

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU SKRINING TB PADA KONTAK SERUMAH DI KABUPATEN PANDEGLANG TAHUN 2015

¹Nono Sukarna, ²Mamat Lukman, ³Sheizi Prista Sari

Abstrak

Indonesia merupakan *high burden countris* sebagai penyumbang kasus TB ke empat setelah India, Cina dan Afrika Selatan. Tuberkulosis merupakan penyakit menular dengan angka kematian nomor 1 diantara penyakit menular lainnya. Penyakit TB disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis* yang menular melalui udara. Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang menunjukkan kontak serumah dengan penderita TB yang melakukan skrining hanya 5%, padahal seharusnya seluruh kontak serumah melakukan skrining sebelum pengobatan dimulai pada penderita TB. Rendahnya skrining TB pada kontak serumah mengakibatkan penularan terus terjadi, kasus terlambat ditemukan dan banyak gejala sisa pada penderita pasca pengobatan bahkan kematian. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku skrining TB pada kontak serumah. Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain *analitik corelasional* dengan pendekatan *case control study*. Sampel penelitiannya yaitu keluarga kontak serumah dengan penderita TB di Kabupaten Pandeglang sebanyak 250 keluarga. Teknik pengambilan sampel secara *purposive sampling*. Berdasarkan hasil penelitian bahwa ada hubungan signifikan antara usia, jenis kelamin, status pernikahan, ras, pendidikan, pekerjaan, jarak, transportasi, waktu, asuransi kesehatan, dan pengetahuan dengan perilaku skrining TB dan Tidak ada hubungan signifikan antara pendapatan, biaya, hubungan dengan penderita TB, tipe keluarga, *health belief* dan *perceived need* dengan perilaku skrining TB. Variabel paling dominan hubungannya dengan perilaku skrining TB pada kontak serumah di Kabupaten Pandeglang pada tahun 2015 yaitu variabel pekerjaan.

Kata Kunci : Tuberkulosis, Skrining, Kontak Serumah

Abstract

Indonesia represent countris burden high as contributor of case of tuberculosis to four after India, Chinese and African South. Tuberculosis represent contagion with number mortality one among other contagion. Disease of tuberculosis because of catching tuberculosis *mycobacterium* pass air. Date of Public Health Service in Pandeglang District show house contact with patient of tuberculosis doing screening only 5%, though ought to all house contact do skrining before medication started by patient of tuberculosis. Low of him of screening tuberculosis at house contact result infection continue happened, found overdue case and many symptom by patient of medication after even death. This research aim to know factors related to behavior of tuberculosis screening at house contact. This Research type is quantitative research with analytic desain of corelasional with approach of study control case. Its research sample that is family contact house with patient of tuberculosis in District of Pandeglang counted 250 family. Technique intake of sampel by purposive sampling. Pursuant to result of research that there is relation of signifikan between age, gender, nuptials status, race, education, work, distance, transportation, time, health insurance, and knowledge with behavior of tuberculosis screening and no relation of signifikan between earnings, expense of, relation with patient of tuberculosis, family type, belief health and perceived of need with behavior of tuberculosis screening. Variable most dominant its relation with behavior of tuberculosis screening at house contact in Pandeglang District year 2015 that is work variable.

Keywords : Tuberculosis, Screening, House contact

PENDAHULUAN

World Health Organization (WHO) dalam *Annual Report on Global TB Control* (2013) menyatakan terdapat 22 negara dikategorikan sebagai *high burden countris* terhadap Tuberkulosis(TB) paru, termasuk Indonesia. Indonesia merupakan penyumbang kasus TB ke empat di dunia setelah India, Cina dan Afrika Selatan. Penyakit TB merupakan penyebab kematian nomor 1 diantara penyakit menular dan merupakan peringkat 3 setelah penyakit kardiovaskuler dan infeksi saluran pernafasan dari 10 penyakit penyebab kematian tertinggi di Indonesia. Angka kesakitan penyakit TB sebanyak 110 setiap 100.000 penduduk. Prevalensi penyakit TB akan menurun setengahnya, bila *Cases Detection Rate* (CDR) minimal 70%, angka konversi minimal 80% dan angka kesembuhan minimal 85% selama lima tahun berturut-turut (Kementerian kesehatan (Kemenkes), 2013).

