.” (IU-2)</i></p> <p><i>“Caranya dengan edukasi dan memberikan gambaran bahwa jika sampai terkena TB, penyakitnya bisa menjadi parah, misalnya batuk sampai keluar darah.” (IK-2)</i></p> <p><i>“Masih ada anggapan bahwa batuk darah itu akibat santet atau hal lain, bukan TB.” (IK-1)</i></p>	<p>rasa takut terhadap penularan, dan pemahaman bahwa TB dapat membahayakan kesehatan keluarga bila tidak segera ditangani.</p>
		<p><i>“Bahaya. Orang yang kena TB itu badannya lemah, napasnya juga tidak kuat.” (IU-2)</i></p> <p><i>“Waktu pulang saya lihat dia pucat, kuning, badannya kurus, dan batuk-batuk.” (IU-2)</i></p> <p><i>“Sekarang dia sudah berhenti kerja dan sudah berobat 4 bulan di sini.” (IU-2)</i></p> <p><i>“Awalnya istri batuk hampir satu bulan, mula-mula batuk kering, lalu lama-lama badan kurus dan berat badan turun.” (IU-9)</i></p> <p><i>“Saya merasa takut, Pak. Awalnya keluar dahak, lalu lama-lama keluar darah.” (IU-5)</i></p> <p><i>“Caranya dengan edukasi dan memberikan gambaran jika sampai terkena TB, penyakitnya bisa menjadi parah, misalnya batuk sampai keluar darah.” (IK-2)</i></p>	<p>TB dipersepsikan tidak hanya sebagai penyakit menular, tetapi juga sebagai penyakit yang melemahkan tubuh dan mengganggu aktivitas sehari-hari. Penurunan kondisi fisik pasien seperti pucat, kurus, batuk berkepanjangan, dan tidak kuat beraktivitas dipahami sebagai dampak nyata TB, yang pada akhirnya juga menurunkan kemampuan pasien untuk bekerja dan menjalankan perannya di dalam keluarga.</p>
Persepsi Keparahan Penyakit TB	TB dipersepsikan dapat menyebabkan kematian bila	<p><i>“Setahu saya sangat berbahaya. Bahkan bisa sampai menyebabkan kematian.” (IU-8)</i></p>	<p>Sebagian informan memandang TB sebagai penyakit yang dapat berakibat fatal bila terlambat</p>

Tabel 4.7. Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Keterangan
	terlambat diobati	<p><i>“Saya merasa takut, Pak. Awalnya keluar dahak, lalu lama-lama keluar darah.” (IU-5)</i></p> <p><i>“Saat pertama tahu istri saya kena TB, saya panik. Awalnya istri batuk hampir satu bulan, mula-mula batuk kering, lalu lama-lama badan kurus dan berat badan turun.” (IU-9)</i></p> <p><i>“Caranya dengan edukasi dan memberikan gambaran bahwa jika sampai terkena TB, penyakitnya bisa menjadi parah, misalnya batuk sampai keluar darah.” (IK-2)</i></p> <p><i>“Selain itu, ada juga ketakutan dan stigma. Sebagian masyarakat masih menganggap TB sebagai aib.” (IK-1)</i></p>	<p>diobati. Persepsi ini muncul dari pengalaman melihat kondisi pasien yang semakin berat, gejala yang memburuk, serta edukasi petugas kesehatan yang menekankan bahwa TB dapat menjadi parah bila tidak segera ditangani.</p>
Persepsi Keparahan Penyakit TB	Kehadiran pasien TB menimbulkan kekhawatiran pada anggota keluarga lain	<p><i>“Pertama kali saya merasa harap-harap cemas.” (IU-1)</i></p> <p><i>“Saya takut tertular, apalagi saya punya anak kecil. Saya khawatir bayi saya juga tertular.” (IU-1)</i></p> <p><i>“Iya, pasti ada kekhawatiran.” (IU-2)</i></p> <p><i>“Saya merasa takut, Pak. Awalnya keluar dahak, lalu lama-lama keluar darah. Setelah diperiksa di puskesmas, katanya kena TB paru. Saya merasa takut karena penyakit itu menular.” (IU-5)</i></p> <p><i>“Ya jelas kewalahan. Saya melihat anak seperti itu dan merasa heran, kok sampai kena penyakit seperti itu.” (IU-6)</i></p>	<p>Kehadiran pasien TB di dalam rumah menimbulkan kekhawatiran pada anggota keluarga lain. Kekhawatiran ini muncul dalam bentuk rasa takut tertular, cemas terhadap anak-anak yang tinggal serumah, panik saat mengetahui hasil pemeriksaan positif, dan rasa was-was melihat kondisi pasien yang sakit. Dengan demikian, keparahan TB tidak hanya dipahami sebagai ancaman bagi pasien, tetapi juga sebagai sumber tekanan</p>

Tabel 4.7. Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Keterangan
Persepsi Manfaat TPT	TPT dipahami sebagai obat pencegahan agar tidak terkena TB	<p><i>“Awalnya saya takut, Pak, karena namanya TB pasti takut menular. Saya juga punya anak kecil, jadi saya khawatir tertular.” (IU-7)</i></p> <p><i>“Selain kaget, saya juga merasa kasihan karena beliau sudah tua dan masih harus mengalami sakit seperti itu.” (IU-8)</i></p> <p><i>“Saat pertama tahu istri saya kena TB, saya panik.” (IU-9)</i></p> <p><i>“Selain itu, ada juga ketakutan dan stigma. Sebagian masyarakat masih menganggap TB sebagai aib.” (IK-1)</i></p> <p><i>“Hambatan terbesar adalah ketidakpatuhan kontak erat untuk memeriksakan diri dan rendahnya partisipasi keluarga pasien... Faktor ini terkait dengan rendahnya pengetahuan, stigma, serta faktor psikologis dan sosial.” (IK-3)</i></p>	emosional bagi keluarga.
		<p><i>“Saya tahu manfaatnya untuk mencegah, tetapi waktu itu saya menolak karena saya sedang hamil dan takut efek sampingnya.” (IU-1)</i></p> <p><i>“Saya disuruh minum obat itu untuk mencegah penyakit.” (IU-3)</i></p> <p><i>“Untuk mencegah.” (IU-5)</i></p> <p><i>“Mungkin untuk mencegah TB.” (IU-7)</i></p> <p><i>“Katanya dari kader itu hanya obat pencegahan, semacam vitamin saja, bukan seperti obat yang diminum ayah.” (IU-8)</i></p> <p><i>“Saya yakin obat itu ada manfaatnya untuk pencegahan.” (IU-9)</i></p> <p><i>“Setiap ada pasien, saya biasanya minta keluarganya ikut untuk saya edukasi tentang fungsi TPT.” (IK-1)</i></p> <p><i>“Caranya dengan edukasi dan memberikan gambaran bahwa jika</i></p>	Sebagian besar informan memahami bahwa TPT merupakan obat pencegahan agar tidak terkena TB, terutama bagi kontak serumah pasien TB. Pemahaman ini muncul baik pada informan utama, petugas kesehatan, maupun kader, meskipun pada sebagian informan pengetahuan tersebut belum selalu diikuti oleh penerimaan terapi.

Tabel 4.7. Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Keterangan
Persepsi Manfaat TPT	TPT dipersepsikan dapat memutus rantai penularan di rumah	<p>sampai terkena TB, penyakitnya bisa menjadi parah...” (IK-2)</p> <p>“...penjelasan bahwa TPT bukan obat untuk orang sakit TB, melainkan obat pencegahan bagi yang sehat tetapi berisiko.” (IK-3)</p> <p>“Saya jelaskan bahwa kalau sudah minum TPT sampai selesai, keluarga bisa tetap sehat dan penularan bisa diputus.” (IP-3)</p> <p>“Lebih baik mencegah daripada mengobati.” (IU-1)</p>	TPT dipersepsikan dapat memutus rantai penularan di rumah, terutama oleh petugas dan kader yang memahami TPT sebagai strategi pencegahan berbasis keluarga. Pada informan utama, pemahaman ini muncul dalam bentuk keyakinan bahwa pencegahan penting dilakukan agar keluarga lain tetap sehat dan tidak ikut tertular.
		<p>“Kalau sekarang, setelah saya lebih jelas, saya akan menyarankan. Biar sehat semua.” (IU-8)</p> <p>“...penjelasan bahwa TPT bukan obat untuk orang sakit TB, melainkan obat pencegahan bagi yang sehat tetapi berisiko.” (IK-3)</p> <p>“Peran kader sangat mendukung. Kader ikut andil dalam memberikan edukasi TPT di rumah pasien dan melakukan kunjungan rumah.” (IK-2)</p> <p>“Saya jelaskan bahwa kalau sudah minum TPT sampai selesai, keluarga bisa tetap sehat dan penularan bisa diputus.” (IP-3)</p> <p>“Pernah. Waktu keluarga pasien dikumpulkan di puskesmas dan diberi pengarahan langsung, banyak yang akhirnya mau.” (IP-1)</p>	
Persepsi Manfaat TPT	Sebagian informan menilai pencegahan lebih baik daripada pengobatan	<p>“Lebih baik mencegah daripada mengobati.” (IU-1)</p> <p>“Kalau sekarang, setelah saya lebih jelas, saya akan menyarankan. Biar sehat semua.” (IU-8)</p> <p>“Caranya dengan edukasi dan memberikan gambaran bahwa jika sampai terkena TB, penyakitnya bisa menjadi parah, misalnya batuk sampai keluar darah.” (IK-2)</p> <p>“Saya jelaskan bahwa kalau sudah minum TPT sampai selesai,</p>	Sebagian informan menilai bahwa pencegahan lebih baik daripada pengobatan. Pandangan ini muncul dari kesadaran bahwa TB merupakan penyakit menular yang dapat menjadi berat, sehingga upaya pencegahan dipersepsikan lebih baik daripada menunggu sampai sakit dan harus menjalani pengobatan. Penilaian ini juga

Tabel 4.7. Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Keterangan
Persepsi Manfaat TPT	Manfaat TPT diketahui, tetapi belum cukup kuat mendorong penerimaan	<p><i>keluarga bisa tetap sehat dan penularan bisa diputus.” (IP-3)</i></p> <p><i>“Karena sudah diberi penjelasan terus-menerus dan dibujuk bahwa TPT itu untuk menjaga kesehatan dan mencegah tertular.” (IP-2)</i></p>	<p>diperkuat oleh petugas dan kader yang dalam edukasinya menekankan pentingnya pencegahan sebelum penyakit berkembang menjadi lebih parah. Manfaat TPT pada dasarnya sudah diketahui oleh sebagian besar informan, baik sebagai obat pencegahan untuk diri sendiri maupun untuk melindungi keluarga. Namun, pengetahuan tersebut belum cukup kuat untuk mendorong penerimaan. Dalam banyak kasus, manfaat TPT masih kalah kuat dibandingkan rasa takut terhadap efek samping, perasaan sehat, dan keberatan terhadap lama pengobatan.</p>
		<p><i>“Saya tahu manfaatnya untuk mencegah, tetapi waktu itu saya menolak karena saya sedang hamil dan takut efek sampingnya.” (IU-1)</i></p> <p><i>“Saya tahu manfaatnya untuk mencegah, tapi saya tidak mau karena jangka waktunya lama.” (IU-3)</i></p> <p><i>“Ya, saya yakin obat itu berguna untuk pencegahan.” (IU-5)</i></p> <p><i>“Menurut saya sekitar 97 persen.” (IU-8)</i></p> <p><i>“Saya yakin obat itu ada manfaatnya untuk pencegahan.” (IU-9)</i></p> <p><i>“Namun pada praktiknya, dari satu keluarga yang terdiri dari 4–5 orang, yang mau minum TPT paling hanya separuh. Alasan yang paling sering saya dengar adalah takut efek samping dan merasa tidak sakit sehingga tidak perlu minum obat.” (IK-1)</i></p> <p><i>“Reaksinya bervariasi. Sebagian bersikap positif, tetapi banyak juga yang ragu dan menolak. Kemungkinan yang langsung setuju hanya sekitar 20 persen.” (IK-3)</i></p> <p><i>“Yang paling sering adalah, ‘Saya sehat, kenapa harus minum obat?’ Mereka merasa sehat walaupun tinggal serumah dengan pasien TB.” (IP-2)</i></p>	
Persepsi Hambatan dalam Penerimaan TPT	Takut efek samping obat	<p><i>“Saya tahu manfaatnya untuk mencegah, tetapi waktu itu saya menolak karena saya sedang hamil dan takut efek sampingnya.” (IU-1)</i></p>	<p>Takut efek samping obat merupakan hambatan yang paling dominan dalam penerimaan TPT. Ketakutan ini muncul dari pengalaman pribadi, pengamatan</p>

