



**PERILAKU KESEHATAN, PENCEGAHAN PENULARAN, PERAN
PENGAWAS MINUM OBAT (PMO), DAN LINGKUNGAN RUMAH
PENDERITA TUBERKULOSIS PARU
(Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Kejajar
Kabupaten Wonosobo tahun 2016)**

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat
Mencapai Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh:

EVI KURNIASIH

A2A214035

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SEMARANG**

2016

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi

**Perilaku Kesehatan, Pencegahan Penularan, Peran Pengawas Minum Obat
(PMO), dan Lingkungan Rumah pada Penderita Tuberkulosis Paru
(Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo
Tahun 2016)**

Telah disetujui untuk diujikan

Tim Pembimbing

Pembimbing I



Dr. Ir. Rahayu Astuti, M.Kes

NIK. 28.6.1026.018

Tanggal.....

Pembimbing II



Wulandari Meikawati, S.KM, M.Si

NIK. 28.6.1026.079

Tanggal.....

Mengetahui,

Ketua Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat

Universitas Muhammadiyah Semarang



DR. Sayono, S.KM, M.Kes (Epid)

NIK. 28.6.1026.077

Tanggal.....

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi

**Perilaku Kesehatan, Penularan, Peran Pengawas Minum Obat (PMO), dan
Lingkungan Rumah Penderita Tuberkulosis Paru
(Studi Di Wilayah Kerja Puskesmas Kejajar
Kabupaten Wonosobo Tahun 2016)**

Telah disetujui

Penguji

Dr. Sri Rejeki, M.Kep, Sp.Mat

NIK.28.6.1026.010

Tanggal:.....

Tim Pembimbing

Pembimbing I



Dr. Ir. Rahayu Astuti, M.Kes

NIK.28.6.1026.018

Tanggal: *2019/2016*.....

Pembimbing II



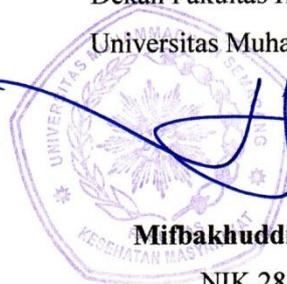
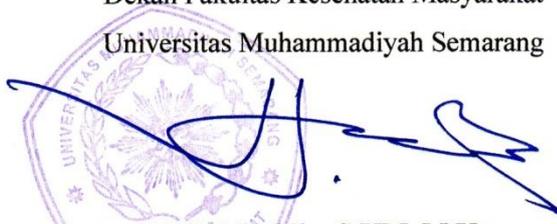
Wulandari Meikawati, S.KM, M.Si

NIK.28.6.1026.079

Tanggal:.....

Mengetahui,

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Semarang



Mifbakhuddin, S.KM, M.Kes

NIK.28.6.1026.025

Tanggal:.....

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan dengan sungguh – sungguh bahwa skripsi ini adalah karya saya sendiri, dan disusun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Muhammadiyah Semarang.

Nama : Evi Kurniasih
NIM : A2A214035
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Program Studi : S1 Kesehatan Masyarakat
Judul : Perilaku Kesehatan, Penularan, Peran Pengawas Minum Obat (PMO), dan Lingkungan Rumah Penderita Tuberkulosis Paru (Studi Di Wilayah Kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo Tahun 2016)

Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Muhamadiyah Semarang kepada saya.

Semarang, 30 Agustus 2015



KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur ke hadirat Allah SWT, yang senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia – Nya, sehingga skripsi yang berjudul “Perilaku Kesehatan, Pencegahan Penularan, Peran Pengawas Minum Obat (PMO), dan Lingkungan Rumah Penderita Tuberkulosis Paru (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo Tahun 2016)” dapat diselesaikan.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bimbingan, pengarahan, dan bantuan dari berbagai pihak, dengan rendah hati disampaikan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Seluruh responden yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo yang bersedia diteliti dalam skripsi ini.
2. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Semarang Bapak Mifbakhudin, S.KM, M.Kes.
3. Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Semarang, Bapak DR. Sayono, S.KM, M.Kes (Epid).
4. Pembimbing I, Ibu Dr. Ir. Rahayu Astuti, M.Kes, atas bimbingan, arahan, dan motivasinya dalam skripsi ini.
5. Pembimbing II, Wulandari Meikawati, S.KM, M.Si, atas bimbingan, arahan, dan motivasinya dalam skripsi ini.
6. Seluruh dosen dan staff Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Semarang.
7. Kepala Puskesmas Kejajar Wonosobo, dr. Danang Sananto, atas izin dan arahannya dalam penelitian skripsi ini.
8. Kepala TU Puskesmas Kejajar beserta staff dan karyawan Puskesmas Kejajar
9. Kedua orangtua tercinta Bapak dan Ibu atas dukungan dan motivasi yang diberikan.
10. Rekan – rekan yang telah memberikan semangat dan bantuan dalam penyelesaian skripsi ini.

