

Faktor Risiko Ketidakikutsertaan Skrining Tuberkulosis (Studi pada Penderita Diabetes Mellitus di Puskesmas Imogiri 1 Bantul)

Diaz Mora Prameyllawati, Lintang Dian Saraswati, Praba
Ginandjar

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro
prameyllawati@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang: DM meningkatkan risiko sebesar 1,5-7,8 kali untuk terinfeksi TB. Tingginya jumlah kasus DM sangat mungkin meningkatkan kejadian TB secara bermakna di masa mendatang sehingga perlu dilakukan upaya tambahan untuk meningkatkan deteksi TB melalui peninjauan pada populasi penderita DM. **Tujuan:** menganalisis faktor risiko ketidakikutsertaan skrining TB pada penderita DM di Puskesmas Imogiri 1. **Metode:** penelitian ini menggunakan desain studi *case control* dengan menambahkan metode kualitatif deskriptif sebagai pendalaman jawaban. Besar sampel pada penelitian ini adalah 80 responden yang terdiri dari 40 kasus dan 40 kontrol. Analisis bivariat menggunakan uji *chi-square* dan untuk data pendukung kualitatif dilakukan konten analisis. **Hasil:** faktor risiko ketidakikutsertaan skrining TB pada penderita DM adalah pendidikan tidak tamat SMA (OR=4,20), pengetahuan TB-DM kurang (OR=3,77), tidak memiliki persepsi TB-DM sebagai penyakit serius (OR=5,93), tidak memiliki penghargaan intrinsik (OR=3,66), tidak memiliki kesanggupan untuk skrining (OR=4,89), tidak memiliki tanggapan mengenai kemanjuran skrining (OR=3,00) dan tidak memiliki tanggapan tentang biaya (OR=3,95). **Kesimpulan:** pendidikan tamat SMA, pengetahuan TB-DM kurang, tidak memiliki persepsi TB-DM sebagai penyakit serius, tidak memiliki penghargaan intrinsik, tidak memiliki kesanggupan untuk skrining, tidak memiliki tanggapan mengenai kemanjuran skrining dan tidak memiliki tanggapan tentang biaya merupakan faktor risiko ketidakikutsertaan skrining TB pada penderita DM di Puskesmas Imogiri 1.

Kata Kunci: Partisipasi, Skrining TB, DM, Komorbiditas TB-DM

ABSTRACT

Background: DM increases the risk by 1.5-7.8 times to become TB infected. The high number of DM cases is significantly increase the incidence of TB in the future so that additional efforts needed to increase TB detection through a review in DM patients. **Objective:** to analyze the risk factors for TB screening in DM patients at PHC Imogiri 1. **Method:** case control study design by adding descriptive qualitative methods as a deepening of the answers. The sample size in this study was 80 respondents consisting of 40 cases and 40 controls. Bivariate analysis using chi-square test and for qualitative data content analysis was performed. **Results:** risk factors for non-TB screening participation in people with DM were lower educational level (OR = 4.20), lack of TB-DM knowledge (OR = 3.77), had no perception of TB-DM as serious illness (OR = 5.93), had no intrinsic rewards (OR = 3.66), had no ability to screen (OR = 4.89), had no response regarding screening efficacy (OR = 3.00) and had no response about costs (OR = 3, 95). **Conclusion:** lower educational

level, lack of TB-DM knowledge, had no perception of TB-DM as serious illness, had no intrinsic rewards, had no ability to screen, had no response regarding screening efficacy and had no response about costs are risk factors for TB screening in DM patients at PHC Imogiri 1.

Keywords: Participation, Tuberculosis screening, DM, TB-DM Comorbidity



PENDAHULUAN

Menurut *World Health Organization* (WHO), secara keseluruhan diperkirakan 5-10% dari 1,7 milyar orang yang terinfeksi TB akan mengembangkan penyakit tersebut sepanjang hidupnya.¹ Akan tetapi ada beberapa kriteria populasi yang memiliki risiko lebih besar untuk terinfeksi TB salah satunya penderita diabetes mellitus (DM).

DM meningkatkan risiko sebesar 1,5-7,8 kali untuk terinfeksi TB. TB diketahui merupakan penyebab kematian ketiga di antara orang dengan penyakit tidak menular terutama DM.² Komerbid TB-DM diartikan sebagai munculnya kedua penyakit pada seorang individu sehingga orang tersebut dapat menderita DM terlebih dahulu kemudian terinfeksi TB ataupun sebaliknya.