Tabel 4.7. Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Keterangan
Persepsi Hambatan dalam Penerimaan TPT	Merasa sehat sehingga tidak membutuhkan obat	<p>“<i>Saya terpikir tentang efek sampingnya.</i>” (IU-3)</p> <p>“<i>Karena saya takut efek samping seperti yang dialami paman saya.</i>” (IU-4)</p> <p>“<i>Saya merasa sehat, jadi takut kalau minum obat setiap hari nanti ada efeknya.</i>” (IU-5)</p> <p>“<i>Karena saya sudah cek dan hasilnya negatif. Selain itu saya melihat saudara saya setelah minum obat jadi mual, jadi saya takut efek samping yang sama.</i>” (IU-7)</p> <p>“<i>Saya takut efek sampingnya, terutama takut kulit menjadi hitam seperti yang saya lihat pada ayah dan juga tetangga yang pernah sakit TB.</i>” (IU-8)</p> <p>“<i>Karena saya takut efek samping dan merasa berat kalau harus minum obat selama 6 bulan.</i>” (IU-9)</p> <p>“<i>Tetapi kebanyakan mereka takut efek samping.</i>” (IK-1)</p> <p>“<i>Alasan paling sering adalah takut efek samping obat, merasa berat harus minum obat secara rutin dalam jangka panjang...</i>” (IK-3)</p> <p>“<i>Yang paling sering adalah takut efek samping. Mereka juga khawatir karena harus tetap bekerja.</i>” (IP-1)</p> <p>“<i>Ada. Mereka takut mual atau pusing, karena melihat pasien yang sakit TB mengalami efek seperti itu saat minum obat.</i>” (IP-2)</p> <p>“<i>Sebagian ada yang mau, sebagian ada yang tidak mau. Mereka takut kalau minum obat nanti ada keluhan seperti gatal-gatal atau susah tidur...</i>” (IP-3)</p>	<p>terhadap pasien TB yang sedang minum obat, maupun dugaan tentang keluhan yang mungkin timbul setelah minum TPT. Ketakutan terhadap efek samping membuat manfaat TPT sering kali kalah kuat dibanding rasa takut akan dampak obat pada tubuh.</p> <p>Sebagian informan menolak TPT karena merasa dirinya sehat, tidak bergejala, atau hasil pemeriksaannya negatif. Kondisi sehat dipersepsikan sebagai tanda bahwa mereka tidak membutuhkan obat. Persepsi ini membuat TPT</p>

Tabel 4.7. Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Keterangan
Persepsi Hambatan dalam Penerimaan TPT	Durasi pengobatan dianggap terlalu lama	<p><i>“Saya tahunya yang diberi obat hanya yang sakit saja.” (IU-6)</i> <i>“Saya tidak mau, karena saya merasa insyaallah sehat dan tidak tertular.” (IU-7)</i> <i>“Alasan yang paling sering saya dengar adalah takut efek samping dan merasa tidak sakit sehingga tidak perlu minum obat.” (IK-1)</i> <i>“Alasan paling sering adalah takut efek samping obat, merasa berat harus minum obat secara rutin dalam jangka panjang, dan merasa tubuhnya sehat sehingga merasa aman...” (IK-3)</i> <i>“Yang paling sering adalah, ‘Saya sehat, kenapa harus minum obat?’ Mereka merasa sehat walaupun tinggal serumah dengan pasien TB.” (IP-2)</i> <i>“Yang paling sering adalah karena mereka merasa sehat, sehingga tidak mau minum obat selama 6 bulan. Mereka berpikir, ‘Saya sehat, kenapa harus minum obat?’” (IP-3)</i></p>	dipandang tidak mendesak, meskipun mereka tinggal serumah dengan pasien TB dan termasuk kelompok berisiko.
		<p><i>“Saya tahu manfaatnya untuk mencegah, tapi saya tidak mau karena jangka waktunya lama.” (IU-3)</i> <i>“Karena keberatannya obat itu harus diminum lama, sampai 6 bulan. Selain itu, saya merasa sehat...” (IU-5)</i> <i>“Ada juga rasa takut kalau pengobatannya lama dan kalau sampai telat minum obat harus mengulang lagi seperti ayah.” (IU-8)</i> <i>“Karena saya takut efek samping dan merasa berat kalau harus minum obat selama 6 bulan.” (IU-9)</i> <i>“Pasien biasanya lebih menginginkan regimen 3HP, yaitu obat yang</i></p>	Durasi pengobatan yang panjang dipersepsikan sebagai hambatan penting dalam penerimaan TPT. Kewajiban minum obat selama berbulan-bulan dipandang berat, terutama bagi informan yang merasa sehat dan tidak melihat dirinya sedang sakit. Regimen yang panjang menurunkan minat dan keyakinan untuk memulai maupun menuntaskan terapi.

Tabel 4.7. Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Keterangan
Persepsi Hambatan dalam Penerimaan TPT	Sulit datang ke puskesmas atau mengambil obat	<p><i>diminum seminggu sekali.” (IK-2)</i> <i>“Alasan paling sering adalah takut efek samping obat, merasa berat harus minum obat secara rutin dalam jangka panjang...” (IK-3)</i> <i>“Biasanya mereka bertanya apakah obat TPT bisa diminum seminggu sekali atau sebulan sekali. Mereka maunya regimen yang tidak terlalu sering diminum.” (IP-1)</i> <i>“Yang paling sering adalah karena mereka merasa sehat, sehingga tidak mau minum obat selama 6 bulan.” (IP-3)</i></p>	Kesulitan datang ke puskesmas atau mengambil obat menjadi hambatan praktis dalam penerimaan TPT. Hambatan ini berkaitan dengan jarak rumah, ketiadaan kendaraan, tidak ada yang mengantar atau mengambilkan obat, serta keterbatasan fisik pada usia lanjut. Faktor akses ini tidak selalu menjadi hambatan utama pada semua informan, tetapi cukup memengaruhi penerimaan pada sebagian keluarga, terutama bila terapi harus diambil atau dipantau secara rutin.
		<p><i>“Sebenarnya tidak. Tetapi kadang saya malas.” (IU-4)</i></p> <p><i>“Ada beberapa pasien yang mengeluh soal transportasi, tetapi ada juga yang tidak menganggap itu masalah.” (IK-3)</i> <i>“Tidak terlalu sering, tetapi ada juga yang rumahnya jauh dan tidak punya kendaraan, sehingga keberatan kalau harus ke puskesmas.” (IP-1)</i> <i>“Yang paling sering adalah karena merasa sehat. Selain itu ada juga yang menolak karena rumahnya jauh, tidak ada yang mengantar ke puskesmas, atau karena sudah tua dan tidak ada yang mengambilkan obat.” (IP-2)</i> <i>“Kalau keluarga pasien sekalian mengambil obat pasien indeks, mereka sendiri yang mengambil. Tetapi kalau hanya TPT, saya yang kadang mengantarkan ke rumah.” (IP-1)</i></p>	
Isyarat untuk Bertindak dalam	Edukasi dari petugas puskesmas	<p><i>“Kader berperan sebagai ujung tombak program TPT... bahkan mengantar obat TPT ke rumah pasien bila pasien sibuk.” (IK-3)</i> <i>“Pernah, tetapi penjelasannya kurang jelas. Saya hanya disuruh minum obat, cara minumnya dijelaskan, tetapi efek samping dan lama minum obat tidak dijelaskan.” (IU-1)</i></p>	Edukasi dari petugas puskesmas menjadi salah satu isyarat penting yang mendorong kontak serumah

Tabel 4.7. Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Keterangan
Penerimaan TPT		<p><i>“Kalau memang perlu minum obat pencegahan, ya diberi tahu dan dijelaskan.” (IU-2)</i></p> <p><i>“Mereka menyuruh minum obat supaya mencegah penyakit.” (IU-3)</i></p> <p><i>“Mereka menjelaskan supaya saya ikut minum obat TPT. Penjelasanannya sebenarnya mudah dimengerti.” (IU-4)</i></p> <p><i>“Iya, memberi pengarahan. Kami juga disuruh periksa dahak dulu.” (IU-5)</i></p> <p><i>“Setiap ada pasien, saya biasanya minta keluarganya ikut untuk saya edukasi tentang fungsi TPT.” (IK-1)</i></p> <p><i>“Caranya dengan edukasi dan memberikan gambaran bahwa jika sampai terkena TB, penyakitnya bisa menjadi parah, misalnya batuk sampai keluar darah.” (IK-2)</i></p> <p><i>“Biasanya kami menggunakan pendekatan terintegrasi yang melibatkan investigasi kontak, skrining, dan konseling.” (IK-3)</i></p>	<p>untuk mengenal dan mempertimbangkan TPT. Namun, efektivitas edukasi sangat dipengaruhi oleh kejelasan informasi yang diberikan, terutama terkait manfaat, lama pengobatan, dan efek samping. Edukasi yang jelas dapat meningkatkan kesiapan menerima TPT, sedangkan edukasi yang kurang rinci membuat informan tetap ragu.</p>
Isyarat untuk Bertindak dalam Penerimaan TPT	Kunjungan rumah oleh kader TB/ILS	<i>“Iya, sering bolak-balik.” (IU-1)</i>	Kunjungan rumah oleh kader TB/ILS menjadi isyarat penting dalam penerimaan TPT karena memungkinkan keluarga mendapatkan penjelasan secara

Tabel 4.7. Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Keterangan
Isyarat untuk Bertindak dalam Penerimaan TPT	Melihat anggota keluarga sakit TB sebagai pengingat risiko	<p><i>“Ada datang, tetapi tidak sering.” (IU-2)</i> <i>“Sering.” (IU-3)</i> <i>“Selama tiga bulan, sekitar tiga kali.” (IU-4)</i> <i>“Sekitar tiga sampai empat kali.” (IU-5)</i> <i>“Setiap ada pasien TB yang positif.” (IP-1)</i> <i>“Tergantung pada data pasien yang masuk dari ILS.” (IP-2)</i> <i>“Dalam satu bulan bisa sekitar 5–6 kali, bahkan bulan ini sampai 7 kali. Saya turun jika ada data dari ILS.” (IP-3)</i> <i>“Peran kader sangat mendukung. Kader ikut andil dalam memberikan edukasi TPT di rumah pasien dan melakukan kunjungan rumah.” (IK-2)</i></p>	<p>langsung, berulang, dan sesuai dengan kondisi rumah tangga. Kader berperan mendekatkan program kepada masyarakat melalui kunjungan, pemantauan, edukasi, dan tindak lanjut di rumah pasien.</p>
		<p><i>“Saya takut tertular, apalagi saya punya anak kecil. Saya khawatir bayi saya juga tertular.” (IU-1)</i> <i>“Iya, pasti ada kekhawatiran.” (IU-2)</i> <i>“Ada kekhawatiran. Saya takut tertular.” (IU-3)</i> <i>“Saya merasa takut, Pak. Awalnya keluar dahak, lalu lama-lama keluar darah.” (IU-5)</i> <i>“Ya jelas kewalahan. Saya melihat anak seperti itu dan merasa heran, kok sampai kena penyakit seperti itu.” (IU-6)</i> <i>“Awalnya saya takut, Pak, karena namanya TB pasti takut menular. Saya juga punya anak kecil, jadi saya khawatir tertular.” (IU-7)</i> <i>“Selain kaget, saya juga merasa kasihan karena beliau sudah tua dan masih harus mengalami sakit seperti itu.” (IU-8)</i> <i>“Saat pertama tahu istri saya kena TB, saya panik.” (IU-9)</i> <i>“Caranya dengan edukasi dan memberikan gambaran bahwa jika sampai terkena TB, penyakitnya bisa menjadi parah, misalnya batuk sampai keluar darah.” (IK-2)</i></p>	<p>Pengalaman melihat anggota keluarga sakit TB menjadi pengingat nyata tentang risiko penularan. Kehadiran pasien TB di rumah, perubahan kondisi fisik pasien, dan pengalaman mendampingi pengobatan membuat keluarga lebih sadar bahwa dirinya juga berisiko. Kondisi ini menjadi pemicu awal untuk mempertimbangkan pentingnya pencegahan.</p>