Semoga kebaikan dari semua pihak mendapatkan balasan dari Allah

SWT. Saya menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu saran yang membangun sangat diharapkan guna penyusunan karya selanjutnya. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Semarang, 29 Agustus 2016

Penyusun



Perilaku Kesehatan, Pencegahan Penularan, Peran Pengawas Minum Obat (PMO) dan Lingkungan Rumah Penderita Tuberkulosis Paru (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016)

**Evi Kurniasih¹, Rahayu Astuti¹, Wulandari Meikawati¹
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Semarang¹**

ABSTRAK

Latar Belakang: Menurut World Health Organization (WHO), pada tahun 2015 Indonesia berada pada rangking tiga negara dengan beban TB tertinggi di dunia. Data Dinas Kesehatan Kabupaten Wonosobo pada tahun 2014 terjadi penurunan kasus BTA positif sebanyak 305 orang, sedangkan pada tahun 2015 terjadi peningkatan kasus yaitu 315 orang. **Tujuan:** Penelitian bertujuan untuk mengetahui perilaku kesehatan, pencegahan penularan, dan lingkungan rumah penderita tuberkulosis paru **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain deskriptif kuantitatif. Seluruh penderita TB Paru tahap pengobatan lanjutan pada Bulan November 2015 – Juli 2016 di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo berjumlah 39 orang diteliti. **Hasil:** penderita TB Paru 71,8% umur produktif, 56,4% laki – laki, 94,9% pendidikan rendah, 53,8% bekerja sebagai petani, 97,4% patuh berobat, 92,3% tidak pernah melakukan pemeriksaan dahak anggota keluarga lain yang serumah, 64,4% perokok, 87,2% tidak pernah kontak dengan penderita TB sebelumnya, 79,5% memakai alat makan dan minum bersama, 18% yang menutup mulut saat batuk atau bersin, 15,4% membuang dahak pada wadah khusus, 97,4% peran PMO baik, 92,3% kategori hunian padat, pencahayaan ruang keluarga dan ruang tidur tidak memenuhi syarat (64,1% dan 69,2%), 92,3% ventilasi hunian memenuhi syarat, 89,7% kondisi lantai memenuhi syarat, kelembaban ruang keluarga dan ruang tidur tidak memenuhi syarat (66,7% dan 59%). **Simpulan:** Sebagian besar penderita TB Paru tidak pernah memeriksa dahak anggota keluarga lain yang serumah, perokok, memakai alat makan dan minum bersama, tidak menutup mulut saat batuk atau bersin, dan tidak membuang dahak pada wadah khusus.

Kata kunci : Tuberkulosis Paru, perilaku kesehatan, pencegahan penularan, lingkungan rumah.

ABSTRACT

Background: According from World Health Organization (WHO), in 2015 Indonesia in 3rd position as the country with the highest TB cases in the world. Data from Dinas Kesehatan Wonosobo district in 2014, a decline in smear-positive cases as many as 305 people, while in 2015 the increase in cases is 315 people. **Method:** this study uses a quantitative descriptive design. Patients of pulmonary tuberculosis in November 2015 - July 2016 which are at an advanced stage of treatment in Puskesmas Kejajar Wonosobo district numbered 39 people all be sample. This study aimed to describe the behavior of health, prevention of transmission, role of PMO and the home environment with pulmonary tuberculosis Puskesmas Kejajar Wonosobo. Data retrieved by interviewing and measuring using questionnaires and measuring tools. **Result:** most patients with pulmonary TB: of 71.8% of productive age, 56.4% were male, 94.9% lower education categories, 53.8% work as farmers, 97.4% adherent to treatment, 92.3% never do sputum examination of other family members at home, 41.3% light smokers, 23.1%, heavy smokers, 87.2% never in contact with TB patients earlier, 79.5% used cutlery and drinking together, 18% shut the mouth when coughing or sneezing, 15.4% have a habit of throwing sputum in special containers, 97.4% PMO has a good role, 92.3% had a dense residential category, of lighting categories family room and bedroom does not qualify (64.1% and 69.2%), 92.3% of residential ventilation qualify, 89.7 % condition qualifies floor, moisture ineligible family room, and humidity room beds are not eligible (66.7% and 59%). **Conclusions :** The majority of patients with pulmonary TB sputum never check other family members who live at home, smoker , using cutlery and drinking together , do not shut the mouth when coughing or sneezing , and dispose of sputum in a special container .
Keywords : Tuberculosis, behavioral health, prevention of transmission, the home environment