Terjadinya peningkatan kasus TB-DM berhubungan dengan pandemi DM yang meningkat. Delapan dari sepuluh negara dengan insidens DM tertinggi juga merupakan negara dengan infeksi TB tertinggi.³ WHO menargetkan tahun 2050 terjadi penurunan insidens TB menjadi 1 kasus per 1 juta penduduk. Kecenderungan target ini belum tercapai secara global sehingga perlu dilakukan upaya tambahan untuk meningkatkan deteksi TB melalui peninjauan pada populasi khusus seperti penderita DM.⁴

Pada tahun 2011, WHO dan *The International Union Against Tuberculosis and Lung Disease* (IUATLD), telah mengeluarkan "*Collaborative Framework for the Care and Control of Diabetes and Tuberculosis*", dengan salah satu kegiatan utama yaitu *bidirectional screening*.⁵ Semua pasien dengan TB harus dilakukan skrining DM dan skrining TB pada pasien DM juga

harus dilakukan terutama pada negara dengan prevalensi TB yang tinggi seperti Indonesia.⁶

Kabupaten Bantul merupakan daerah dengan prevalensi DM tinggi yaitu sebesar 2,8%.⁷ Sementara itu TB juga masih menjadi permasalahan di daerah ini karena angka keberhasilan pengobatan dan angka penemuan kasus tahun 2017 terendah se-DIY sebesar 65% dan 39,65% berturut-turut.⁸ Tingginya jumlah kasus DM sangat mungkin meningkatkan kejadian TB secara bermakna di masa yang akan datang.

Meskipun belum ada anjuran khusus untuk kolaborasi TB-DM dari dinas kesehatan setempat, beberapa puskesmas di Kabupaten Bantul sudah melakukan skrining TB dengan menyasar penderita DM, salah satunya Puskesmas Imogiri 1. Hasil dari upaya tersebut adalah beberapa penderita DM kemudian mengikuti skrining TB namun masih terdapat sekitar 30% penderita DM yang tidak mengikuti.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka perlu dilakukan penelitian tentang faktor risiko ketidakikutsertaan skrining TB pada penderita DM ditinjau dari konsep *Protection Motivation Theory* (PMT).

METODE

1. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini berupa observasional analitik dengan desain studi *case control*. Ditambahkan metode kualitatif deskriptif untuk memperkuat dan mendapatkan data penelitian yang lebih mendalam.

2. Populasi dan Sampel

Populasi target adalah seluruh penderita DM yang tercatat berobat di Puskesmas Imogiri 1, sedangkan populasi studi adalah

penderita DM yang sudah mendapatkan sosialisasi TB-DM. Sampel yang diambil yaitu 40 penderita DM yang tidak melakukan skrining TB dan 40 penderita DM yang sudah skrining TB.

3. Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan adalah *total sampling* untuk kelompok kasus sehingga semua penderita DM yang tidak mengikuti skrining tes dahak diambil sebagai sampel. Sedangkan pada kelompok kontrol digunakan *simple random sampling* dengan cara memberi nomor pada setiap subyek pada daftar yang telah dimiliki kemudian dilakukan pemilihan 40 sampel secara acak dengan menggunakan *software* Microsoft Excel.

4. Variabel Penelitian

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, pengetahuan komorbid TB-DM, dan dimensi PMT yang terdiri dari persepsi kerentanan, persepsi keparahan, penghargaan intrinsik, penghargaan ekstrinsik, efikasi diri, respon efikasi dan respon biaya. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah tindakan ketidakikutsertaan dalam skrining TB.

5. Analisis Data

Analisis bivariat menggunakan uji *chi square* dengan menggunakan $\alpha=0,05$ dan *confidence interval* (CI) sebesar 95%. Dasar pengambilan keputusan yaitu jika probabilitas $\leq 0,05$ maka H_0 ditolak. Hal ini berarti ada hubungan antara variabel yang diteliti dengan ketidakikutsertaan dalam skrining TB. Analisis data pendukung

kualitatif dengan melakukan konten analisis.

HASIL

1. Karakteristik Sosiodemografi

Dari hasil uji statistik diperoleh hasil bahwa dari karakteristik sosio-demografi, hanya variabel pendidikan yang berhubungan dengan ketidakikutsertaan skrining TB ($p=0,01$). Responden yang tidak tamat SMA berisiko 4,20 kali lebih besar untuk tidak ikut serta skrining TB dibanding dengan responden yang tamat SMA.