Tabel 4.7. Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Keterangan
Isyarat untuk Bertindak dalam Penerimaan TPT	Kemudahan pengambilan obat	<p><i>“Kalau keluarga pasien sekalian mengambil obat pasien indeks, mereka sendiri yang mengambil. Tetapi kalau hanya TPT, saya yang kadang mengantarkan ke rumah.” (IP-1)</i></p> <p><i>“Selama ini kalau saya minta biasanya terpenuhi, tetapi harus lapor dulu ke puskesmas dan mereka minta ke dinas.” (IP-1)</i></p> <p><i>“Yang paling sering adalah karena merasa sehat. Selain itu ada juga yang menolak karena rumahnya jauh, tidak ada yang mengantar ke puskesmas, atau karena sudah tua dan tidak ada yang mengambilkan obat.” (IP-2)</i></p> <p><i>“Ada beberapa pasien yang mengeluh soal transportasi, tetapi ada juga yang tidak menganggap itu masalah.” (IK-3)</i></p> <p><i>“Kader berperan sebagai ujung tombak program TPT... bahkan mengantar obat TPT ke rumah pasien bila pasien sibuk.” (IK-3)</i></p>	<p>Kemudahan dalam pengambilan obat menjadi faktor yang dapat mendorong penerimaan TPT. Ketika obat mudah diakses, dibantu pengambilannya, atau diantarkan ke rumah, keluarga lebih terbuka untuk menerima terapi. Sebaliknya, jika akses dirasa sulit, minat untuk menerima TPT cenderung menurun.</p>
Efikasi Diri dalam Menjalani TPT	Merasa mampu jika efek samping tidak berat	<p><i>“Sebenarnya bisa. Tidak ada masalah besar. Waktu itu hanya karena saya sedang hamil.” (IU-1)</i></p> <p><i>“Sepertinya tidak bisa.” (IU-5)</i></p> <p><i>“Karena kondisi saya lemah, saya juga punya asam lambung. Kadang kalau minum obat saya merasa mual.” (IU-5)</i></p> <p><i>“Karena saya sudah cek dan hasilnya negatif. Selain itu saya melihat saudara saya setelah minum obat jadi mual, jadi saya takut efek samping yang sama.” (IU-7)</i></p> <p><i>“Karena tetap takut, terutama takut efek samping dan takut mengalami hal seperti ayah.” (IU-8)</i></p> <p><i>“Saya khawatir jadi lemas. Selain itu saya melihat istri saat minum obat TB mengalami panas-dingin...” (IU-9)</i></p> <p><i>“Tetapi kebanyakan mereka takut efek samping.” (IK-1)</i></p>	<p>Keyakinan informan untuk menjalani TPT dipengaruhi oleh persepsi terhadap efek samping obat. Sebagian informan merasa sebenarnya mampu menjalani terapi, tetapi hanya bila efek samping yang muncul tidak berat dan masih dapat ditoleransi. Ketika efek samping dibayangkan berat, keyakinan untuk memulai dan menuntaskan terapi menjadi menurun.</p>

Tabel 4.7. Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Keterangan
Faktor-faktor yang Memodifikasi Penerimaan atau Penolakan TPT	Usia lanjut memengaruhi keputusan menerima terapi	<p><i>“Mereka sering bertanya apakah nanti ada keluhan kalau minum TPT, misalnya badan sakit-sakit, gatal-gatal, atau efek lain.” (IP-3)</i></p> <p><i>“Yang paling sulit adalah orang yang sudah sepuh, pendidikan rendah atau tidak sekolah...” (IP-2)</i></p>	Usia lanjut menjadi salah satu faktor yang memodifikasi keputusan menerima atau menolak TPT. Pada kelompok usia lanjut, penerimaan terapi cenderung dipengaruhi oleh keterbatasan fisik, ketergantungan pada orang lain, dan kesulitan dalam mengakses layanan atau mengambil obat. Kader juga menilai bahwa lansia sering lebih sulit diyakinkan dibanding kelompok usia lain.
Faktor-faktor yang Memodifikasi Penerimaan atau Penolakan TPT	Pendidikan memengaruhi cara memahami informasi kesehatan	<p><i>“Lansia juga kadang sulit diyakinkan.” (IP-1)</i></p> <p><i>“Yang paling sulit adalah orang yang sudah sepuh...” (IP-2)</i></p> <p><i>“...ada juga yang menolak karena rumahnya jauh, tidak ada yang mengantar ke puskesmas, atau karena sudah tua dan tidak ada yang mengambilkan obat.” (IP-2)</i></p> <p><i>“Menurut saya, yang sulit sering kali orang yang merasa lebih pintar, yang pendidikannya lebih tinggi, atau yang ekonominya lebih mapan.” (IP-1)</i></p>	Pendidikan memengaruhi cara seseorang memahami, menerima, atau menolak informasi kesehatan terkait TPT. Pada sebagian informan, pendidikan yang lebih rendah berkaitan dengan keterbatasan pemahaman. Namun pada sisi lain, kader juga menilai bahwa orang yang merasa lebih tahu atau berpendidikan lebih tinggi justru kadang lebih sulit diyakinkan, terutama bila informasi hanya datang dari kader.
Faktor-faktor yang Memodifikasi	Pekerjaan dan kesibukan harian menjadi	<p><i>“Setahu saya itu penyakit batuk. Katanya memang begitu.” (IU-6)</i></p> <p><i>“Yang paling sulit adalah orang yang sudah sepuh, pendidikan rendah atau tidak sekolah...” (IP-2)</i></p> <p><i>“Ada juga yang sulit karena merasa kader tidak cukup meyakinkan bila dibanding bidan atau petugas kesehatan.” (IP-2)</i></p> <p><i>“Ada, karena saya bekerja sebagai petani. Saya harus terus ke lahan, jadi capek dan kadang malas ke puskesmas.” (IU-4)</i></p>	Pekerjaan dan kesibukan harian menjadi pertimbangan dalam penerimaan atau penolakan TPT.

Tabel 4.7. Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Keterangan
Penerimaan atau Penolakan TPT	pertimbangan	<p><i>“Tantangannya cukup kompleks... ada faktor... kesibukan kerja pasien...” (IK-3)</i></p> <p><i>“Yang paling sering adalah takut efek samping. Mereka juga khawatir karena harus tetap bekerja.” (IP-1)</i></p> <p><i>“Faktor lingkungan yang paling terasa adalah jarak rumah yang jauh dan tidak ada yang mengantar. Musim panen juga kadang berpengaruh, karena warga sedang sibuk.” (IP-2)</i></p> <p><i>“Yang paling sering adalah kesibukan kerja. Mereka bilang sibuk bekerja atau takut lupa minum obat.” (IP-3)</i></p>	Aktivitas kerja yang padat membuat terapi pencegahan dipersepsikan sebagai beban tambahan, terutama bila pengobatan harus dijalani rutin dalam jangka panjang atau membutuhkan kunjungan ke puskesmas. Faktor ini muncul baik dari pengalaman informan utama maupun pengamatan kader dan petugas.
Faktor-faktor yang Memodifikasi Penerimaan atau Penolakan TPT	Dukungan keluarga memengaruhi keputusan akhir	<p><i>“Ada yang mendorong, yaitu istri.” (IU-9)</i></p> <p><i>“Ada, tetangga sempat menyarankan supaya saya mau minum obat.” (IU-1)</i></p> <p><i>“Tidak ada.” (IU-3)</i></p> <p><i>“Tidak ada.” (IU-7)</i></p> <p><i>“Kadang saya juga melibatkan keluarga lain untuk ikut berdiskusi.” (IP-1)</i></p> <p><i>“Ya, pernah. Saya juga pernah menceritakan contoh orang yang sudah minum TPT dan tetap sehat.” (IP-2)</i></p> <p><i>“Saya biasanya minta keluarganya ikut untuk saya edukasi tentang fungsi TPT.” (IK-1)</i></p>	Dukungan keluarga memengaruhi keputusan akhir dalam menerima atau menolak TPT. Dorongan dari pasangan, keluarga, atau orang terdekat dapat memperkuat kesiapan informan untuk mempertimbangkan terapi. Sebaliknya, ketika dukungan keluarga tidak ada atau keluarga tidak terlibat dalam proses pengambilan keputusan, penerimaan TPT lebih bergantung pada pertimbangan pribadi informan.

Tabel 4.7. Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Keterangan
Faktor-faktor yang Memodifikasi Penerimaan atau Penolakan TPT	Peran kader memengaruhi penerimaan masyarakat	<p><i>“Setiap ada pasien TB yang positif.” (IP-1)</i></p> <p><i>“Tergantung pada data pasien yang masuk dari ILS.” (IP-2)</i></p> <p><i>“Dalam satu bulan bisa sekitar 5–6 kali, bahkan bulan ini sampai 7 kali. Saya turun jika ada data dari ILS.” (IP-3)</i></p> <p><i>“Saya tetap menjelaskan tentang cara minum obat, keteraturannya, dan cara mencegah agar tidak tertular.” (IP-1)</i></p> <p><i>“Saya membujuk mereka agar datang ke puskesmas dan menjelaskan bahwa TPT penting agar tetap sehat.” (IP-2)</i></p> <p><i>“Saya rayu, saya bujuk, saya jelaskan manfaat TPT agar mereka tetap sehat dan tidak tertular.” (IP-3)</i></p> <p><i>“Peran kader sangat mendukung. Kader ikut andil dalam memberikan edukasi TPT di rumah pasien dan melakukan kunjungan rumah.” (IK-2)</i></p> <p><i>“Kader berperan sebagai ujung tombak program TPT.” (IK-3)</i></p>	<p>Peran kader memengaruhi penerimaan masyarakat terhadap TPT. Kader menjadi penghubung antara puskesmas dan keluarga pasien melalui kunjungan rumah, edukasi, pelaporan hasil investigasi, bujukan, dan dalam beberapa kasus membantu pengantaran obat. Kehadiran kader membuat program TPT lebih dekat dengan masyarakat dan membantu keluarga lebih memahami pentingnya terapi pencegahan.</p>
Faktor-faktor yang Memodifikasi Penerimaan atau Penolakan TPT	Kepercayaan masyarakat terhadap petugas kesehatan lebih tinggi dibanding kader	<p><i>“Ada juga yang sulit karena merasa kader tidak cukup meyakinkan bila dibanding bidan atau petugas kesehatan.” (IP-2)</i></p> <p><i>“Ada pasien yang awalnya tidak mau, tetapi setelah kami datang bersama petugas puskesmas dan bidan, mereka akhirnya mau menerima TPT.” (IP-3)</i></p>	<p>Kepercayaan masyarakat terhadap petugas kesehatan cenderung lebih tinggi dibanding kader. Pada beberapa keluarga, penjelasan dari kader saja belum cukup untuk membangun keyakinan, sedangkan kehadiran petugas puskesmas atau bidan membuat keluarga lebih percaya dan lebih terbuka menerima TPT. Hal ini menunjukkan bahwa</p>