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
SURAT PERNYATAAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar belakang.....	1
B. Rumusan masalah.....	6
C. Tujuan penelitian.....	6
D. Manfaat penelitian.....	8
E. Keaslian penelitian.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tuberkulosis Paru.....	11
1. Definisi.....	11
2. Epidemiologi.....	11
3. Etiologi.....	13
4. Patofisiologi	13
5. Tanda dan Gejala.....	13
6. Pemeriksaan Penunjang.....	14
7. Cara Penularan Tuberkulosis.....	14
8. Pencegahan Tuberkulosis.....	15
9. Pengobatan Tuberkulosis.....	17
	viii

B. Faktor Risiko Terjadinya Tuberkulosis.	18
C. Kerangka teori.....	24
D. Kerangka konsep.....	25
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis penelitian.....	26
B. Populasi dan sampel penelitian.....	26
C. Variabel penelitian dan Definisi Operasional.....	27
D. Metode dan Pengumpulan Data.....	31
1. Data Primer.....	31
2. Data Sekunder.....	32
E. Metode Pengolahan dan Analisis Data.....	32
1. Pengolahan Data.....	32
2. Analisis Data.....	35
F. Jadwal Penelitian.....	35
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	36
A. Hasil Penelitian.....	36
1. Gambaran Tempat Penelitian.....	36
2. Gambaran Hasil Penelitian.....	37
3. Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Perilaku Kesehatan, Pencegahan Penularan, dan Peran PMO.....	45
B. Pembahasan.....	56
1. Karakteristik Responden.....	56
2. Perilaku Kesehatan.....	59
3. Pencegahan Penularan.....	62
4. Peran PMO (Pengawas Minum Obat).....	64
5. Lingkungan Rumah.....	64
6. Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Perilaku Kesehatan, Pencegahan Penularan, dan Peran Pengawas Minum Obat (PMO)....	68
BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....	75
A. Simpulan.....	75

B. Saran..... 76

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL, GAMBAR, DAN LAMPIRAN

x

<http://lib.unimus.ac.id>

A. DAFTAR TABEL

Tabel 1.	Keaslian Penelitian.....	9
Tabel 3.1	Definisi Operasional	27
Tabel 4.1	Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden.....	38
Tabel 4.2	Distribusi Frekuensi Perilaku Kesehatan Responden	39
Tabel 4.3	Pencegahan Penularan pada Responden.	38
Tabel 4.4	Peran PMO (Pengawas Minum Obat) pada Responden.....	43
Tabel 4.5	PMO (Pengawas Minum Obat) yang ditunjuk pada Responden....	42
Tabel 4.6	Kategori Kepadatan Hunian Rumah Responden.....	43
Tabel 4.7	Kategori Pencahayaan, Ventilasi, Kondisi Lantai, dan Kelembaban Hunian Rumah Responden.....	43
Tabel 4.8	Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Kepatuhan Berobat.	46
Tabel 4.9	Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Pemeriksaan Dahak Anggota Keluarga Serumah.	48
Tabel 4.10	Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Kebiasaan Merokok.	49
Tabel 4.11	Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Kontak Penderita TB Lainnya.....	50
Tabel 4.12	Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Pemakaian Alat Makan dan Minum Bersama.	52
Tabel 4.13	Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Kebiasaan Menutup Mulut saat Batuk atau Bersin.....	53
Tabel 4.14	Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Kebiasaan Membuang Dahak pada Wadah Khusus.....	55
Tabel 4.15	Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Peran PMO.	56
Tabel 4.16	Tabulasi Silang Kedudukan dalam Keluarga dengan PMO yang ditunjuk.	56

B. DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	24
Gambar 2.2 Kerangka Konsep.....	25

C. DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Penelitian

Lampiran 2 Lembar permohonan menjadi responden

Lampiran 3 Lembar inform concent

Lampiran 4 Kuesioner Penelitian

Lampiran 5 Tabulasi

Lampiran 6 Dokumentasi

Lampiran 7 Surat Izin Penelitian



BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) merupakan suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri gram positif *Mycobacterium tuberculosis*. Organ yang paling sering terinfeksi adalah paru – paru tetapi dapat juga menginfeksi beberapa bagian tubuh lainnya. Infeksi tuberkulosis dapat menyerang dari bayi hingga orang dewasa. Penyebaran dari tuberkulosis melalui dahak yang terinfeksi. Penderita TBC akan mengalami berbagai gangguan kesehatan, seperti batuk berdahak kronis, demam subfebril, berkeringat tanpa sebab di malam hari, sesak napas, nyeri dada, dan penurunan nafsu makan. Semuanya itu dapat menurunkan produktivitas penderita bahkan kematian⁽¹⁾.