2. Pengetahuan TB-DM

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 1.2. diketahui dari hasil uji statistik diketahui terdapat hubungan antara pengetahuan mengenai TB-DM dengan ketidakikutsertaan skrining TB ($p=0,01$). Responden dengan pengetahuan TB-DM kurang berisiko 3,77 kali lebih besar untuk tidak ikut serta dalam skrining TB dibanding responden dengan pengetahuan TB-DM baik.

3. Dimensi *Protection Motivation Theory*

Tabel 1.3. menunjukkan bahwa dari tujuh dimensi PMT, terdapat lima dimensi yang secara statistik berhubungan dengan ketidakikutsertaan skrining TB. Kelima dimensi tersebut adalah persepsi keparahan ($p=0,00$), penghargaan intrinsik ($p=0,00$), efikasi diri ($p=0,00$), respon efikasi ($p=0,02$) dan respon biaya ($p=0,00$).

Apabila diurutkan berdasarkan nilai *Odds Ratio*, perhitungan estimasi risiko dari yang tertinggi berturut-turut adalah tidak memiliki persepsi TB-DM sebagai penyakit serius ($OR=5,93$), tidak memiliki kemampuan untuk skrining

OR=4,89), tidak memiliki tanggapan tentang biaya (OR=3,95), tidak memiliki penghargaan intrinsik (OR=3,66) dan yang terakhir tidak memiliki tanggapan mengenai kemanjuran skrining (OR=3,00).

PEMBAHASAN

1. Karakteristik Sosiodemografi

Dari karakteristik sosiodemografi, hanya variabel pendidikan yang merupakan faktor risiko ketidakikutsertaan TB pada penderita DM. Tingkat pendidikan seseorang dapat menentukan kemampuan intelektual, pemahaman dan kemampuan berpikir kritis dan logis dalam mengolah informasi dan mengambil keputusan untuk bertindak.⁹

Puteri¹⁰ menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan tindakan pemeriksaan dahak ($p=0,01$). Dijelaskan lebih lanjut jika seseorang dengan dengan pendidikan tinggi

akan lebih mampu untuk mengambil keputusan dalam menyelesaikan masalah kesehatan yang terjadi baik pada dirinya sendiri maupun pada keluarganya.¹⁰

Hasil yang serupa didapatkan dari penelitian di Peruvian Amazon yang menunjukkan bahwa tingkat pendidikan yang rendah dikaitkan dengan penundaan mengikuti skrining TB 44% lebih lama.¹¹ Namun, penelitian ini tidak sejalan dengan sebuah studi kasus yang menyatakan hampir sebagian besar tingkat pendidikan orang kontak serumah dengan penderita TB yang tidak mengikuti skrining TB yaitu SD dan SMP.¹²

Tabel 1.1. Karakteristik Sosiodemografi Sebagai Faktor Risiko Ketidakikutsertaan Skrining TB

| Karakteristik | Skrining TB | | p | OR | 95% CI |
|-----------------------------------|----------------|-------------|------|------|---------------|
| | Tidak n (%) | Ya n (%) | | | |
| Usia | | | | | |
| 1. >45 tahun | 30 (75,0) | 34 (85,0) | 0,26 | 0,52 | 0,17<OR<1,63 |
| 2. ≤45 tahun | 10 (25,0) | 6 (15,0) | | | |
| Jenis Kelamin | | | | | |
| 1. Perempuan | 24 (60,0) | 23 (57,5) | 0,82 | 1,10 | 0,45<OR<2,70 |
| 2. Laki-laki | 16 (40,0) | 17 (42,5) | | | |
| Tingkat Pendidikan | | | | | |
| 1. Pendidikan < SMA | 35 (87,5) | 25 (62,5) | 0,01 | 4,20 | 1,35<OR<13,06 |
| 2. Pendidikan ≥ SMA | 5 (12,5) | 15 (37,5) | | | |
| Status pekerjaan | | | | | |
| 1. Tidak Bekerja | 13 (32,5) | 15 (37,5) | 0,63 | 0,80 | 0,32<OR<2,01 |
| 2. Bekerja | 27 (67,5) | 25 (62,5) | | | |
| Tingkat Penghasilan | | | | | |
| 4. Penghasilan ≤ garis kemiskinan | 19 (47,5) | 19 (47,5) | 1,00 | 1,00 | 0,41<OR<2,40 |
| 5. Penghasilan > garis kemiskinan | 21 (52,5) | 21 (52,5) | | | |