Tabel 4.7. Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Keterangan
Faktor-faktor yang Memodifikasi Penerimaan atau Penolakan TPT	Stigma sosial terhadap TB masih berpengaruh	<p><i>“Karena edukasi yang berulang dan kehadiran petugas puskesmas atau bidan. Kalau hanya kader sendiri, kadang mereka kurang percaya.” (IP-3)</i></p> <p><i>“Yang menjelaskan secara detail adalah petugas kesehatan.” (IK-3)</i></p> <p><i>“Saya biasanya minta keluarganya ikut untuk saya edukasi tentang fungsi TPT.” (IK-1)</i></p>	legitimasi tenaga kesehatan formal masih sangat berpengaruh dalam keputusan keluarga.
		<p><i>“Iya, ada rasa malu, karena takut diejek. Di lingkungan masih ada yang mengejek orang yang kena TB.” (IU-1)</i></p> <p><i>“Iya, ada juga. Takut disangka sakit TB.” (IU-7)</i></p> <p><i>“Selain itu, ada juga ketakutan dan stigma. Sebagian masyarakat masih menganggap TB sebagai aib.” (IK-1)</i></p> <p><i>“Masih ada anggapan bahwa batuk darah itu akibat santet atau hal lain, bukan TB.” (IK-1)</i></p> <p><i>“Biasanya karena malu atau takut tetangga mengetahui ada petugas kesehatan datang ke rumahnya.” (IK-3)</i></p> <p><i>“Kalau soal TPT tidak terlalu ada mitos. Tetapi pada pasien yang belum mau diperiksa, masih ada yang menganggap dirinya disantet...” (IP-1)</i></p>	Stigma sosial terhadap TB masih berpengaruh dalam penerimaan atau penolakan TPT. Rasa malu, takut diejek, takut disangka sakit TB, dan kekhawatiran bila lingkungan mengetahui ada kasus TB di rumah menjadi faktor yang memengaruhi sikap keluarga terhadap terapi pencegahan.
Faktor-faktor yang Memodifikasi Penerimaan atau Penolakan TPT	Ketersediaan obat memengaruhi minat menerima TPT	<p><i>“Ketersediaan obat kadang-kadang sulit. Pasien biasanya lebih menginginkan regimen 3HP, yaitu obat yang diminum seminggu sekali. Namun, terkadang obat tersebut tidak tersedia dari dinas...” (IK-2)</i></p>	Ketersediaan obat memengaruhi minat keluarga dalam menerima TPT. Ketika obat tidak tersedia tepat waktu atau regimen yang lebih diminati tidak ada, minat yang sudah mulai terbentuk dapat menurun. Sebaliknya, ketersediaan

Tabel 4.7. Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Keterangan
		<p><i>“Yang perlu diperbaiki adalah memastikan ketersediaan obat di dinas maupun di puskesmas tetap tersedia.” (IK-2)</i></p> <p><i>“Ketersediaan logistik menjadi penyebab terhambatnya pemberian TPT.” (IK-3)</i></p> <p><i>“Bukan hanya pernah, tetapi sering. Misalnya pada tahun 2026, permintaan diajukan sejak Januari, tetapi baru didistribusikan pada akhir Maret.” (IK-3)</i></p> <p><i>“Ada juga situasi di mana pasien awalnya mau, tetapi karena obat belum tersedia beberapa bulan, saat obat datang mereka berubah pikiran dan menolak lagi.” (IK-3)</i></p> <p><i>“Saat ini sudah tersedia, walaupun dulu pernah terlambat.” (IP-3)</i></p> <p><i>“Menurut saya, obat jangan sampai terlambat tersedia di puskesmas...” (IP-3)</i></p>	<p>obat yang jelas dan lancar dapat mendukung penerimaan terapi.</p>
<p>Faktor-faktor yang Memodifikasi Penerimaan atau Penolakan TPT</p>	<p>Jenis regimen yang lebih singkat lebih disukai masyarakat</p>	<p><i>“Untuk stok obat sebenarnya tidak pernah terlambat dan selalu tersedia. Namun pasien lebih suka regimen yang seminggu sekali, yaitu 3HP. Sedangkan stok yang lebih tersedia di puskesmas adalah 6H, yaitu obat yang diminum setiap hari. Karena itu banyak pasien kurang berminat, sebab mereka menginginkan obat yang lebih praktis.” (IK-1)</i></p> <p><i>“Pasien biasanya lebih menginginkan regimen 3HP, yaitu obat yang diminum seminggu sekali.” (IK-2)</i></p> <p><i>“Yang lebih disukai jelas 3HP karena waktunya lebih singkat dibanding 6H.” (IK-3)</i></p> <p><i>“Obat 3HP sangat jarang tersedia, padahal banyak keluarga pasien lebih tertarik dengan regimen ini.” (IK-3)</i></p> <p><i>“Biasanya mereka bertanya apakah obat TPT bisa diminum seminggu sekali atau sebulan sekali. Mereka maunya regimen yang tidak terlalu</i></p>	<p>Jenis regimen yang lebih singkat lebih disukai masyarakat karena dipersepsikan lebih praktis, lebih ringan, dan lebih mungkin dijalani sampai selesai. Sebaliknya, regimen harian yang panjang dipandang membebani, terutama bagi orang yang merasa dirinya masih sehat.</p>

Tabel 4.7. Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Keterangan
Perilaku Penerimaan atau Penolakan TPT pada Kontak Serumah	Menerima TPT secara langsung setelah diberi edukasi	<p><i>sering diminum.” (IP-1)</i> <i>“Perlu edukasi supaya orang paham. Kalau bisa, lama pengobatannya juga dipersingkat.” (IU-7)</i> <i>“Menurut saya, lama pengobatannya jangan terlalu lama. Kalau bisa lebih singkat.” (IU-9)</i></p>	<p>Sebagian kontak serumah menunjukkan kesiapan menerima TPT setelah mendapatkan penjelasan yang cukup. Penerimaan ini biasanya muncul ketika informan memahami bahwa TPT adalah upaya pencegahan dan tidak merasa ada hambatan besar untuk menjalaninya. Temuan dari petugas dan kader juga menunjukkan bahwa pada sebagian keluarga, edukasi yang jelas dapat langsung diikuti dengan penerimaan.</p>
		<p><i>“Ya, saya mau.” (IU-2)</i></p> <p><i>“Ya, kalau memang itu untuk pencegahan saya mau.” (IU-2)</i> <i>“Beragam. Ada yang langsung mau minum obat, ada yang takut, dan ada juga yang mengatakan ingin berpikir dulu.” (IK-2)</i> <i>“Pernah, misalnya di Candirenggo. Setelah diberi edukasi dan diarahkan ke puskesmas, keluarga pasien langsung datang dan tidak banyak keberatan.” (IP-2)</i></p>	
Perilaku Penerimaan atau Penolakan TPT pada Kontak Serumah	Menolak TPT karena takut efek samping	<p><i>“Saya tahu manfaatnya untuk mencegah, tetapi waktu itu saya menolak karena saya sedang hamil dan takut efek sampingnya.” (IU-1)</i></p>	<p>Penolakan TPT paling banyak berkaitan dengan ketakutan terhadap efek samping obat. Kekhawatiran ini muncul dari pengalaman melihat pasien TB minum obat, dugaan tentang keluhan yang mungkin timbul, serta rasa takut bahwa tubuh yang sedang sehat justru akan terganggu oleh obat pencegahan.</p>
		<p><i>“Karena saya takut efek samping seperti yang dialami paman saya.” (IU-4)</i> <i>“Karena saya sudah cek dan hasilnya negatif. Selain itu saya melihat saudara saya setelah minum obat jadi mual, jadi saya takut efek samping yang sama.” (IU-7)</i></p>	

Tabel 4.7. Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Keterangan
Perilaku Penerimaan atau Penolakan TPT pada Kontak Serumah	Menolak TPT karena merasa sehat	<p>“Saya takut efek sampingnya, terutama takut kulit menjadi hitam seperti yang saya lihat pada ayah dan juga tetangga yang pernah sakit TB.” (IU-8)</p> <p>“Karena saya takut efek samping dan merasa berat kalau harus minum obat selama 6 bulan.” (IU-9)</p> <p>“Tetapi kebanyakan mereka takut efek samping.” (IK-1)</p> <p>“Yang paling sering adalah takut efek samping. Mereka juga khawatir karena harus tetap bekerja.” (IP-1)</p> <p>“Saya merasa sehat, jadi takut kalau minum obat setiap hari nanti ada efeknya.” (IU-5)</p>	Penolakan TPT juga banyak dipengaruhi oleh perasaan bahwa diri masih sehat, tidak bergejala, dan karena itu tidak membutuhkan obat. Dalam persepsi informan, obat lebih cocok diberikan kepada orang yang sakit. Selama tubuh masih terasa sehat, TPT dipandang belum diperlukan meskipun mereka tinggal serumah dengan pasien TB.
		<p>“Saya tahunya yang diberi obat hanya yang sakit saja.” (IU-6)</p> <p>“Saya tidak mau, karena saya merasa insyaallah sehat dan tidak tertular.” (IU-7)</p> <p>“Alasan yang paling sering saya dengar adalah takut efek samping dan merasa tidak sakit sehingga tidak perlu minum obat.” (IK-1)</p> <p>“Yang paling sering adalah, ‘Saya sehat, kenapa harus minum obat?’ Mereka merasa sehat walaupun tinggal serumah dengan pasien TB.” (IP-2)</p>	
Perilaku Penerimaan atau Penolakan TPT pada Kontak Serumah	Berubah dari menolak menjadi menerima setelah edukasi berulang	<p>“Kalau sekarang, setelah saya lebih jelas, saya akan menyarankan. Biar sehat semua.” (IU-8)</p>	Pada sebagian kasus, penolakan terhadap TPT tidak bersifat tetap. Informan atau keluarga yang awalnya menolak dapat berubah menjadi menerima setelah memperoleh penjelasan berulang, edukasi yang lebih meyakinkan,

Tabel 4.8. Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Keterangan
Perilaku Penerimaan atau Penolakan TPT pada Kontak Serumah	Bersedia jika obat lebih praktis atau lebih singkat	<p><i>“Ada juga di Sekowangi, yang awalnya menolak lalu berubah mau setelah diberi penjelasan beberapa kali.” (IP-2)</i></p> <p><i>“Karena sudah diberi penjelasan terus-menerus dan dibujuk bahwa TPT itu untuk menjaga kesehatan dan mencegah tertular.” (IP-2)</i></p> <p><i>“Ada yang awalnya tidak mau, tetapi setelah dijelaskan dan dibantu pengantaran obat ke rumah, akhirnya mau.” (IP-1)</i></p> <p><i>“Ada pasien yang awalnya tidak mau, tetapi setelah kami datang bersama petugas puskesmas dan bidan, mereka akhirnya mau menerima TPT.” (IP-3)</i></p>	<p>dan kunjungan lanjutan dari kader maupun petugas kesehatan.</p>
		<p><i>“Menurut saya, obatnya jangan banyak-banyak dan jangan lama-lama. Kalau bisa lebih singkat.” (IU-5)</i></p> <p><i>“Perlu edukasi supaya orang paham. Kalau bisa, lama pengobatannya juga dipersingkat.” (IU-7)</i></p> <p><i>“Menurut saya, lama pengobatannya jangan terlalu lama. Kalau bisa lebih singkat.” (IU-9)</i></p> <p><i>“Pasien biasanya lebih menginginkan regimen 3HP, yaitu obat yang diminum seminggu sekali.” (IK-2)</i></p> <p><i>“Yang lebih disukai jelas 3HP karena waktunya lebih singkat dibanding 6H.” (IK-3)</i></p> <p><i>“Biasanya mereka bertanya apakah obat TPT bisa diminum seminggu sekali atau sebulan sekali. Mereka maunya regimen yang tidak terlalu sering diminum.” (IP-1)</i></p>	<p>Sebagian kontak serumah menunjukkan kesediaan yang lebih besar untuk menerima TPT bila obat dipersepsikan lebih praktis atau lebih singkat. Regimen yang lebih pendek dianggap lebih realistis dan lebih mungkin dijalani dibandingkan pengobatan harian jangka panjang.</p>

4.12 Rangkuman Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian kualitatif ini, diperoleh kerangka konsep baru yang menjelaskan penerimaan atau penolakan TPT pada kontak serumah pasien TB. Kerangka konsep ini dikembangkan dari analisis mendalam terhadap pengalaman kontak serumah, petugas program TB puskesmas, dan kader TB/ILS di Kabupaten Pringsewu. Temuan penelitian menunjukkan bahwa keputusan kontak serumah terhadap TPT tidak hanya dipengaruhi oleh persepsi individu terhadap risiko penyakit dan manfaat pengobatan, tetapi juga oleh hambatan yang dirasakan, keyakinan diri untuk menjalani terapi, dukungan keluarga, peran kader, serta faktor sistem pelayanan kesehatan.