Penyakit TB menjangkit di 95% negara berkembang. Indonesia termasuk dalam negara berkembang yang banyak terdapat penderita TB. Sebanyak 75% penderita penyakit TB adalah kelompok usia produktif (15-50 tahun), sehingga penyakit TB merupakan penyakit yang menjadi masalah besar di Indonesia⁽²⁾.

Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang termasuk dalam 15 penyakit menular yang memerlukan upaya pengendalian penyakit yang menjadi prioritas pembangunan kesehatan nasional sehingga angka kesakitan dan kematian yang disebabkan oleh penyakit tuberkulosis perlu diturunkan karena angka kesakitan dan kematian yang disebabkan oleh penyakit tuberkulosis masih tinggi⁽²⁾.

Menurut *World Health Organization* (WHO), pada tahun 2015 Indonesia berada pada ranking tiga negara dengan beban TB tertinggi di dunia dengan menyumbang 10% dari jumlah penderita TBC dunia. Empat negara dengan jumlah terbesar kasus insiden pada tahun 2015 adalah Afrika Selatan, India, Indonesia, Cina⁽³⁾.

Pada tahun 2014 di Indonesia ditemukan jumlah kasus baru BTA positif (BTA+) sebanyak 176.6770 kasus, menurun bila dibandingkan kasus

baru BTA+ yang ditemukan tahun 2012 yang sebesar 196.310 kasus. Jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa Tengah. Kasus baru BTA+ di tiga provinsi tersebut hampir sebesar 40% dari jumlah seluruh kasus baru di Indonesia⁽⁴⁾.

Proporsi pasien baru BTA+ diharapkan tidak lebih rendah dari 65%. Apabila proporsi pasien baru BTA+ di bawah 65% maka hal itu menunjukkan mutu diagnosis yang rendah dan kurang memberikan prioritas untuk menemukan pasien yang menular (pasien BTA+). Sampai tahun 2014 di Indonesia ada beberapa propinsi yang belum mencapai target minimal proporsi pasien baru BTA+. Proporsi BTA+ di Jawa Tengah juga belum mencapai target minimal yaitu sebesar 58%. Angka notifikasi atau Case Detection Rate (CDR) kasus BTA+ pada tahun 2014 di Indonesia sebesar 70 per 100.000 menurun dibandingkan tahun sebelumnya yaitu 81 per 100.000 penduduk. Begitu juga dengan angka notifikasi seluruh kasus TB per 100.000 penduduk yang menurun dibandingkan tahun sebelumnya menjadi 113 per 100.000 penduduk⁽⁴⁾.

Jumlah kasus baru TB Paru BTA+ di Jawa Tengah sebanyak 20.796 kasus dengan Tuberkulosis per 100.000 penduduk Provinsi Jawa Tengah tahun 2013 sebesar 63 lebih rendah dibanding tahun 2012. Kasus TB Kebal Obat (*Multi Druge Resistant/MDR*) di provinsi Jateng sebanyak 77 kasus, sedangkan angka keberhasilan pengobatan di Provinsi Jawa Tengah yaitu sebesar 87,16% masih di bawah target provinsi Jawa Tengah yaitu 90%⁽⁵⁾.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Wonosobo pada tahun 2013 ditemukan BTA positif sebanyak 311 orang dengan angka kematian sebanyak 1 orang, pada tahun 2014 terjadi penurunan kasus BTA positif sebanyak 305 orang, sedangkan pada tahun 2015 terjadi peningkatan kasus yaitu 315 orang dengan ditemukannya 1 pasien dengan TB MDR. Pada Tahun 2016 sampai dengan Bulan Maret 2016 Kecamatan Kejajar merupakan kecamatan di Kabupaten Wonosobo dengan penderita TBC tertinggi di wilayah

Kabupaten Wonosobo dengan jumlah kasus sebanyak 48 kasus dan terjadi peningkatan penderita dari tahun sebelumnya yaitu 37 kasus sehingga program penemuan kasus TB menjadi program yang utama di puskesmas setempat⁽⁶⁾.

Faktor risiko terjadinya penyakit TB meliputi faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik/lingkungan. Faktor intrinsik yang merupakan faktor risiko terjadinya TB yaitu: 1) umur 2) jenis kelamin 3) pendidikan 4) pekerjaan 5) kebiasaan merokok 6) status gizi 7) pengetahuan. Faktor risiko ekstrinsik/lingkungan yaitu: 1) ventilasi 2) pencahayaan 3) keadaan sosial ekonomi 4) kondisi rumah 5) kelembaban 6) kepadatan hunian⁽⁷⁾.