Penemuan kasus secara aktif diantaranya melakukan skrining TB pada kontak serumah. Skrining TB pada kontak serumah sarannya yaitu seluruh anggota keluarga yang serumah dengan penderita TB di fasilitas pelayanan kesehatan, tanpa mempertimbangkan tanda gejala penyakit TB. Skrining TB dibedakan menjadi dua dengan batasan usia 15 tahun. Skrining TB pada usia kurang dari 15 tahun dilakukan

dengan skoring TB dan pada usia 15 tahun ke atas dilakukan dengan pemeriksaan dahak. Skrining TB pada kontak serumah ini bertujuan untuk mengidentifikasi kasus baru sedini mungkin pada anggota keluarga lainnya dan menunjukkan bahwa dalam rumah tersebut tidak ada kasus TB lagi, sehingga mampu memutus rantai penularan penyakit TB. Pemeriksaan dahak secara mikroskopik ini dilakukan tiga waktu yaitu Sewaktu, Pagi dan Sewaktu (SPS). Pemeriksaan ini membutuhkan dua kali kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan (Kemenkes, 2011).

Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang kontak serumah yang melakukan skrining TB hanya 5%. Pada studi pendahuluan peneliti memperoleh jawaban dari 10 orang kontak serumah mengatakan tidak melakukan skrining TB karena tidak mengalami tanda dan gejala penyakit TB dan 2 orang lainnya menjawab melakukan skrining TB karena takut tertular (Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang, 2015).

Berbagai penelitian tentang skrining TB menerangkan bahwa kontak serumah memiliki risiko besar tertular penyakit TB. Penelitian Susilawati, (2007) di Magelang dari 102 kontak serumah menemukan 12 penderita TB. Penelitian Herawati, (2013) di Bandung menerangkan bahwa kontak serumah dengan penderita TB harus

diskrining. Penelitian Rukmini, (2010) di Banjarmasin menyatakan bahwa ada hubungan bermakna antara kejadian TB dengan kontak serumah penderita TB. Penelitian Agung, (2012) di Denpasar Selatan bahwa 55% kontak serumah tidak melakukan skrining. Penelitian Putra, (2006) menunjukkan bahwa 95% kontak serumah dewasa mengalami *mantoux test* positif dan 75% balita kontak serumah mengalami *mantoux test* positif. Penelitian Rukmini (2010) menunjukkan bahwa prevalensi penularan pada kontak serumah 2,5 kali lebih tinggi dari penularan pada populasi.

Akibat tidak melakukan skrining TB pada kontak serumah, maka kasus terlambat ditemukan. Hasil penelitian Gonzales dkk. (2009) di Cuba menyebutkan bahwa penemuan kasus TB secara aktif yang diintegrasikan dengan kunjungan rumah, akan membantu untuk menemukan penderita yang tidak terdeteksi pada penjarangan kasus secara pasif di pelayanan kesehatan. Biasanya suspek TB datang ke pelayanan kesehatan dengan keluhan batuk darah, kondisi sakit parah dan sering berakhir dengan kematian atau keluhan batuk darah tetap ada walaupun pengobatan telah selesai. Data hasil pengobatan TB yang sembuh 12 orang masih mengalami batuk darah di Puskesmas Cadasari tahun 2014. Adapun jumlah penderita TB yang meninggal pada tahun

2011 sampai 2014 sebanyak 6 orang, 14 orang, 3 orang dan 6 orang. Data lain menunjukkan status penderita TB 95% menunjukkan ada riwayat kontak serumah dengan penderita TB seperti dengan kakek, nenek, orang tua dan keluarga lainnya. Hal ini menunjukkan penemuan kasus secara dini tidak dilaksanakan di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini analitik korelasional dengan pendekatan *case control study*. Sampel pada penelitian ini kontak serumah dengan penderita TB sebanyak 250. Adapun teknik pengambilan sampel secara *purposive sampling*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan usia responden 90% berusia produktif yang dianggap rentan untuk menderita penyakit TB. Nilai *p* yang diperoleh (0,000) artinya ada hubungan signifikan antara usia dengan perilaku skrining TB. Nilai OR 0,449 artinya usia tidak mempertinggi risiko perilaku tidak skrining TB pada kontak serumah. Responden perempuan mencapai 72,4%. Nilai *p* diperoleh (0,003) artinya ada hubungan signifikan antara jenis kelamin dengan perilaku skrining TB. Nilai OR diperoleh 0,422 artinya jenis kelamin tidak mempertinggi risiko tidak skrining TB pada kontak serumah.