Tabel 1.2. Pengetahuan TB-DM Sebagai Faktor Risiko Ketidakikutsertaan Skrining TB

| Pengetahuan TB-DM | Skrining TB | | | | p | OR | 95% CI |
|-------------------|--------------|------|-----------|------|------|------|---------------|
| | Tidak (n=40) | | Ya (n=40) | | | | |
| | f | % | f | % | | | |
| Kurang | 34 | 85,0 | 24 | 60,0 | 0,01 | 3,77 | 1,29<OR<11,05 |
| Baik | 6 | 15,0 | 16 | 40,0 | | | |

Tabel 1.3. Dimensi PMT Sebagai Faktor Risiko Ketidakikutsertaan Skrining TB

| Dimensi <i>Protection Motivation Theory</i> | Skrining TB | | p | OR | 95% CI |
|--|----------------|-------------|------|------|-------------------|
| | Tidak n (%) | Ya n (%) | | | |
| Persepsi Kerentanan | | | | | |
| 1. Tidak memiliki persepsi berpeluang terinfeksi TB | 17 (42,5) | 11 (27,5) | 0,16 | 1,94 | 0,76<OR< 4,96 |
| 2. Memiliki persepsi berpeluang terinfeksi TB | 23 (57,5) | 29 (72,5) | | | |
| Persepsi Keparahan | | | | | |
| 1. Tidak memiliki persepsi TB-DM sebagai penyakit serius | 13 (32,5) | 3 (7,5) | 0,00 | 5,93 | 1,54<OR< 22,90 |
| 2. Memiliki persepsi TB-DM sebagai penyakit serius | 27 (67,5) | 37 (92,5) | | | |
| Penghargaan Intrinsik | | | | | |
| 1. Tidak memiliki penghargaan intrinsik | 22 (55,0) | 10 (25,0) | 0,00 | 3,66 | 1,42<OR< 9,47 |
| 2. Memiliki penghargaan intrinsik | 18 (45,0) | 30 (75,0) | | | |
| Penghargaan Ekstrinsik | | | | | |
| 1. Tidak memiliki penghargaan ekstrinsik | 13 (32,5) | 10 (25,0) | 0,45 | 1,44 | 0,54<OR< 3,82 |
| 2. Memiliki penghargaan ekstrinsik | 27 (67,5) | 30 (75,0) | | | |
| Efikasi Diri | | | | | |
| 1. Tidak memiliki kesanggupan untuk ikut serta skrining | 26 (65,0) | 11 (27,5) | 0,00 | 4,89 | 1,89<OR< 12,66 |
| 2. Memiliki kesanggupan untuk ikut serta skrining | 14 (35,0) | 29 (72,5) | | | |
| Respon Efikasi | | | | | |
| 1. Tidak memiliki tanggapan mengenai kemandirian skrining | 20 (50,0) | 10 (25,0) | 0,02 | 3,00 | 1,16<OR< 7,73 |
| 2. Memiliki tanggapan mengenai kemandirian skrining | 20 (50,0) | 30 (75,0) | | | |
| Respon Biaya | | | | | |
| 1. Tidak memiliki tanggapan tentang biaya skrining | 24 (60,0) | 11 (27,5) | 0,00 | 3,95 | 1,54<OR< 10,11 |
| 2. Memiliki tanggapan tentang biaya skrining | 16 (40,0) | 29 (72,5) | | | |

2. Pengetahuan TB-DM

Pengetahuan terkait komorbid TB-DM kurang merupakan faktor risiko ketidakikutsertaan skrining TB. Pengetahuan merupakan faktor penting yang memengaruhi perilaku

seseorang karena perilaku terbentuk didahului oleh pengetahuan dan sikap yang positif.¹³

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Puskesmas Kamoning yang menyatakan ada

hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan tindakan pemeriksaan dahak ($p=0,04$). Pada penelitian tersebut diketahui bahwa pasien yang melakukan tindakan pemeriksaan dahak memiliki peluang 3,60 kali lebih besar pada pasien dengan pengetahuan baik dibandingkan dengan pengetahuan kurang.¹⁰