Umur merupakan faktor risiko terjadinya TB karena penderita TB Paru di Indonesia diperkirakan sekitar 75% adalah kelompok usia produktif yaitu 15 – 50 tahun. Jenis kelamin merupakan faktor risiko TB Paru karena TB Paru lebih banyak terjadi pada laki – laki karena sebagian besar laki –laki memiliki kebiasaan merokok yang memudahkan terjangkitnya TB Paru⁽⁷⁾. Pendidikan seseorang juga menjadi faktor risiko terjadinya TB Paru karena semakin tinggi pendidikan seseorang pengetahuan tentang perilaku hidup sehat akan semakin baik⁽⁸⁾. Paparan kronis udara yang tercemar dapat meningkatkan morbiditas, terutama terjadinya gejala penyakit saluran pernafasan dan umumnya TB Paru⁽⁹⁾. Jenis pekerjaan seseorang juga mempengaruhi terhadap pendapatan keluarga yang akan mempunyai dampak terhadap pola hidup sehari-hari diantara konsumsi makanan, pemeliharaan kesehatan selain itu juga akan mempengaruhi terhadap kepemilikan rumah (kontruksi rumah).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa orang dengan status gizi kurang mempunyai resiko 3,7 kali untuk menderita TB Paru berat dibandingkan dengan orang yang status gizinya cukup atau lebih⁽¹⁰⁾. Pengetahuan seseorang akan TB Paru akan berakibat pada sikap orang tersebut untuk bagaimana menjaga dirinya tidak terkena TB Paru⁽¹¹⁾. Keteraturan minum obat merupakan faktor risiko TB karena pengobatan yang tidak teratur akan menimbulkan beberapa hal sebagai hal berikut: 1) Kuman penyakit TBC kebal sehingga penyakitnya lebih sulit diobati 2) Kuman berkembang lebih banyak dan

menyerang organ lain 3) Membutuhkan waktu lebih lama untuk sembuh 4) Biaya pengobatan semakin mahal 5) Masa produktif yang hilang semakin banyak⁽²⁾.

Ventilasi merupakan faktor resiko karena ventilasi berguna untuk membebaskan udara ruangan dari bakteri - bakteri, terutama bakteri patogen, karena di situ selalu terjadi aliran udara yang terus menerus. Pencahayaan merupakan hal yang sangat penting karena dapat membunuh bakteri patogen di dalam rumah misalnya basil TB⁽¹²⁾. Penurunan pendapatan dapat menyebabkan kurangnya kemampuan daya beli dalam memenuhi konsumsi makanan sehingga akan berpengaruh terhadap status gizi. Status gizi buruk akan menyebabkan kekebalan tubuh yang menurun sehingga memudahkan terkena infeksi TB Paru⁽¹³⁾. Kondisi rumah dapat menjadi salah satu faktor resiko penularan penyakit TB Paru. Atap, dinding dan lantai dapat menjadi tempat perkembang biakan kuman⁽¹⁴⁾. Kuman TB Paru akan cepat mati bila terkena sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup selama beberapa jam ditempat yang gelap dan lembab sehingga kelembaban udara merupakan faktor resiko TB Paru⁽¹⁴⁾. Luas lantai bangunan rumah tersebut harus disesuaikan dengan jumlah penghuninya sebab jika jumlah penghuninya terlalu banyak disamping menyebabkan kurangnya konsumsi oksigen juga bila salah satu anggota keluarga terkena penyakit infeksi, akan mudah menular kepada anggota keluarga yang lain⁽⁹⁾.

Penemuan pasien merupakan langkah pertama dalam kegiatan program penanggulangan TB. Penemuan dan penyembuhan pasien TB menular, secara bermakna akan dapat menurunkan kesakitan dan kematian akibat TB, penularan TB di masyarakat dan sekaligus merupakan kegiatan pencegahan penularan TB yang paling efektif di masyarakat.

Risiko penularan setiap tahun ARTI (*Annual Risk of Tuberculosis Infection*) Indonesia cukup tinggi dan bervariasi antara 1 - 3%. Pada daerah dengan ARTI (*Annual Risk of Tuberculosis Infection*) sebesar 1% berarti setiap tahun diantara 1000 penduduk, 10 orang akan terinfeksi TB Paru. Sebagian

besar dari orang yang terinfeksi tidak akan menjadi penderita tuberculosi, hanya 10% dari yang terinfeksi yang akan menjadi penderita tuberculosi. Berdasarkan keterangan tersebut dapat diperkirakan bahwa daerah dengan ARTI 1% maka diantara 100.000 penduduk rata – rata terjadi 1000 penderita Tuberculosis setiap tahun, dimana 50 penderita adalah BTA positif⁽¹⁵⁾.