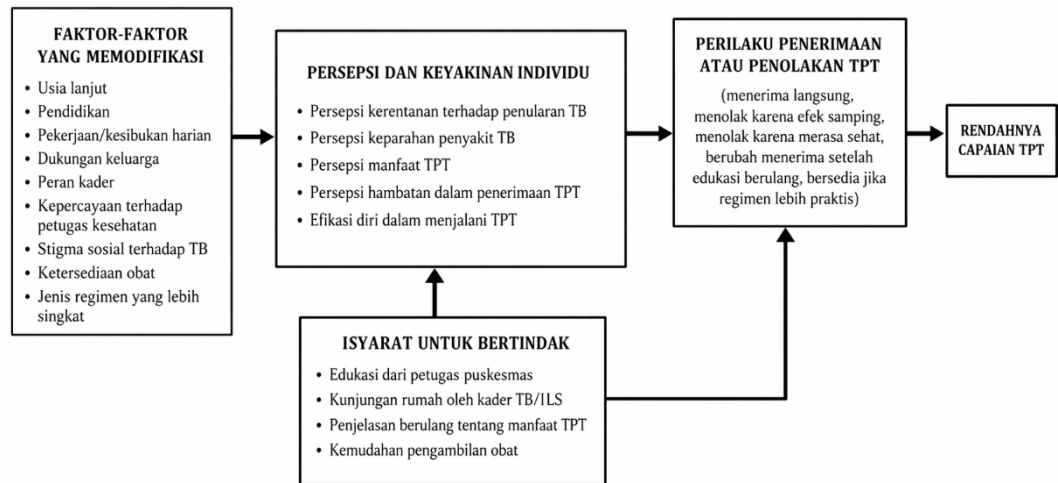
Pada tingkat persepsi individu, penelitian ini menunjukkan bahwa penerimaan atau penolakan TPT dipengaruhi oleh persepsi kerentanan terhadap penularan TB, persepsi keparahan penyakit TB, persepsi manfaat TPT, persepsi hambatan dalam penerimaan TPT, dan efikasi diri dalam menjalani TPT. Kontak serumah yang merasa dirinya berisiko tertular, memandang TB sebagai penyakit berbahaya, dan memahami TPT sebagai upaya pencegahan cenderung lebih terbuka untuk mempertimbangkan terapi. Namun, persepsi tersebut tidak selalu cukup kuat untuk mendorong penerimaan, karena masih berhadapan dengan hambatan seperti takut efek samping, merasa sehat, durasi pengobatan yang dianggap terlalu lama, rasa malu, dan kendala akses terhadap layanan.

Pada tingkat isyarat untuk bertindak, hasil penelitian menunjukkan bahwa edukasi dari petugas puskesmas, kunjungan rumah oleh kader TB/ILS, serta kemudahan pengambilan obat menjadi pemicu penting yang mendorong kontak serumah untuk mempertimbangkan atau menerima terapi. Temuan ini menunjukkan bahwa keputusan menerima TPT tidak lahir secara spontan, melainkan dibentuk melalui proses komunikasi, dukungan, dan pendampingan yang berulang.

Pada tingkat faktor pemodifikasi, penelitian ini menemukan bahwa usia lanjut, pendidikan, pekerjaan atau kesibukan harian, dukungan keluarga, peran kader, kepercayaan masyarakat terhadap petugas kesehatan, stigma sosial terhadap TB, ketersediaan obat, serta jenis regimen yang lebih singkat merupakan faktor-faktor luar yang memengaruhi keputusan kontak serumah. Faktor-faktor ini bekerja dengan memperkuat atau melemahkan persepsi individu, memengaruhi efektivitas isyarat untuk bertindak, dan pada akhirnya membentuk perilaku akhir terhadap TPT.

Pada tingkat perilaku akhir, penelitian ini menunjukkan bahwa kontak serumah dapat memperlihatkan beberapa bentuk respons, yaitu menerima TPT secara langsung setelah diberi edukasi, menolak TPT karena takut efek samping, menolak karena merasa sehat, berubah dari menolak menjadi menerima setelah edukasi berulang, serta bersedia menerima terapi bila obat lebih praktis atau lebih singkat. Dengan demikian, perilaku terhadap TPT pada penelitian ini tidak bersifat sederhana antara menerima dan menolak, tetapi merupakan hasil interaksi yang dinamis antara persepsi, keyakinan, dukungan sosial, dan faktor pelayanan kesehatan.

Kerangka konsep baru ini menunjukkan bahwa penerimaan TPT pada kontak serumah pasien TB merupakan hasil interaksi antara faktor pemodifikasi, persepsi dan keyakinan individu, isyarat untuk bertindak, serta perilaku akhir. Oleh karena itu, upaya peningkatan cakupan TPT tidak cukup hanya menekankan penyampaian informasi tentang manfaat obat, tetapi juga perlu menargetkan pengurangan rasa takut terhadap efek samping, perbaikan persepsi tentang risiko pada orang yang masih sehat, penguatan peran keluarga dan kader, peningkatan kepercayaan terhadap petugas kesehatan, serta jaminan ketersediaan regimen yang lebih dapat diterima masyarakat.



Gambar 4.1. Rangkuman Hasil Penelitian

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai pelaksanaan TPT pada kontak serumah pasien TB di Kabupaten Pringsewu, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Faktor-faktor yang menjadi hambatan dalam pelaksanaan program TPT pada kontak serumah pasien TB di Kabupaten Pringsewu meliputi hambatan individual (rasa takut terhadap efek samping obat, perasaan sehat, serta keberatan terhadap lamanya durasi pengobatan), sosial (stigma terhadap TB, rasa malu, dan takut dianggap menderita TB), dan sistem layanan yang kurang memadai (kesulitan akses ke puskesmas, keterbatasan transportasi, serta ketersediaan obat yang belum selalu optimal). Hal ini menunjukkan bahwa rendahnya penerimaan TPT tidak disebabkan oleh satu faktor tunggal, tetapi merupakan hasil interaksi berbagai hambatan yang saling berkaitan.
2. Persepsi dan sikap kontak serumah terhadap pelaksanaan TPT dalam upaya mencegah penularan TB menunjukkan bahwa sebagian informan memiliki persepsi kerentanan yang rendah karena merasa sehat, sedangkan sebagian lain menunjukkan persepsi keparahan TB yang tinggi karena memandang TB sebagai penyakit berbahaya dan menular. Sikap terhadap TPT bersifat dinamis, yaitu ada yang langsung menerima setelah edukasi, ada yang menolak, dan ada pula yang berubah menerima setelah mendapatkan penjelasan berulang.
3. Peran dan tantangan tenaga kesehatan serta kader TB/Kader Inisiasi Lampung Sehat sangat penting dalam mendukung keberhasilan pelaksanaan program TPT di Kabupaten Pringsewu. Tenaga kesehatan berperan dalam skrining, edukasi, konseling, dan memberikan legitimasi

medis yang meningkatkan kepercayaan masyarakat. Kader berperan sebagai penghubung antara puskesmas dan keluarga melalui kunjungan rumah, edukasi berulang, pendampingan, serta membantu akses layanan. Tantangan yang dihadapi meliputi masih rendahnya penerimaan masyarakat, kebutuhan edukasi berulang, stigma sosial, keterbatasan waktu keluarga, serta kendala logistik obat. Oleh karena itu, keberhasilan program TPT memerlukan sinergi yang kuat antara tenaga kesehatan, kader, dan keluarga pasien.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu

1. Data dan hasil Penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar pengambilan kebijakan dan intervensi dalam perbaikan program TB serta dalam pembentukan dan pengembangan desa siaga TB di Kabupaten Pringsewu.
2. Menjamin ketersediaan obat TPT secara berkelanjutan, terutama regimen 3HP dan 3HR agar minat masyarakat yang sudah terbentuk tidak menurun akibat kekosongan obat.
3. Menyusun program edukasi masyarakat tingkat kabupaten mengenai TB dan TPT melalui media cetak, media sosial, radio lokal, serta kegiatan masyarakat untuk menurunkan stigma bahwa TB adalah aib dan meningkatkan pemahaman bahwa TPT merupakan upaya pencegahan.
4. Meningkatkan pelatihan berkala bagi tenaga kesehatan dan kader terkait komunikasi perubahan perilaku, konseling TPT, penanganan efek samping ringan, serta teknik edukasi keluarga berbasis komunitas.
5. Mengembangkan sistem monitoring dan evaluasi cakupan TPT pada kontak serumah di setiap puskesmas, termasuk pencatatan jumlah yang menolak, alasan penolakan, dan tindak lanjut yang dilakukan.

6. Memberikan dukungan operasional bagi kader berupa insentif, transportasi kunjungan rumah, serta alat bantu edukasi agar peran kader di lapangan lebih optimal.

6.2.2 Bagi Petugas Kesehatan

1. Melakukan skrining kontak serumah secara aktif dan cepat setiap kali ditemukan pasien TB, sehingga peluang pemberian TPT tidak terlambat.
2. Memberikan edukasi individual dan keluarga secara sederhana, jelas, dan berulang mengenai risiko penularan TB, manfaat TPT, keamanan obat, serta pentingnya pencegahan meskipun seseorang merasa sehat.
3. Menyusun jadwal tindak lanjut bagi keluarga yang menolak TPT, melalui kunjungan ulang, telepon, atau konseling lanjutan, karena penolakan awal belum tentu bersifat permanen.
4. Melibatkan pasangan, orang tua, atau anggota keluarga lain dalam proses edukasi agar terbentuk dukungan keluarga terhadap penerimaan TPT.
5. Mempermudah pelayanan melalui jam layanan fleksibel, pengambilan obat lebih cepat, atau koordinasi dengan kader untuk distribusi obat, terutama bagi keluarga dengan kendala akses.
6. Upaya peningkatan cakupan TPT perlu dilakukan melalui pendekatan berbasis keluarga dan komunitas, edukasi yang berkelanjutan, penguatan peran kader, penyediaan regimen yang lebih praktis, serta jaminan ketersediaan obat dan akses layanan yang mudah.

6.2.3 Bagi Kader Posyandu

1. Melakukan kunjungan rumah secara rutin kepada keluarga pasien TB untuk memberikan informasi, motivasi, dan pemantauan kontak serumah yang berisiko.

2. Menyampaikan edukasi dengan bahasa sederhana dan sesuai budaya masyarakat, terutama menjelaskan bahwa TPT adalah obat pencegahan bagi orang sehat yang berisiko.
3. Menjadi penghubung aktif antara keluarga dan puskesmas, termasuk membantu menjadwalkan pemeriksaan, mengingatkan pengambilan obat, dan menyampaikan kendala keluarga kepada petugas kesehatan.
4. Membantu menurunkan stigma TB di masyarakat melalui penyuluhan di kegiatan posyandu, pengajian, atau pertemuan warga.
5. Memberikan dukungan moral kepada keluarga yang sedang menjalani TPT agar lebih percaya diri dan termotivasi menyelesaikan terapi.