Hal yang serupa ditemukan pada penelitian mengenai keputusan skrining yang hasilnya tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan partisipasi skrining pada wanita pekerja seks komersial ($p=0,15$). Dijelaskan lebih lanjut pada penelitian tersebut apabila pengetahuan dibentuk dari terpaparnya informasi sehingga diasumsikan terdapat perbedaan paparan informasi dapat mengakibatkan perbedaan tingkat pengetahuan.⁹

Dari pendalaman jawaban didapatkan informasi bahwa penderita DM baru akan skrining TB apabila disuruh petugas mengindikasikan apabila proses penyampaian informasi masih bersifat perintah atau komando tanpa membentuk pengetahuan terlebih dahulu. Hal tersebut menyebabkan dukungan petugas kesehatan akan memengaruhi perilaku, tetapi belum cukup membentuk pengetahuan sehingga tindakan mereka tidak didasari pengetahuan.

3. Dimensi *Protection Motivation Theory*

Dari tujuh dimensi dalam PMT, terdapat lima dimensi yang merupakan faktor risiko ketidakikutsertaan skrining TB pada penderita DM di Puskesmas Imogiri 1.

Dimensi dengan nilai OR tertinggi yaitu pada persepsi keparahan dimana penderita DM yang tidak memiliki persepsi TB-DM sebagai penyakit serius berisiko 5,93 kali lebih besar menunjukkan ketidakikutsertaan.

Pandangan individu tentang beratnya penyakit yang diderita mendorong seseorang untuk mencari pengobatan. Keseriusan ini ditambah dengan akibat dari suatu penyakit misalnya kematian, pengurangan fungsi fisik dan mental, kecacatan dan dampaknya terhadap kehidupan sosial.¹⁴

Temuan penelitian ini sejalan dengan penelitian serupa oleh Febriana¹⁴ yang menyatakan ada hubungan antara persepsi keparahan dengan keikutsertaan pelanggan wanita pekerja seks dalam konseling dan skrining HIV ($p=0,00$).¹⁴ Selain itu penelitian lain menunjukkan bahwa ada hubungan antara persepsi keparahan dengan keputusan dalam tindakan skrining kanker leher rahim pada wanita ($p=0,03$).¹⁵

Hasil penelitian yang tidak sejalan dengan temuan penelitian mengenai faktor psikososial terkait penundaan tindakan skrining TB yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara persepsi keparahan dengan keikutsertaan skrining TB ($p=0,90$).¹¹

Jika penilaian individu terhadap ancaman mengurangi dan menghalangi kemungkinan munculnya respon maladaptif, penilaian individu terhadap *rewards* akan membentuk dan meningkatkan respon maladaptif.¹⁶

Pada penelitian ini hanya penghargaan intrinsik yang menjadi faktor risiko dimana penderita DM

yang tidak merasakan manfaat intrinsik dari skrining TB berisiko 3,66 kali lebih besar untuk tidak ikut serta dalam skrining TB dibandingkan dengan penderita DM yang merasakan tindakan itu sebagai manfaat.

Temuan serupa yang mendukung yaitu penelitian di Kelurahan Bandarharjo dan Tanjung Mas Kota Semarang dengan hasil yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara manfaat yang dirasakan dengan perilaku ibu hamil untuk melakukan skrining HIV ($p=0,00$).¹⁷

Namun hasil ini tidak sejalan dengan hasil penelitian oleh Titisari dkk¹⁸ yang menyimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara manfaat yang dirasakan dengan keikutsertaan wanita usia subur dalam skrining IVA di Kelurahan Kalibanteng Kulon ($p=0,70$).

Penelitian lain mengenai persepsi manfaat pada orang kontak serumah yang tidak mengikuti skrining TB menyatakan terdapat manfaat yang dirasakan apabila mengikuti skrining TB namun dengan diketahuinya seseorang menderita TB, hal tersebut akan membuat minder karena status baru sebagai seorang penderita TB. Perasaan malu atau minder ini dikarenakan stigma masyarakat tentang penyakit TB sebagai penyakit kotor, penyakit kutukan, dan sering dihubungkan dengan status sosial ekonomi yang rendah.^{12,19}

Semakin tinggi penghargaan karena tidak mengadopsi respon koping, semakin kecil kemungkinan individu untuk mengadopsinya.²⁰ Penilaian koping merupakan proses untuk mengatasi dan mencegah

terjadinya ancaman berbahaya. Proses terbentuknya penilaian koping melalui kemunculan efikasi diri dan respon efikasi.²¹