Responden berdasarkan status pernikahan 9,2% tidak menikah. Nilai p diperoleh (0,000) artinya ada hubungan signifikan antara status pernikahan dengan perilaku skrining TB. Nilai OR diperoleh 2,225 artinya status pernikahan mempertinggi 2 kali risiko tidak skrining TB pada kontak serumah.

Responden 90,8% asli orang pandeglang. Nilai p diperoleh (0,000) artinya ada hubungan signifikan antara ras dengan perilaku skrining TB. Nilai OR diperoleh 0,449 artinya ras tidak mempertinggi risiko tidak skrining TB pada kontak serumah.

Berdasarkan tingkat pendidikan responden 91,2% berpendidikan sampai SLTP. Nilai p diperoleh (0,000) artinya ada hubungan signifikan antara pendidikan dengan perilaku skrining TB. Nilai OR diperoleh 0,449 artinya pendidikan tidak mempertinggi risiko tidak skrining TB pada kontak serumah.

Status pekerjaan responden 90,8% tidak bekerja. Nilai p diperoleh (0,000) artinya ada hubungan signifikan antara pekerjaan dengan perilaku skrining TB. Nilai OR diperoleh 0,449 artinya pekerjaan tidak mempertinggi risiko tidak skrining TB pada kontak serumah.

Pendapatan responden 72,8% di bawah UMR. Nilai p diperoleh (1,000) artinya tidak ada hubungan signifikan antara pendapatan dengan perilaku

skrining TB. Nilai OR diperoleh 1,000 artinya pendapatan mempertinggi risiko 1 kali tidak skrining TB pada kontak serumah.

Responden berdasarkan akses pelayanan kesehatan; jarak jauh 54%. Nilai p diperoleh (0,004) artinya ada hubungan signifikan antara jarak dengan perilaku skrining TB. Nilai OR diperoleh 2,116 artinya jarak mempertinggi risiko 1 kali tidak skrining TB pada kontak serumah.

Responden berdasarkan akses pelayanan kesehatan; transportasi 100% mudah. Nilai p diperoleh (a) artinya ada hubungan signifikan antara transportasi dengan perilaku skrining TB. Nilai OR diperoleh a artinya jenis kelamin tidak mempertinggi risiko tidak skrining TB pada kontak serumah.

Responden berdasarkan akses pelayanan kesehatan; waktu 54,4% lama. Nilai p diperoleh (0,005) artinya ada hubungan signifikan antara waktu dengan perilaku skrining TB. Nilai OR diperoleh 2,049 artinya waktu mempertinggi 2 kali risiko tidak skrining TB pada kontak serumah.

Responden berdasarkan akses pelayanan kesehatan; biaya 36% tidak terjangkau. Nilai p diperoleh (1,000) artinya tidak ada hubungan signifikan antara biaya dengan perilaku skrining TB. Nilai OR diperoleh 1,000 artinya biaya

mempertinggi 1 kali risiko tidak skrining TB pada kontak serumah.

Berdasarkan hubungan dengan penderita TB responden sebagai suami/istri/anak mencapai 18,4%. Nilai *p* diperoleh (1,000) artinya tidak ada hubungan signifikan antara hubungan dengan penderita TB dengan perilaku skrining TB. Nilai OR diperoleh 1,000 artinya hubungan dengan penderita TB mempertinggi 1 kali risiko tidak skrining TB pada kontak serumah.

Berdasarkan tipe keluarga *nuclear family* sekitar 18,4%. Nilai *p* diperoleh (1,000) artinya tidak ada hubungan signifikan antara tipe keluarga dengan perilaku skrining TB. Nilai OR diperoleh 1,000 artinya tipe keluarga mempertinggi 1 kali risiko tidak skrining TB pada kontak serumah.

Responden yang tidak memiliki akses 46%. Nilai *p* diperoleh (0,008) artinya tidak ada hubungan signifikan antara akses dengan perilaku skrining TB. Nilai OR diperoleh 1,980 artinya akses mempertinggi 1 kali risiko tidak skrining TB pada kontak serumah.

Responden berpengetahuan buruk mencapai 27,6%. Nilai *p* diperoleh (0,000) artinya ada hubungan signifikan antara pengetahuan dengan perilaku skrining TB. Namun nilai OR diperoleh 147,930 artinya pengetahuan mempertinggi 147 kali risiko tidak skrining TB pada kontak serumah.