6.2.4 Bagi Kontak Serumah

1. Bersedia mengikuti skrining TB dan pemeriksaan kesehatan ketika ada anggota keluarga yang menderita TB, karena kontak serumah merupakan kelompok berisiko tinggi.
2. Memahami bahwa merasa sehat tidak selalu berarti bebas risiko, sehingga TPT perlu dipertimbangkan sebagai upaya perlindungan diri dan keluarga.
3. Berkonsultasi langsung kepada petugas kesehatan bila memiliki kekhawatiran mengenai efek samping obat, bukan hanya berdasarkan cerita orang lain.
4. Mematuhi jadwal minum obat dan kontrol bila telah memulai TPT, serta segera melapor jika ada keluhan selama terapi.
5. Memberikan dukungan antaranggota keluarga dalam menjalani TPT, termasuk saling mengingatkan minum obat dan menjaga lingkungan rumah yang sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Ab, A. S. N., Asrina, A., & Hamzah, W. (2025). *Pengendalian Faktor Risiko Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 Tentang Penanggulangan TB Paru Di Kabupaten Takalar*. 5, 8566–8578.P
- Akbar, H., Kamaruddin, S. A., & Adam, A. (2024). *Stigmatization and social discrimination of pulmonary tuberculosis patients in Kotamobagu City, North Sulawesi: A qualitative study*. *Svāsthya.*, 2(1), e79. <https://doi.org/10.70347/svsthya.v2i1.79>
- Alfin Al Mukhtary (2023). *Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Pencegahan Penularan Tuberkulosis Pada Penderita Tuberkulosis Di Puskesmas Sumbersari Jember*. <https://repo.uds.ac.id/id/eprint/1138/1/19010002%20Alfin%20A1%20Mughtary.pdf>
- Aminuddin, Collein I., & Ismunandar. (2025). *Poltekita : Jurnal Ilmu Kesehatan Development of a TB Treatment Compliance Instrument using the Health Belief Model*. 19(1), 114–121. <https://doi.org/10.33860/jik.v19i1.3883>
- Amir, N., & Yulian, R. D. (2022). *Pengertian TB*. *Prosiding STIKES Bethesda*, 1(1), 139–149.
- An, Y., & Khun, K. E. (2024). *Factors associated with incomplete tuberculosis preventive treatment : a retrospective analysis of six - years programmatic data in Cambodia*. *Scientific Reports*, 1–7. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-67845-6>
- Anees Alyafei; Raul Easton-Carr. (2024). *The Health Belief Model of Behavior Change*. *Nastional Library Of Madicine*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/>
- Ariq Hotip, M., & Widati Sri. (2024). *Perilaku Pengobatan Pasien TBC Berdasarkan Teori Health Belief Model :Literatur Review*. *Jurnal Kesmas Asclepius*, 6, 289–296.
- Arming, A. L. G., Pramono, J. S., Kalsum, U., & Askur. (2025). *Family-Based Interventions in Preventing Transmission of Pulmonary Tuberculosis: A Cross-Sectional Study in Samarinda, Indonesia*. <https://doi.org/10.29313/gmhc.v13i3.8352>
- Atzmardina, Z., Pricillia, P. R., Larissa, O., & Audryan, R. (2025). *Strategi Peningkatan Cakupan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT)*. 3.

- Bartu, V. (2016). *Importance of TB contact investigations*. *Respiratory Medicine Case Reports*, 18, 87–89. <https://doi.org/10.1016/j.rmcr.2016.05.001>
- Baskaran, T. P., Dwivedi, R., Baskaran, T. P., Rehana, V. R., Baskaran, T. P., Gupta, M. K., Srikanth, S., & Baskaran, T. P. (2024). *Challenges and Barriers Faced by People with TB and Healthcare Workers Providing TB Care and Management – A Qualitative Study*. *Indian Journal of Public Health*, 68(2), 167–174. https://doi.org/10.4103/ijph.ijph_1151_23
- Bezerra, J. M. V., Silva, J., Soares, K. C. B., Costa, L. É. L. da, Monteiro, M. de P. M., & Temóteo, R. C. de A. (2025). *Estigmas sociais acerca da tuberculose e o impacto no diagnóstico e tratamento da doença*. *Revista de Pesquisa Interdisciplinar*, 8, 252–263. <https://doi.org/10.56814/rpi.v8ic.2281>
- Bolon, C. M. T., Pasaribu, V. R., Manurung, R., Rina, P., Medan, U. I., & Model, H. B. (2021). *Efektivitas Pemberian Kesehatan The Health Belief Model Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Tb Paru Di Rs Tni Al Dr . Komang Makes Belawan*. 7(2), 137–141.
- Braga, S. K. M., Oliveira, T. da S., Flavio, F. F., Vêras, G. C. B., Silva, B. N. da, & Silva, C. R. D. V. (2020). *Estigma, prejuicio y adhesión al tratamiento: representaciones sociales de personas con tuberculosis*. 11(1). <https://doi.org/10.15649/CUIDARTE.785>
- Budiarti, I., & Syarif, S. (2025). *Obat Di Kota Jakarta Barat*. 9(April), 693–700.
- Br, R. P. (2025). *Hubungan Motivasi Berbasis Health Belief Model terhadap Kepatuhan Minum Obat Anti Tuberkulosis pada Penderita Tuberkulosis di Kabupaten Karo*.
- Chaychoowong, K. (2019). *Life experiences of pulmonary tuberculosis patients affected by delays in treatment, in thailand*. 5(3), 63–77. <https://doi.org/10.20319/LIJHLS.2019.53.6377>
- Chen, H., Zhang, H., Cheng, J., Sun, D., Wang, Q., Wu, C., Liu, Y., Xia, Y., Xu, C., & Zhang, C. (2024). *International Journal of Infectious Diseases Adherence to preventive treatment for latent tuberculosis infection in close contacts of pulmonary tuberculosis patients : A cluster-randomized controlled trial in China*. *International Journal of Infectious Diseases*, 147, 107196. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2024.107196>
- Chukwuogo, O., Daniel, O. J., Ihesie, A., Eneogu, R., Odume, B., Agbaje, A., Nongo, D., Kuye, J., Oyelaran, O., Van Gemert, W., Mupfumi, L., Akpanowo, E., Asume, S., D’auvergne, C., Chijioko-Akaniro, O., Anyaika, C., & Olarewaju, S. O. (2025). *Knowledge, enablers, and barriers to TB preventive treatment among health care workers*. *Public Health Action*, 15(3), 113–117. <https://doi.org/10.5588/pha.24.0044>
- Conway, S. (2022). *Towards Shorter, Child-Friendly Regimens for Treatment of Tuberculosis Disease and Infection in Children*. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 42(3), e77–e79. <https://doi.org/10.1097/inf.00000000000003729>

- Costa, E. de J. da. (2023). *Assessing the acceptability of TB preventive therapy among household contacts in Dili Municipality*, Implementation research. 2023.
- Dandriyal, A., & Ilma, B. (2025). Evaluation of Public Awareness and Attitudes toward Tuberculosis Prevention and Control. <https://doi.org/10.5281/zenodo.16521789>
- Davidson, G. S., Davidson, D. U., Okoye, O. K., Mensah, L. S., Ukaegbu, E. C., Agbor, D. B. A., Adegbola, M. O., Eneyo, U. S., Osuluku, B. A., Dinyain, T. O., Okeke, A. A., Okah, M. J., Owulu, A. I., Peterson, J. C., Onyekweli, S. O., Omoruyi, G. O., Adebisi, O. S., Atoyebi, F. A., Omeje, A. C., ... Uche, C. J. (2024). *Overview of Tuberculosis: Causes, Symptoms and Risk Factors*. *Asian Journal of Research in Infectious Diseases*, 15(9), 8–19. <https://doi.org/10.9734/ajrid/2024/v15i9370>
- Devi, K., Malaisamy, S., Kalpita, M., & Kavita, S. (2022). *Strategies to detect and manage latent tuberculosis infection among household contacts of pulmonary TB patients in high TB burden countries - a systematic review and meta-analysis*. 842–863. <https://doi.org/10.1111/tmi.13808>
- Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu. (2024). *Profil Kesehatan tahun 2024*. Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu.
- Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. (2024). *Profil Kesehatan tahun 2024*. Dinas Kesehatan Provinsi Lampung.
- Editor, D. (2025). *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases Strengthening the global Response to Tuberculosis : Insights from the 2024 WHO global TB report*. *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*, 39, 100522. <https://doi.org/10.1016/j.jctube.2025.100522>
- Fadhilah, N., & Bowo, I. T. (2025). *Prediksi penerimaan terapi pencegahan tuberkulosis pada kontak serumah dengan pendekatan health belief model (HBM)*. *Holistik*, 19(4), 663–671. <https://doi.org/10.33024/hjk.v19i4.993>
- Fahreza, E. U., Inas, S., Lahdji, A., Tatijs, B., & Aquila, F. F. G. F. I. (2025). *Pengetahuan dan Perilaku Keluarga Kontak Erat Pasien TB Dalam Upaya Terapi Pencegahan TBC (TPT) di Wilayah Kedungmundu*. 859–867. <https://doi.org/10.26714/uwc.v8.859-867.2025>
- Fitriyanti, D., Herniza, H., & ' Rahmalia, S. (2025). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Alat Pelindung Diri (APD) Oleh Tenaga Kesehatan dan Keluarga Pasien Dalam Tatalaksana Pasien Tb Di Rumah Sakit: Literature Review*. *Jurnal Ners*. <https://doi.org/10.31004/jn.v10i1.51614>
- Fitriyani, L., & Dwijayanti, F. (2023). *Hubungan Perceived Susceptibility, Perceived Severity, Perceived Benefits, Perceived Barrier, Cut Of Action Dan Self Efficacy Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Tuberkulosis Di Puskesmas Pancoran Mas Kota*. 4, 912–920.

- Galistiani, G. F., & Hapsari, I. (2025). *Peran Sosiodemografi Dalam Kepatuhan Pengobatan Tuberkulosis : Tinjauan Naratif*. 9, 5775–5786.
- Gebremariam, R. B., Wolde, M., & Beyene, A. (2021). *Determinants of adherence to anti-TB treatment and associated factors among adult TB patients in Gondar city administration, Northwest, Ethiopia: based on health belief model perspective*. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 40(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s41043-021-00275-6>
- Gumara, A., Sari, R. E., Wardiah, R., Nasution, H. S., Ji, A., No, J. B., Darat, M., Jambi, K., Kota, L., & Muaro, K. (2025). *Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Minum Obat Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) di Wilayah Kerja Puskesmas Putri Ayu Kota Jambi Universitas Jambi* ,
- Gupta, A., Sharma, M. K., & Mahendran, C. (2024). *Tuberculosis in the elderly population*. *Santosh University Journal of Health Sciences*, 10(1), 105–107. https://doi.org/10.4103/sujhs.sujhs_22_24
- Haas, M. K., Aiona, K., Erlandson, K. M., & Belknap, R. W. (2021). *Higher Completion Rates With Self-administered Once- weekly Isoniazid-rifampentine Versus Daily Rifampin in Adults With Latent Tuberculosis*. 80204(9), 3459–3467. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1364>
- Hasanah, M. (2025). *Faktor Pendukung Dan Penghambat Implementasi Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT): Studi Literatur*. *Jurnal Pendidikan Kesehatan*. <https://doi.org/10.64931/jks.v5i2.187>
- Horter, S., Achar, J., Gray, N., Parpieva, N., Tigay, Z., Singh, J., & Stringer, B. (2020). *Patient and health-care worker perspectives on the short-course regimen for treatment of drug-resistant tuberculosis in Karakalpakstan, Uzbekistan*. *PLOS ONE*, 15(11). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0242359>
- Hendri, M., & Yani, F. F. (2021). *Analisa Pelaksanaan Investigasi Kontak Dan Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis Pada Anak di Kota Pariaman Tahun 2020*. *Human Care Journal*, 6(2), 406–415.
- Ihesie, A., Chukwuogo, O., Eneogu, R., Daniel, O. J., Agbaje, A., Odume, B., Nongo, D., Ohikhuai, C., Kadiri-Eneh, N., Oyelaran, O., Obianeri, V., Van Gemert, W., Masini, E., D'auvergne, C., Ochuko, U., Anyaike, C., & Olarewaju, S. O. (2024). *Acceptance and Completion Rates of 3-Month Isoniazid-Rifampicin (3HR) Tuberculosis Preventive Treatment (TPT) Among Contacts of Bacteriologically Confirmed TB Patients—Patients' and Healthcare Workers' Perspectives*. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 9(12), 301. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed9120301>
- Juliarta, I. G., Mulyantari, N. K., & Yasa, P. I. W. (2018). *Gambaran Hepatotoksisitas (Alt / Ast) Penggunaan Obat Anti Tuberkulosis Lini Pertama Dalam Pengobatan Pasien Tuberkulosis Paru Rawat Inap Di Rsup Sanglah Denpasar Tahun 2014* Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran

- Universitas Udayana SMF Pat. *E- Journal Medika*, 7(10), 2303–1395.
<http://ojs.unud.ac.id/index.php/eum>
- Kaswandani, N., Jasin, M. R., & Nugroho, G. (2022). Infeksi Laten Tuberkulosis pada Anak: Diagnosis dan Tatalaksana. *Sari Pediatri*, 24(2), 134–140.
- Karbito, K., Muslim, A., & Helmy, H. (2024). *Analisis Faktor Paparan dan Faktor Lingkungan Tempat Tinggal dengan Kejadian Infeksi Tuberkulosis Laten (Studi pada Keluarga Pasien Tuberkulosis Aktif di Kota Semarang - Jawa Tengah)*. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*, 23(3), 311–319.
<https://doi.org/10.14710/jkli.23.3.311-319>
- Kham-ai, N., Seangpraw, K., & Ong-artborirak, P. (2024). Using the Health Belief Model to Predict Tuberculosis Preventive Behaviors among Tuberculosis Patients' Household Contacts During the COVID-19 Pandemic in the Border Areas of Northern Thailand. <https://doi.org/10.3961/jpmph.23.453>
- Khan, M. S., Rabbi, F., Khan, I. A., Khan, U. A., Khan, M. S., Rabbi, F., Khan, I. A., & Khan, U. A. (2025). *Cross-sectional study of tuberculosis infection among household contacts of patients with pulmonary tuberculosis*. *Infectious Diseases Journal: IDJ*, 34(3), 213–219.
<https://doi.org/10.61529/idjp.v34i3.435>
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Lembar Balik: Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020–2024*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020b). *Petunjuk Teknis Penanganan Infeksi Laten Tuberkulosis (ILTB)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI (2021). *Launching Perpres tentang Penanggulangan Tuberkulosis*. <https://upk.kemkes.go.id/new/launching-perpres-tentang-penanggulangan-tuberkulosis>
- Kementerian Kesehatan RI (2025). *Aksi Nyata Percepatan Eliminasi Tuberkulosis di Indonesia*. <https://kemkes.go.id/id/47510>
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Laporan Program Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia*. https://www.tbindonesia.or.id/wp-content/uploads/2023/02/Laporan-Tahunan-Program-TBC-2021_Final-20230207.pdf
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Laporan Program Penanggulangan Tuberkulosis Tahun 2022*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Petunjuk Teknis Tatalaksana Tuberkulosis Anak dan Remaja*. <https://www.tbindonesia.or.id/wp-content/uploads/2024/02/Final-Petunjuk-Teknis-Tata-Laksana-TBC-Anak-dan-Remaja-2023.pdf>
- Kementerian Kesehatan RI. (2024). *Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 Dalam Angka*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2024). *Cegah dan Obati Tb dengan Terapi Pencegahan Tuberkulosis*. Jakarta; 22 Maret 2024. <https://kemkes.go.id/id/cegah-dan-obati-tb-dengan-terapi-pencegahan-tuberkulosis>
- Kementerian Kesehatan RI (2024). *Stop Diskriminasi, Temukan dan Obati Penderita Tuberkulosis Sampai Sembuh*. <https://ayosehat.kemkes.go.id/stop-diskriminasi-temukan-dan-obati-penderita-tuberkulosis-sampai-semuh>
- Kementerian Kesehatan RI (2025). *Aksi Nyata Percepatan Eliminasi Tuberkulosis di Indonesia*. <https://kemkes.go.id/id/47510>
- Khamai, N., Seangpraw, K., & Ong-artborirak, P. (2024). *Using the Health Belief Model to Predict Tuberculosis Preventive Behaviors Among Tuberculosis Patients' Household Contacts During the COVID-19 Pandemic in the Border Areas of Northern Thailand*. 2019, 223–233.
- Kusumaningrum, A., Hikayati, H., & Lengga, V. M. (2017). *Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan tradisional/komplementer pada keluarga dengan penyakit tidak menular*. *Proceeding Seminar Nasional Keperawatan*, 3(1), 254–263.
- Kumar, A., Palle, E., Kodali, P. B., & Thankappan, K. R. (2025). *What influences the people's trust on public healthcare system in Bihar, India? A mixed methods study*. *BMC Health Services Research*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12395-4>
- Kusumaningrum, A., Wulandari, G., & Kautsar, A. (2023). *Tuberkulosis di Indonesia: Apakah Status Sosial-Ekonomi dan Faktor Lingkungan Penting?* *Jurnal Ekonomi Dan Pembangunan Indonesia*, 23(1), 1–14. <https://doi.org/10.21002/jepi.2023.01>
- Lahuo, S., Tololiu, K. E., Haryanto, J., & Wulansari, D. (2024). *Dukungan Keluarga untuk Kepatuhan Pengobatan Tuberkulosis Paru*. *Journal of Telenursing (Joting)*. <https://doi.org/10.31539/joting.v6i1.9115>
- Levani, Y., Alfaray, R. I., Zharfan, R. S., Dewayani, A., Fauzia, K. A., Saruuljavkhlan, B., Paramita, A. L., Rahmayanti, M., Mochtar, N. M., Musthofa, K., Nasrullah, D., & Subkhan, M. (2021). *The Presence of Other TB Cases in the Family as a Substantial Factor Influencing the Level of Knowledge and Perception of TB patients*. 4(1), 26–29. <https://doi.org/10.20473/BHSJ.V4I1.25690>

- Luces, M. R. S. (2025). Perceptions, Predictors, and Pathways: *A Mixed Methods Study on TPT Adherence among Household Contacts of TB Cases*. *International Journal of Research and Scientific Innovation*, *XII(XV)*, 1876–1941. <https://doi.org/10.51244/ijrsi.2025.1215000149p>
- Liu, C. (2025). *Predictors of Tuberculosis Preventive Treatment Completion in College Students : A High Adherence Study in China*. February.
- Maina, T., Willetts, A., Ngari, M., & Osman, A. (2021). *Tuberculosis infection among youths in overcrowded university hostels in Kenya : a cross - sectional study*.
- Manoharan, A., Farhana, H. S. N., Manimaran, K., Khoo, E. M., & Koh, W. M. (2023). *Facilitators and barriers for tuberculosis preventive treatment among patients with latent tuberculosis infection : a qualitative study*. *BMC Infectious Diseases*, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12879-023-08612-2>
- Mukaromah, S. M. (2022). *Peningkatan kompetensi pendidikan kesehatan bagi kader kesehatan dalam rangka “stop tb.”* 3(1), 12. <https://doi.org/10.35728/pengmas.v3i1.820>
- Muthaharah, M., Nurhanifah, D., & Hendera, H. (2019). *Efek Neuropsikiatrik Pada Penyalahgunaan Pil Zenith (Carnophen) Oleh Kuli Bangunan Di Banjarmasin*. *Jurnal Ilmiah Ibnu Sina*, 4(1), 149–155.
- Nasution, A. M. S., Kholiq, A. R. P., Barnita, F. I., Pashalenko, M. H., Rahmawati, N. F., Novianti, R. A., Kuntari, T., & Cahyanti, D. (2024). *Pengetahuan, Sikap, Supervisi, dan Motivasi Kader Dalam Upaya Penemuan Kasus Tuberkulosis Di Puskesmas Plupuh II*. <https://doi.org/10.20885/bikkm.vol2.iss1.art2>
- Notoatmodjo, S. (2010). *Promosi kesehatan: Teori dan aplikasi*. Cetakan ke-2. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nur F., Imam K., Manzahr., & Apri B.. (2024). *Factors Related To Knowledge Of Tuberculosis Prevention Therapy (TPT) In Families With Pulmonary Tb*. 2(1), 62–71.
- Nursanah, N., & Purnamawati, D. (2025). *Peran kader dalam edukasi kontak serumah penderita tbc untuk pemberian tpt di puskesmas karawaci baru*. *Prepotif*, 9(2), 3408–3414. <https://doi.org/10.31004/prepotif.v9i2.45894>
- Nurjannah, A., Yulisa Rahmalia, F., Retno Paramesti, H., Asra Laily, L., Kharisma Pradani, F. P., Ainun Nisa, A., & Nugroho, E. (2022). *Determinan Sosial Tuberculosis di Indonesia*. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 3(1), 65–76. <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/jppkmi>
- Palacios, C., Hough, M., Shrestha, R., Moll, A. P., Kompala, T., Andrews, L., & Shenoi, S. V. (2023). *Perceived stigma related to TB preventive therapy*. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 27 3(3), 209–214. <https://doi.org/10.5588/ijtld.22.0570>

- Pan American Health Organization (PAHO). (2024). *Tuberculosis resurges as top infectious disease killer*. 1 November 2024. <https://www.paho.org/en/news/1-11-2024-tuberculosis-resurges-top-infectious-disease-killer>
- Parwati, N. M., Bakta, I. M., & Januraga, P. P. (2021). *A Health Belief Model-Based Motivational Interviewing for Medication Adherence and Treatment Success in Pulmonary Tuberculosis Patients*.
- Pengestu, N., & Fibriana, A. I. (2021). *Higeia Journal of Public Health*. *Higeia Journal of Public Health Research and Development*, 1(2), 141–150. <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia>
- Pétre, B., Gagnayre, R., & Margat, A. (2025). *Therapeutic patient education and health promotion: A forgotten link in the new WHO guidelines?* <https://doi.org/10.1051/tpe/2025005/pdf>
- Peng, L., Zhou, Y., Wang, M., Zu, Z., Wu, Q., Chen, X., Zhang, Y., Xie, B., Chen, B., & Wang, Y. (2026). *Acceptance of preventive therapy for latent tuberculosis infection in Chinese children and adolescents: a systematic review and meta-analysis*. 1–12.
- Pramono, J. S., Hendriani, D., & Ardyanti, D. (2025). Pulmonary Tuberculosis Transmission and Family-Based Prevention Efforts: Evidence from Samarinda, Indonesia. *Miracle Get Journal*, 2(4), 29–39. <https://doi.org/10.69855/mgj.v2i4.235>
- Putri, A. R. E., & Suwendar. (2022). *Monitoring Efek Samping Obat Antituberkulosis (OAT) pada Pasien Tuberkulosis Kategori I di UPT Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut*. Bandung Conference Series: Pharmacy, 2. <https://doi.org/10.29313/bcsp.v2i2.4231>
- Rahmawati, E., Nurhayati, E., Sutriswanto, S., Rahmawati, E., Nurhayati, E., & Sutriswanto, S. (2025). *Risk of pulmonary tuberculosis transmission among household contacts*. *Electron*, 7(1). <https://doi.org/10.53770/electron.v7i1.515>
- Raden Bagus Edy Santoso, Tanwir Djafar, Sulistiyani Sulistiyani, Resmi Panagribuan, A. L. (2024). *Analisis Faktor Sosial Ekonomi Dan Lingkungan Terhadap Kejadian Tuberkulosis*. Vol. 6 No.2 Edisi 3 Januari 2024 <http://jurnal.ensiklopediaku.org> Ensiklopedia of Journal. *Ensiklopedia of Journal*, 6(2), 76–82.
- Ramadia, A., Fadhli, R., & Pardede, J. A. (2019). *The Effectiveness Of Health Education Based On Health Belief Model On*.
- Randani, D., & Tikirik, W. O. (2024). *Gambaran Pengelolaan Obat Program Tuberculosis Di Puskesmas X*. *Jurnal Review Pendidikan Dan Pengajaran*, 7(4), 16753–16760
- Ren, J., Huang, F., Chen, H., Zhang, H., Sun, J., Zhao, A., Xu, Z., Liu, L., Wu, H., Fang, L., Wu, C., Wang, Q., Zhang, W., Sun, X., Liu, X., Yuan, J., Chen, B., Wang, N., & Zhao, Y. (2024). *Preventive Treatment: A Multicenter Cross-*