Respon efikasi merupakan keyakinan bahwa skrining TB yang direkomendasikan efektif untuk mencegah munculnya ancaman penyakit TB-DM, maka efikasi diri merupakan keyakinan dalam diri penderita DM untuk dapat menerapkan *coping response* berupa skrining tersebut. Ketika efikasi diri dan respon efikasi membantu terbentuknya kemungkinan perilaku adaptif terdapat sejumlah biaya yang harus dibayar²⁰ yang mana respon biaya akan menurunkan probabilitas perilaku tersebut.²¹

Pada penelitian ini ditemukan hasil bahwa ketiga hal tersebut merupakan faktor risiko ketidakikutsertaan dalam skrining TB. Penderita DM yang tidak memiliki kesanggupan diri berisiko 4,89 kali lebih besar untuk tidak ikut serta dalam skrining TB dibandingkan dengan yang merasa dirinya sanggup.

Hasil ini sejalan dengan temuan di Jepang yang menjelaskan bahwa efikasi diri memiliki hubungan yang kuat dengan tindakan pencegahan TB ($p<0,1$). Dijelaskan lebih lanjut bahwa isyarat komunikasi mempengaruhi manfaat yang dirasakan dari perilaku dan efikasi diri dalam skrining sehingga dhal tersebut dapat meningkatkan kemungkinan perilaku pencegahan.²²

Efikasi diri tidak hanya memengaruhi inisiasi respon koping, tetapi juga jumlah energi yang dikeluarkan dan kegigihan seseorang dalam menghadapi rintangan.²³ Selain itu sebuah penelitian juga menghasilkan bukti konvergen bahwa

efikasi diri adalah agen pengaruh penting dalam proses motivasi, kognitif, dan afektif.²¹

Terkait respon efikasi, penderita DM yang tidak memiliki tanggapan tentang kemanjuran tes dahak berisiko 3,00 kali lebih besar untuk tidak ikut serta dalam skrining. Hasil ini serupa dengan temuan yang menyatakan bahwa wanita yang memiliki tanggapan tentang keuntungan tidak melakukan skrining cenderung tidak melakukan tindakan tersebut. Pendapat lain yang mendukung temuan mengungkapkan bahwa seorang wanita akan memberikan tanggapan atau penilaian yang dipersepsikan terhadap keuntungan potensial jika ia tidak melakukan skrining (*positive appraisal*).²⁴

Sementara itu, penderita DM yang tidak memiliki tanggapan akan biaya berisiko 3,95 kali lebih besar untuk tidak ikut serta dalam skrining TB. Penelitian serupa menjelaskan bahwa orang kontak serumah dengan penderita TB yang tidak mengikuti pemeriksaan TB disebabkan oleh tidak ada biaya transportasi untuk berangkat ke puskesmas dan beranggapan bahwa pemeriksaan TB di puskesmas memerlukan biaya yang cukup tinggi. Hal ini mengindikasikan respon atas biaya yang dikeluarkan tidak sebanding dengan tindakan skrining.¹²

KESIMPULAN

Faktor risiko ketidakikutsertaan skrining TB pada penderita DM di Puskesmas Imogiri 1 adalah pendidikan tidak tamat SMA, pengetahuan TB-DM kurang, tidak memiliki persepsi TB-DM sebagai penyakit serius, tidak memiliki

penghargaan intrinsik, tidak memiliki kesanggupan untuk skrining, tidak memiliki tanggapan mengenai kemanjuran skrining dan tidak memiliki tanggapan tentang biaya.

Dari pendalaman jawaban ditemukan alasan ketidakikutsertaan penderita DM dalam skrining TB yaitu ketidaklengkapan informasi yang diterima sehingga beberapa responden tidak begitu paham mengenai TB-DM, tidak merasa dirinya berisiko terinfeksi TB, kurangnya kesadaran preventif yang ditunjukkan dengan hanya akan periksa jika sudah sakit. Selain itu ditemukan beberapa responden yang membutuhkan dukungan keluarga dan petugas puskesmas dalam melakukan skrining TB.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. 1-277 p.
2. Banerjee D, Bhattacharyya R, Kaul D, Sharma P. Diabetes and tuberculosis: analysis of a paradox. *Adv Clin Chem*. 2011;53(5):139—153.
3. Restrepo BI, Schlesinger LS. Impact of diabetes on the natural history of tuberculosis. *Diabetes Res Clin Pr*. 2014;106(2):191–9.
4. Kementerian Kesehatan RI. Konsensus nasional pengelolaan tuberkulosis dan diabetes mellitus (TB-DM) di Indonesia. 1st ed. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Tidak Menular; 2015. 1-22 p.
5. World Health Organization. Collaborative framework for