Sumber penularan adalah pasien tuberkulosis Basil Tahan Asam (BTA) positif. Pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (droplet nuclei), saat batuk atau bersin. Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak⁽¹³⁾. Meningkatnya jumlah kasus TB paru BTA positif ini disebabkan oleh adanya faktor risiko yang memicunya yaitu berasal dari faktor risiko lingkungan, perilaku, ekonomi, dan karakteristik responden. Menurut penelitian sebelumnya yaitu penelitian Jalaludin Sayuti (2013) terdapat hubungan antara variabel ventilasi, merokok dalam rumah, tinggal serumah, dan penggunaan bahan bakar memasak dengan kejadian TB paru⁽¹⁶⁾. Menurut penelitian Melisah Putri Siregar (2012) ada hubungan antara tingkat penghasilan, kepadatan hunian, ventilasi, jenis lantai, pencahayaan suhu, dan kelembaban dengan kejadian penyakit tuberkulosis paru⁽¹⁷⁾.

Studi pendahuluan yang dilakukan pada 5 orang penderita TB BTA+ di wilayah kerja Puskesmas Kejajar didapatkan 5 orang teratur minum obat, 2 orang dengan peran PMO yang kurang baik, 1 orang pernah kontak dengan penderita TB sebelumnya, 1 orang memeriksakan dahak anggota keluarga yang lain, 4 orang perokok sedang dan 1 orang perokok ringan, 3 orang tidak menutup mulut apabila bersin dan batuk, 1 orang memiliki kebiasaan meludah di sembarang tempat, semua penderita memakai alat makan dan minum bersama, 1 orang memiliki kepadatan hunian yang tidak memenuhi syarat, 2 orang memiliki pencahayaan yang tidak memenuhi syarat, 1 orang memiliki ventilasi yang tidak memenuhi syarat, 1 orang memiliki kondisi lantai tidak memenuhi syarat, dan semua penderita memiliki kelembaban hunian yang tidak memenuhi syarat.

Dari referensi diatas penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang Perilaku Kesehatan, Pencegahan Penularan, dan Lingkungan Rumah Penderita Tuberkulosis Paru (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016).

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Wonosobo dan Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo terjadi peningkatan kasus TB paru pada tahun 2015 di wilayah kerja Puskesmas Kejajar yaitu terdapat 48 kasus dan merupakan wilayah di Kabupaten Wonosobo dengan kejadian TB tertinggi hingga Maret 2016. Dari permasalahan tersebut maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana Perilaku Kesehatan, Pencegahan Penularan, dan Lingkungan Rumah Penderita Tuberkulosis Paru (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016)?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan perilaku kesehatan, pencegahan penularan, peran Pengawas Minum Obat (PMO), dan lingkungan rumah penderita Tuberculosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016.

2. Tujuan Khusus

a. Mendeskripsikan umur, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan penderita Tuberculosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016 .

b. Mendeskripsikan perilaku kesehatan penderita Tuberculosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016 meliputi:

- 1) Keteraturan minum obat penderita Tuberkulosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016.
 - 2) Pemeriksaan dahak pada anggota keluarga jika ada satu anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016.
 - 3) Kebiasaan merokok penderita Tuberkulosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016.
 - 4) Kontak dengan penderita Tuberkulosis sebelumnya yang serumah dan tidak serumah di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016.
 - 5) Pemakaian alat makan dan minum bersama penderita Tuberkulosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016.
- c. Mendeskripsikan pencegahan penularan penderita Tuberculosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016 meliputi:
- 1) Kebiasaan menutup mulut bila batuk atau bersin penderita Tuberkulosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016.
 - 2) Kebiasaan membuang dahak di wadah khusus penderita Tuberkulosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016.
- d. Mendeskripsikan peran Pengawas Minum Obat (PMO) pada penderita Tuberkulosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016.
- e. Mendeskripsikan lingkungan rumah penderita Tuberkulosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016 meliputi:
- 1) Kepadatan hunian penderita Tuberkulosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016.

- 2) Pencerahan hunian penderita Tuberkulosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016.
- 3) Ventilasi hunian penderita Tuberkulosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016.
- 4) Kondisi lantai penderita Tuberkulosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016.
- 5) Kelembaban udara rumah penderita Tuberkulosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Masyarakat

Menambah pengetahuan masyarakat tentang penyakit tuberkulosis paru terutama faktor kesehatan lingkungan rumah apa saja yang berhubungan cara penularan, pencegahan, dan pengobatannya.