- sectional*. Biomedical and Environmental Sciences, 37(11), 1303–1309. <https://doi.org/10.3967/bes2024.150>
- Reuter, A., Seddon, J. A., Marais, B. J., & Furin, J. (2020). *Preventing tuberculosis in children: A global health emergency*. *Paediatric Respiratory Reviews*, 36, 44–51. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2020.02.004>
- Rifat Elang Daniswara (2025) *Hubungan Faktor Demografi dan Non Demografi dengan Kejadian Penyakit Tuberkulosis*. https://repository.unissula.ac.id/43448/1/Kedokteran%20Umum_30102100178_fullpdf.pdf
- Ristyoy, P. S., Mas, A. I., & Pepin, N. (2012). *Hubungan Tingkat Sosial Ekonomi Dengan Angka Kejadian Tb Paru Bta Positif Di Wilayah Kerja Puskesmas Peterongan Jombang Tahun 2012 (the Relation of Economic Social With Occurrence Number Lungs Tuberculosis With Positive Bta in the District of Puskesmas. 2012, 31–38.*
- Rustage, K., Lobe, J., Hayward, S. E., Kristensen, K. L., Margineanu, I., Stienstra, Y., Goletti, D., & Zenner, D. (2021). *Articles Initiation and completion of treatment for latent tuberculosis infection in migrants globally : a systematic review and meta-analysis*. *The Lancet Infectious Diseases*, 3099(21), 1–12. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00052-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00052-9)
- Rustiasari, D. N., Hikmawati, I., Handayani, D. Y., & Setiyabudi, R. (2025). *Peran penting keluarga dan petugas kesehatan terhadap keteraturan pengobatan tuberkulosis*. *Holistik*, 19(2), 219–227. <https://doi.org/10.33024/hjk.v19i2.497>
- Safitri, I. N., Martini, M., Adi, M. S., & Wurjanto, M. A. (2023). *Faktor yang Berhubungan dengan Penerimaan Terapi Pencegahan TB di Kabupaten Tegal*. *Jurnal Riset Kesehatan Masyarakat*, 3(4), 212–220.
- Salazar-Austin, N., Mulder, C., Hoddinott, G., Ryckman, T., Hanrahan, C. F., Velen, K., Chimoyi, L., Charalambous, S., & Chihota, V. N. (2022). *Preventive Treatment for Household Contacts of Drug-Susceptible Tuberculosis Patients*. *Pathogens*, 11(11), 1–13. <https://doi.org/10.3390/pathogens11111258>
- Shalahuddin, I., Rakhmawati, W., & Fadhila, F. (2022). *Tingkat Kecemasan Keluarga Yang Memiliki Salah Satu Anggota Keluarga Dengan Tuberkulosis Paru*. *Manuju*, 4(4), 889–906. <https://doi.org/10.33024/mnj.v4i4.6050>
- Schein, Y. L., Madebo, T., Andersen, H. E., Arnesen, T. M., Dyrhol-riise, A. M., Tveiten, H., White, R. A., & Winje, B. A. (2018). *Treatment completion for latent tuberculosis infection in Norway : a prospective cohort study*. 1–10.
- Shihora, J., Damor, N. C., Parmar, A., Pankaj, N., & Murugan, Y. (2024). *Knowledge, Attitudes, and Preventive Practices Regarding Tuberculosis Among Healthcare Workers and Patients in India: A Mixed-Method Study*. *Cureus*, 16(3), e56368. <https://doi.org/10.7759/cureus.56368>

- Sonci, A., Dwinata, I., Sonci, A., & Dwinata, I. (2025). *Motivasi, dukungan keluarga dan perceived stigma dengan kepatuhan minum obat penderita tb.* *Hasanuddin Journal of Public Health*, 6(3), 331–345. <https://doi.org/10.30597/hjph.v6i3.45363>
- Stop TB Partnership Indonesia (2021) *Permasalahan Sosioekonomi, Salah Satu Penyebab Sulitnya Pencapaian Akhir Tuberkulosis di Indonesia.* <https://www.stoptbindonesia.org/single-post/permasalahan-sosioekonomi-salah-satu-penyebab-sulitnya-pencapaian-akhiri-tuberkulosis-di-indonesia>
- Subramanian, S., Gnanadhas, J., Sarkar, S., Rajaram, M., Prakashbabu, S., & Chinnakali, P. (2024). *Why do healthcare workers refuse tuberculosis preventive treatment (TPT)? a qualitative study from Puducherry, South India.* *BMJ Open Respiratory Research*, 11(1), e002576. <https://doi.org/10.1136/bmjresp-2024-002576>
- Sumarni, N., & Yani, D. I. (2023). *Upaya Pencegahan Penularan TB Paru dalam Perawatan Keluarga: Studi Kasus.* *MAHESA.* <https://doi.org/10.33024/mahesa.v3i7.10647>
- Susanto, W. H. A., Wospakrik, F., Mulyanti, M., & Rahmawati, R. (2023). *Pendidikan Kesehatan tentang Tuberkulosis terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Penderita dalam Pencegahan Penularan Tuberkulosis.* *Journal of Telenursing (Joting).* <https://doi.org/10.31539/joting.v5i2.7681>
- Sulistya, D. A., & Perwitasari, D. A. (2022). *Monitoring Efek Samping Hepatotoksisitas Obat Antituberkulosis Di Rs X Yogyakarta.* *Jurnal Farmagazine*, 9(2), 1–8.
- Supinganto, A., Kusriani, I., Setyani, A., & Amaliah, L. (2020). *Efforts to Prevent Tuberculosis Transmission Based on the Health Belief Model Theory in West Lombok.* 9(2), 1274–1284. <https://doi.org/10.30994/sjik.v9i2.463>
- Suprijandani, S., Setiawan, S., Pathurrahman, P., & Wardoyo, S. (2025). *The behaviour of TB patients in East Lombok through a health belief model approach.* 0.
- Swift, M. D., Molella, R. G., Vaughn, A. I. S., Breeher, L. E., Newcomb, R. D., Abdellatif, S., & Murad, M. H. (2020). *Determinants of Latent Tuberculosis Treatment Acceptance and Completion in Healthcare Personnel.* 55905(2). <https://doi.org/10.1093/cid/ciz817>
- Tabrizi, J. S., Saadati, M., Sadeghi-Bazargani, H., Abedi, L., & Alibabayee, R. (2021). *Iranian public trust in health services: evidence from Tabriz, Islamic Republic of Iran.* *Eastern Mediterranean Health Journal*, 22(10), 713–718. <https://doi.org/10.26719/2016.22.10.713>
- Tanumihardja, J. P., Gaharpung, M. S., Romario, C., Yudhistira, A. S., & Gego, B. D. (2025). *Gambaran Perilaku Masyarakat terhadap Upaya Penanggulangan TBC.* *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 7(4), 61–68.

<https://doi.org/10.37287/jppp.v7i4.106>

- Teibo, T. K. A., Andrade, R. L. de P., Rosa, R. J., de Abreu, P. D., Olayemi, O. C., Alves, Y. M., Tavares, R. B. V., da Costa, F. B. P., Moura, H. S. D., Ferezin, L. P., Tártaro, A. F., de Campos, M. C. T., Ribeiro, N. M., Berra, T. Z., & Arcêncio, R. A. (2024). *Barriers That Interfere with Access to Tuberculosis Diagnosis and Treatment across Countries Globally: A Systematic Review*. *ACS Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1021/acsinfecdis.4c00466>
- Uryono, H., Wardoyo, I. R. E., Setiawan, & Susilo, P. (2025). *Behavioral Risk Factors of Pulmonary Tuberculosis Based on the Health Belief Model: A Case-Control Study at Benowo Health Center, Surabaya*. *Public Health Research Development*, 2(1), 37–43. <https://doi.org/10.36568/phrd.v2i1.35>
- Wang, J., Zha, X., Zhang, Q., Chen, M., Zhang, H., Ding, F., Zeng, J., Ren, T., Chen, Y., Lu, S., & Liu, X. (2025). *Willingness of receiving preventive treatment and its determinants among individuals with latent tuberculosis infection in Shenzhen, China*.
- Wani, M. Y., Singh, K., Zahid, T., Singh, S., & Sharma, T. (2025). *A Comprehensive Review on Tuberculosis*. *International Journal of Allied Medical Sciences and Clinical Research*, 13(2), 152–155. <https://doi.org/10.61096/ijamscr.v13.iss2.2025.152-155>
- Wardani, D. W. S. R., Wahono, E. P., & Pramesona, B. A. (2022). *Patient perceptions of tuberculosis transmission: A qualitative study within a tuberculosis cluster*. *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(3), 993–998. <https://doi.org/10.30604/jika.v7i3.1316>
- Wibowo, A. (2023). *Deteksi Infeksi Tuberkulosis Laten dan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) Bagi Tenaga Kesehatan dan Kader Puskesmas di Bandar Lampung*. *JPM (Jurnal Pengabdian Masyarakat) Ruwa Jurai*, 8(1), 17–21.
- World Health Organization. (2020a). *WHO consolidated guidelines on tuberculosis: Module 1: Prevention: Tuberculosis preventive treatment*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240001503>
- World Health Organization. (2020b). *WHO operational handbook on tuberculosis: Module 1: Prevention: Tuberculosis preventive treatment*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240002906>
- World Health Organization (WHO). (2022). *Global Tuberculosis Report* [Internet]. Diakses pada 20 November 2023 dari laman: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061729>
- World Health Organization (WHO). (2023). *Global Tuberculosis Report* [Internet]. Diakses pada 4 Juni 2024 dari laman: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240083851>
- World Health Organization (WHO). (2024). *Global Tuberculosis Report* [Internet]. Diakses pada 30 Oktober 2024 dari laman:

<https://www.cidrap.umn.edu/tuberculosis/who-report-shows-global-tuberculosis-cases-are-rising>

- World Health Organization (WHO). (2025). *Global Tuberculosis Report* [Internet]. Diakses pada 12 November 2025 dari laman: <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2025/tb-diagnosis-and-treatment>
- Wulandari, R. A., Natashia, D., & Fitria, D. (2025). *Factors Influencing Treatment Adherence Among Pulmonary Tuberculosis Patients at Kemayoran Community Health Center Dosen , Fakultas Ilmu Keperawatan , Universitas Muhammadiyah Jakarta . Scientific Journal of Nursing, 11(2), 383–392.* <https://jurnal.stikescendekiautamakudus.ac.id/index.php/JKM/article/viewFile/1473/498>
- Wulan T (2025) Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Penerimaan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (Tpt) Pada Kontak Serumah Pasien Tuberkulosis Di Kota Magelang.(S1 Skripsi) Universitas Muhammadiyah Magelang.
- Yulia, C. P., Tahitu, R., Soumena, R. Z., Saptanno, L., Djoko, S. W., & Hehanussa, Z. (2025). *Terapi Pencegahan Tuberkulosis Sebagai Upaya Pencegahan Penularan Infeksi Tuberkulosis.* *Jurnal Medika Malahayati, 9(2).* <https://doi.org/10.33024/jmm.v9i2.16269>
- Yetti, E., Tombeg, Z., & Hadi, A. J. (2023). *Hubungan Sosial Budaya Dengan Upaya Pencegahan Tuberkulosis di Puskesmas Makale Kabupaten Tana Toraja.* *Jurnal Ners, 7(2), 1364–1373.* <http://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/ners>
- Yom, A., Teo, A. K. J., Huot, C., Tieng, S., Khun, K. E., Pheng, S. H., Leng, C., Deng, S., Song, N., Nonaka, D., & Yi, S. (2023). *They do not have symptoms – why do they need to take medicines? Challenges in tuberculosis preventive treatment among children in Cambodia: a qualitative study.* *BMC Pulmonary Medicine, 23(1).* <https://doi.org/10.1186/s12890-023-02379-7>
- Yuen, C. M., Millones, A. K., Galea, J. T., Puma, D., Jimenez, J., Lecca, L., Becerra, M. C., & Keshavjee, S. (2024). *Toward patient-centered tuberculosis preventive treatment: preferences for regimens and formulations in Lima, Peru.* <https://doi.org/10.60692/ydjhc-q2213>
- Yuliani, K., & Sudarsana, I. K. (2023). *Tingkat Pengetahuan Keluarga Tinggal Serumah Tentang Pencegahan Penularan Pasien Tuberkulosis Paru.* *Journal Nursing Research Publication Media (NURSEPEDIA), 2(1), 47–54.* <https://doi.org/10.55887/nrpm.v2i1.34>