Berdasarkan *health belief* 53,6% responden tidak yakin. Nilai *p* diperoleh (1,000) artinya tidak ada hubungan signifikan antara *health belief* dengan perilaku skrining TB. Nilai OR diperoleh 1,000 artinya *health belief* mempertinggi 1 kali risiko tidak skrining TB pada kontak serumah.

Berdasarkan *perceived need* 50,8% responden memiliki *perceived need negatif* dalam melakukan skrining TB. Nilai *p* diperoleh (0,899) artinya tidak ada hubungan signifikan antara *perceived need* dengan perilaku skrining TB. Nilai OR diperoleh 1,033 artinya *perceived need* mempertinggi 1 kali risiko tidak skrining TB pada kontak serumah.

Berdasarkan nilai *p* yang kurang dari 0,25 yaitu variabel usia, jenis kelamin, status pernikahan, ras, pendidikan, pekerjaan, jarak, waktu, akses dan pengetahuan. Hasilnya yang menunjukkan nilai *exc B* paling besar yaitu pekerjaan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan yang didapat dari hasil penelitian ini adalah :

1. Ada hubungan signifikan antara usia, jenis kelamin, status pernikahan, ras, pendidikan, pekerjaan, jarak, transportasi, waktu, asuransi kesehatan dan pengetahuan dengan perilaku skrining TB pada kontak serumah di Kabupaten Pandeglang pada tahun

2015. Tidak ada hubungan signifikan antara pendapatan, biaya, hubungan dengan penderita TB, tipe keluarga, *health belief* dan *perceived need* dengan perilaku skrining TB pada kontak serumah di Kabupaten Pandeglang pada tahun 2015.

2. Variabel yang paling dominan hubungannya dengan perilaku skrining TB pada kontak serumah di Kabupaten Pandeglang pada tahun 2015 yaitu variabel pekerjaan.

Adapun berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, maka disarankan:

1. Bagi Akademis

Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut yang bersifat kualitatif untuk menggali lebih dalam faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku skrining TB terutama berkenaan dengan pekerjaan, yang pada penelitian ini yang paling berhubungan dengan perilaku skrining TB.

2. Bagi dinas kesehatan; Pelaksanaan program penanggulangan TB sebaiknya dilaksanakan secara terpadu dengan pelaksanaan program lainnya seperti promosi kesehatan, perawatan kesehatan masyarakat; Evaluasi program di Puskesmas sebaiknya lebih menekankan pada proses pelaksanaan program, selain evaluasi hasil berupa laporan program. Bagi Puskesmas;

harus mampu melayani pasiennya terutama penderita TB secara komprehensif dan utuh, bukan hanya memberikan obat anti tuberkulosisnya saja tetapi harus melayani keluarga dan masyarakat sekitar penderita TB; harus mampu melayani masyarakat secara proporsional baik yang dilayani dalam gedung secara kuratif, rehabilitatif dan luar gedung secara preventif juga promotif.

3. Bagi Perawat Komunitas; Hendaknya menjadikan keluarga penderita TB sebagai sasaran kunjungan rumah risiko tinggi penularan penyakit; Aktif promotif harus terus dijalankan baik secara masal atau kelompok, selain aktif *case finding* bagi kontak serumah dengan penderita TB. Bahkan pengobatan pada penderita TB jangan dimulai sebelum skrining bagi semua kontak serumah dilakukan, karena rantai penularan terus terjadi; peran Perawat sebagai Pembina desa bisa memberdayakan masyarakat dalam penanggulangan penyakit TB berbasis masyarakat, sehingga mampu menjadi desa yang mandiri dan desa bebas TB.

-
1. Mahasiswa Magister Keperawatan Universitas Padjadjaran Bandung
 2. Dosen Magister Keperawatan Universitas Padjadjaran Bandung
 3. Dosen Magister Keperawatan Universitas Padjadjaran Bandung
-