2. Bagi Instansi Terkait

Sebagai bahan pertimbangan dan pemikiran bagi program penanggulangan penyakit tuberkulosis paru terutama untuk menentukan kebijakan dalam perencanaan pelaksanaan serta evaluasi program.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai referensi untuk melakukan penelitian sejenis yang lebih luas dan upaya pengembangan lebih lanjut dengan menambah atau mengganti variabel terhadap pengembangan kondisi fisik rumah dengan kejadian Tuberkulosis Paru.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No.	Peneliti	Judul	Desain Studi	Variabel Penelitian	Hasil
1.	Melisah Putri Siregar (2012) ⁽¹⁷⁾	Hubungan Karakteristik Rumah dengan Kejadian	Cross Sectional	Variabel bebas : karakteristik rumah Variabel terikat :	Ada hubungan antara tingkat penghasilan, kepadatan hunian, ventilasi, jenis lantai,

	Penyakit Tuberkulosis Paru di Puskesmas Simpang Kiri Kota Subulussalam Tahun 2012		Kejadian TB paru	pencahayaan suhu, dan kelembaban dengan kejadian penyakit tuberkulosis paru	
2.	Jalaludin Sayuti (2013) ⁽¹⁶⁾	Asap Sebagai Salah Satu Faktor Risiko Kejadian TB Paru BTA Positif Analisis Spasial Kasus TB Paru di Kabupaten Lombok Timur	Case control	Variabel bebas: Ventilasi, kepadatan hunian rumah, merokok dalam rumah, tinggal serumah dan bahan bakar memasak. Variabel terikat : kejadian TB paru	Hasil penelitian yaitu terdapat hubungan antara variabel ventilasi, merokok dalam rumah, tinggal serumah, dan penggunaan bahan bakar memasak dengan kejadian TB paru.
3.	Nurmasadi K (2015) ⁽¹⁸⁾	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Pengobatan Tuberkulosis Paru	Cross sectional	Variabel bebas : umur, jenis kelamin, tingkat kepatuhan, hasil pemeriksaan dahak secara mikroskopis setelah pengobatan dan jenis pengobatan Variabel terikat : keberhasilan pengobatan TB paru	1. Tidak ada hubungan antara umur dan jenis kelamin dengan hasil pemeriksaan dahak secara mikroskopis setelah pengobatan 2. Terdapat hubungan antara tingkat kepatuhan dengan hasil pemeriksaan dahak secara mikroskopis setelah pengobatan, 3. Terdapat hubungan antara umur dengan jenis pengobatan 4. Tidak ada hubungan antara jenis kelamin dan tingkat kepatuhan dengan jenis pengobatan

Perbedaan dengan penelitian sebelumnya adalah jenis penelitian yaitu pada penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif, variabel yang diteliti, sampel dan lokasi penelitian yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tuberkulosis Paru

a. Definisi

Mycobacterium tuberculosis merupakan bakteri yang menyebabkan infeksi tuberkulosis. Penyakit ini dapat juga menyebar ke bagian tubuh lain seperti, meningen, ginjal, tulang, dan nodus limfe⁽¹³⁾. Tuberkulosis paru mencakup 80% dari keseluruhan kejadian penyakit tuberkulosis, sedangkan selebihnya merupakan tuberkulosis yang menyerang bagian luar paru – paru. Diperkirakan bahwa sepertiga penduduk dunia pernah terinfeksi kuman *M. tuberculosis*⁽¹⁹⁾.

b. Epidemiologi

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit infeksi yang sejarahnya dapat dilacak sampai ribuan tahun sebelum masehi. Sejak zaman purba, penyakit ini dikenal sebagai penyebab kematian yang menakutkan. Sampai pada saat Robert Koch menemukan penyebabnya, penyakit ini masih termasuk penyakit yang mematikan⁽⁸⁾. Tuberkulosis paru (TB paru) merupakan masalah utama bidang kesehatan di seluruh dunia. Sampai tahun 2011 tercatat 9 juta kasus baru TB dan lebih dari 2 juta orang meninggal akibat TB. Semua negara di dunia menyumbang kasus TB, namun persentase terbanyak terjadi di Afrika (30%) dan Asia (55%) dengan China dan India tercatat menyumbang 35% dari total kasus di Asia⁽³⁾.

TB paru memberikan morbiditas dan mortalitas yang tinggi. Mortalitas dan morbiditas meningkat sesuai dengan umur, pada orang dewasa lebih tinggi pada laki-laki. Morbiditas TB lebih tinggi diantara penduduk miskin dan daerah perkotaan jika dibandingkan dengan pedesaan⁽²⁰⁾.

Prevalensi TB terus meningkat karena peningkatan jumlah pasien yang terinfeksi dengan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), resistensi bakteri terhadap obat, peningkatan perjalanan internasional, dan imigrasi dari negara – negara dengan prevalensi tinggi, dan meningkatnya jumlah pelaku tunawisma dan obat⁽²¹⁾.

c. Etiologi

Tuberkulosis disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, sejenis kuman yang berbentuk batang dengan ukuran panjang 1 -4 μm dan tebal 0,3-0,6 μm dan digolongkan dalam basil tahan asam (BTA)⁽²²⁾.