- care and control of TB-DM. Vol. 314. Geneva: World Health Organization; 2011. 2 p.
6. Alisjahbana B, Sahiratmadja E, Nelwan EJ, Purwa AM, Ahmad Y, Ottenhoff THM, et al. The effect of type 2 diabetes mellitus on the presentation and treatment response of pulmonary tuberculosis. *Clin Infect Dis.* 2007;45(4):428–35.
 7. Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul. Profil kesehatan Kabupaten Bantul 2018. Bantul: Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul; 2018. 1-48 p.
 8. Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Profil kesehatan Provinsi DIY 2017. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Provinsi DIY; 2017. 1-4 p.
 9. Kurniawan B, Asmika, Sarwono I. Hubungan tingkat pengetahuan dengan partisipasi pada pemeriksaan pap smear pada wanita pekerja seks komersial. *J Kedokt Brawijaya.* 2017;24(3):1–8.
 10. Arivany PF. Pengetahuan suspek TB paru dalam melakukan pemeriksaan sputum di Puskesmas Kamoning. *J Berk Epidemiol.* 2017;5(1):75–84.
 11. Ford CM, Bayer AM, Gilman RH, Onifade D, Acosta C, Vidal C, et al. Factors associated with delayed tuberculosis test-seeking behavior in the Peruvian Amazon. *Am J Trop Med Hyg.* 2010;81(6):1097–102.
 12. Herawati, Ruslami R, Yamin A. Ketidapatuhan orang kontak serumah terhadap anjuran pemeriksaan tuberkulosis. *Padjajaran Nurs J.* 2013;1(2):63–71.
 13. Notoatmodjo S. Kesehatan masyarakat ilmu dan seni. Jakarta: Rineka Cipta; 2013. p. 135–66.
 14. Febriana AI. Keikutsertaan pelanggan wanita pekerja seks dalam voluntary counseling and testing (VCT). *Kemas.* 2013;8(2):161–5.
 15. Ahdani N, Hakimi M, Supardi S. Kajian faktor threat dan coping terhadap partisipasi wanita dalam skrining. *Sains Kesehat.* 2005;18(2):1–11.
 16. Boer H, Seydel ER. Protection motivation theory. In: Conner M, Norman P, editors. *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models.* United Kingdom: Open University Press; 2005. p. 95–120.
 17. Legiati T, Shaluhiah Z, Suryoputro A. Perilaku ibu hamil untuk tes HIV di Kelurahan Bandarharjo dan Tanjung Mas Kota Semarang. *J Promosi Kesehat Indones.* 2012;7(1):74–85.
 18. Titisari IA, Riyanti E, P. PN. Aplikasi Teori Health Belief Model pada partisipasi wanita usia (WUS) subur dalam pemeriksaan IVA di Kelurahan Kalibanteng Kulon. *J Kesehat Masy.* 2018;6(5):751–9.
 19. Juniarti N, Evans D. A qualitative review: the stigma of tuberculosis. *J Clin Nurs.* 2010;20(13–14):1961–70.
 20. Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a

- revised theory of protection motivation. In: Basic Social Psychophysiological Research. New York: Guilford Press; 1983. p. 153–76.
21. Floyd DL, Prentice-Dunn S, Rogers RW. A meta-analysis of research on protection motivation theory. *J Appl Soc Psychol.* 2000;30(2):407–29.
22. Yoshitake N, Omori M, Sugawara M, Akishinonmiya K, Shimada S. Do health beliefs, personality trait, and interpersonal concerns predict TB prevention behavior among Japanese adults? *PLoS One.* 2019;14(2):1–10.
23. Prentice-Dunn S, Rogers RW. Protection motivation theory and preventive health: beyond the health belief model. *Heal Educ Res.* 1986;1(3):153–61.
24. Helmes AW. Application of the protection motivation theory to genetic testing for breast cancer risk. *Prev Med (Baltim).* 2002;35(7):453–62.