DAFTAR PUSTAKA

- Abebe et al., (2010). Knowledge, health seeking behavior and perceived stigma toward tuberculosis among tuberculosis suspects in a rural community in Southwest Ethiopia. *Journal*, 5 (10) (11 Oktober 2010). Diakses dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2952624/?tool=pubmed>. Doi:10.1371/journal.pone.0013339
- Achmadi & Narbuko. (2007). *Metodologi Penelitian*, Bumi Aksara, Jakarta.
- Anak Agung Gede Agung, (2012). Rendahnya Proporsi Kontak Serumah yang Melakukan Deteksi Dini Tuberkulosis Paru di Puskesmas 1 Denpasar Selatan tahun 2012. Tesis Universitas Udayana, Bali
- Anderson, (1995), Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36 (1), 1-10.
- Anggraeni, D., (2009). Hubungan Faktor Perilaku Orang Tua dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada Anak Usia Sekolah di Wilayah Kerja Puskesmas Pemancungan Kecamatan Padang Selatan. Universitas Andalas.
- Arikunto. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, edisi revisi, cetakan 14, PT Rineka Cipta, Jakarta
- Ayisi, J., dkk., (2011). Care seeking and attitudes towards treatment compliance by newly enrolled tuberculosis patient in the district treatment programme in rural western Kenya: a qualitative study. *Bio Med Central Public Health*, 11 (515), 1-10.
- Balitbangkes, (2008). *Laporan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Nasional 2007*.
- Budiarto, E., (2001). *Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Boon., dkk., (2008). Comparison of symptoms and treatment outcomes between actively and passively detected tuberculosis cases: the additional value of active case finding. *Journal of Epidemiology Infection Disease*, 136, 1342-1349.
- Chang, C. T., & Esterman, A. (2007). Diagnostic delay among Pulmonary Tuberculosis patients in Sarawak, Malaysia: a cross sectional study. *Journal*, 7: 667 (May 11, 2007), 1-7. Diakses dari <http://www.rrh.org.au>
- Christian et al, (2010). Social-demographic profiles of the delayed diagnosed patients in RNTLP, Anand District. *Journal*, 1 (1 Juli-Desember 2010), 45-48 Diakses dari <http://iapsmgc.org/oa8.pdf>
- Cockerhan, W. C. (2008). *Medical Sociology*, New Jersey: Person Prentice Hall
- Coreil, J., (2009). Health and illness behaviour. Dalam Coreil, J., *Social and behavioural foundations of public health* (ed ke-2, hal 91-104). USA, Sage Pub.
- Crofton, J.,(2002). *Tuberculosis Klinis* (hal 26). Jakarta, Widya Medika.
- Dinas Kesehatan, (2015). *Propil Dinas Kesehatan Provinsi Banten Tahun 2014*
- Dinas Kesehatan, (2015). *Propil Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang Tahun 2014*
- Dorthe, K., B., Lise, D., Torsten, L., & Kirsti, M., (2009). "Couldn't you have done just as well without the screening?" A qualitative study of benefits from screening as perceived by people without a high cardiovascular risk score. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 9 (27), 111-116.
- Estifanos, et al., (2006). Tuberculosis is finding through a village outreach programme in a rural setting in southern ethiopia: community randomized trial. *Bulletin of the World Health Organization*, 84 (2), 112-118.

- Fatiregun, A. A. & Ejeckam, C. C. (2010). Determinants of Patient Delay in Seeking Treatment among Pulmonary Tuberculosis Cases in a Government Specialist Hospital in Ibadan, Nigeria. *Tanzania Journal of Health Research*, 12: 2 (April, 2010), 1-8.
- Gonzales, dkk., (2009). Pulmonary tuberculosis case detection through fortuitous cough screening during home visits. *Journal Tropical Medicine & International Health*. 14, 131-135.
- Hastono, (2007). Analisis Data Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, Jakarta.
- Hasan, M., I., (2010). Pokok-pokok Statistik 2 (Statistik Inferensif) (Edisi Kedua ed.). Jakarta: PT. Bumi aksara.
- Herawati, (2013) Ketidakpatuhan Orang Kontak Serumah terhadap Anjuran Pemeriksaan Tuberkulosis di Kelurahan Padjadjaran Kecamatan Cicendo Wilayah Kerja Puskesmas Pasirkaliki. Tesis, Universitas Padjadjaran, Bandung
- Karim, F., Chowdhury, A. M. R., Islam, A., & Weiss, M. G. (2007). Stigma, Gender, and their Impact on Patient with Tuberculosis in Rural Bangladesh. *Antropology & Medicine*, 14: 2 (August 2007), 139-151.
- Kemenkes, (2011). Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis. Jakarta: Dirjen P2PL Kemenkes RI.
- _____(2013). Fakta Seputar Tuberkulosis. Dirjen P2PL Kemenkes RI.
- Legesse, M., dkk., (2010). Knowledge and perception of pulmonary tuberculosis in pastoral communities in the middle and Lower Awash Valley of Afar region, Ethiopia. *Bio Med Central Public Health*, 10, 187.
- Lewis, C., P., & Newel, J., N. (2009). Improving tuberculosis care in low income countries-a qualitative study of patients understanding of "patient support" in Nepal. *Bio Med Public Health*, 9, 190.
- Mahendradhata, Y., Syahrizal, B. M., & Utarini, A., (2008) Delayed treatment of tuberculosis patients in rural areas of Yogyakarta province, Indonesia. *BMC Public Health*, 8:393(26 November 2008), 1-6.
- Ndama, M., (2002). Analisis Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dan Pengetahuan Bumil dalam Pemanfaatan Antenatal di Dua Wilayah Kabupaten Donggala Provinsi Sulteng Tahun 2001. FKM, UI, Depok
- Ngamvithayapong, J., Yanai, H., Winkvist, A., & Diwan, V. (2001). Health Seeking Behaviour and Diagnosis for Pulmonary Tuberculosis in an HIV-Epidemic Mountaining Area of Thailand. *Int J Tuberc Lung Dis*, 5, 1013-1020.
- Nies, M., A., & Mc. Ewen, (2007). Community/public Health Nursing Promoting the Health of Population (hal 3-7). Canada, Saunders.
- Nyamathi, A., dkk., (2004). Tuberculosis knowledge, perceived risk and risk behaviours among homeless adult: effect of ethnicity and injection drug use. *Journal of Community Health*, 29 (6), 483-497.
- Notoatmodjo, Soekidjo, (2010). Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi Revisi Cetakan Pertama, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Pappa, E., & Niakas, D., (2006). Assessment of Health Care Needs and Utilization Mixed Public-Private System: The Case of the Athens Area. *BMC Health Services Research*, 6: 146, 1-11.
- Polit, D. F., & Beck, C., T. (2006). Nursing research: principles and methods (ed. Ke-7), (hal 245-268). Philadelphia, Lippincott.
- Putra, Ak., (2010). Kejadian Tuberkulosis pada Anggota Keluarga yang Tinggal Serumah dengan Penderita TB Paru BTA Positif yang Berobat di RSUP H. Adam Malik (Tesis). Meda: Fakultas Kedokteran USU.

- Qureshi, S. A., Morkve, O., & Mustafa, T. (2008). Patient and Health System Delays: Health-care Seeking Behaviour among Pulmonary Tuberculosis Patients in Pakistan. *JPMA*, 58 (6) (June 2008), 318-321.
- Riyanto, (2011). Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan, Nuha Medika, Yogyakarta.
- Rosenstock IM. Encyclopedia of psychology: Vol. 4; 78-80. Washington: Oxford University Press;2000
- Rukmini, (2010). Analisis Data Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010. Badan Litbangkes Kemenkes RI, Surabaya.
- Saryono, (2008). Metodologi Penelitian Kesehatan, Mitra Cendekia, Yogyakarta.
- Scoot, S., & Walter, F. (2010). Studying Help-Seeking for Symptoms. *Journal*, (August 2, 2010). Doi: 10.1111/j.1751-9004.2010.00287.x
- Shargie, E., B., (2006). Tuberculosis case-finding through a village outreach programme in rural setting in Southern Ethiopia: Community randomized trial. *World Health Organization Bulletin*, 6 (84), 112-119.
- Streubert, H., J. dan Carpenter, D., R. (2003). Qualitatif research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative (ed. Ke-3), (hal 43-70). Philadelphia, Lippincott.
- Sugiyono, (2007). Statistika Untuk Penelitian, CV. Alfabeta, Bandung.
- Sumekar, D., A., (2008). Perilaku Masyarakat dalam Pencarian Pengobatan Tuberkulosis Paru di Kecamatan Rajabasa. Paper presented at the Seminar hasil penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Diakses 15 Februari 2015.
- Susilawati, E., (2007). Determinan Sosial Budaya pada Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Padang Bulan dan PB Selayang II Kota Medan. Tesis Universitas Sumatra Utara. Diakses tanggal 20 Februari 2014.
- Thaw., M., (2005). Patient Delay in Tuberculosis Center Treatment among Myanmar Migrant, Samutsakhon Province, Thailand. Mahidol University, Nakhon Pathon.
- Tornee, S., dkk., (2005). Factors Associated With the household Contact Screening Adherence of Tuberculosis Patients. *Southeast Asian Journal Tropical Medicine Public Health*, 36 (2), 331-340.
- Zinn, J. O., (2008). Social Theories of Risk and Uncertainty: An Introduction, (hal 3-16). Australia, Blackwell Pub.