Karakteristik kuman *Mycobacterium tuberculosis* : kuman ini disebut juga basil dari Koch. Kuman tuberkulosis ini mengalami pertumbuhan secara aerob obligat, energi kuman ini didapat dari oksidasi senyawa karbon yang sederhana, pertumbuhannya lambat, waktu pembelahan sekitar 20 jam, pada pembedahan pertumbuhan tampak setelah 2-3 minggu. Sifat hidrofobik permukaan sel membuat daya tahan kuman tuberkulosis lebih besar dibandingkan dengan kuman lainnya. Sputum kering yang melekat pada debu dapat tahan hidup 8-10 hari. Lemak yang terdapat dalam *Mycobacterium* antara lain lemak kompleks, asam lemak, dan lilin. Lemak pada sel bakteri ini bergabung pada protein dan polisakarida. Komponen lemak ini dianggap yang bertanggung jawab terhadap reaksi sel jaringan terhadap kuman tuberkulosis. Lemak ini berperan pada sifat tahan asam, sedangkan protein itu sendiri *Mycobacterium* mengandung beberapa protein yang menimbulkan reaksi tuberculin, protein yang terikat pada fraksi lilin dapat membangkitkan sensitivitas tuberculin, juga dapat merangsang pembentukan bermacam-macam antibodi⁽¹⁴⁾.

d. Patofisiologi

Kuman tuberkulosis yang masuk melalui saluran napas akan membentuk afek primer atau sarang primer, yaitu suatu sarang pneumonik yang berada di jaringan paru. Peradangan saluran getah bening menuju hilus (limfangitis local) akan tampak dari sarang primer. Peradangan tersebut diikuti oleh pembesaran kelenjar getah bening di hilus (limfadenitis regional). Afek primer bersama-sama dengan limfangitis regional dikenal sebagai kompleks primer. Kompleks primer ini akan mengalami salah satu nasib sebagai berikut :

- a. Sembuh dengan tidak meninggalkan cacat sama sekali
- b. Sembuh dengan meninggalkan sedikit bekas
- c. Menyebar (menyebar kesekitarnya, penyebaran secara bronkogen, serta penyebaran secara hematogen dan limfogen)⁽²³⁾.

Waktu yang diperlukan sejak masuknya kuman TB hingga terbentuknya kompleks primer secara lengkap disebut sebagai masa inkubasi TB. Masa inkubasi TB biasanya berlangsung dalam waktu 4-8 minggu dengan rentang waktu antara 2-12 minggu. Kuman dalam masa inkubasi tumbuh hingga mencapai jumlah 10³-10⁴, yaitu jumlah yang cukup untuk merangsang respons imunitas seluler⁽⁹⁾.

e. Tanda dan Gejala

Gambaran klinis tuberkulosis mungkin belum muncul pada infeksi awal dan mungkin tidak akan pernah timbul bila tidak terjadi infeksi aktif. Klien biasanya memperlihatkan gejala: purulen produktif disertai nyeri dada, demam (biasanya pagi hari), malaise, keringat malam, gejala flu, batuk darah, kelelahan, hilang nafsu makan, dan penurunan berat badan jika timbul infeksi aktif⁽⁷⁾.

Gejala klinik Tuberkulosis dapat dibagi menjadi 2 golongan, yaitu gejala respiratorik dan gejala sistemik. Gejala respiratorik meliputi: Batuk \geq 3 minggu, batuk darah, sesak napas, dan nyeri dada, sedangkan gejala sistemik yaitu: demam, rasa kurang enak badan (malaise), keringat malam, nafsu makan menurun (anoreksia), dan berat badan menurun⁽¹⁴⁾.

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien tuberkulosis adalah:

- a. Sputum Culture
- b. Ziehl neelsen: Positif untuk BTA
- c. Skin test (PPD, mantoux, tine, and vollmer, patch)
- d. Chest X-ray

- e. Histologi atau kultur jaringan: positif untuk *Mycobacterium tuberculosis*
- f. *Needle biopsy of lung tissue*: positif untuk granuloma TB, adanya sel - sel besar yang mengindikasikan nekrosis
- g. Elektrolit
- h. Bronkografi
- i. Test fungsi paru-paru dan pemeriksaan darah⁽¹³⁾

7. Cara Penularan Tuberculosis

Pada waktu berbicara, meludah, bersin, ataupun batuk, penderita TBC akan mengeluarkan kuman TBC yang ada di paru – paru ke udara dalam bentuk percikan dahak. Udara yang mengandung kuman TBC akan masuk ke paru - paru orang sehat yang menghiru dahak tersebut⁽²⁾.

Penderita TB Paru yang mengandung banyak sekali kuman dapat terlihat langsung dengan mikroskop pada pemeriksaan dahaknya (penderita BTA positif) adalah sangat menular. Droplet yang mengandung kuman ini dapat terhirup oleh orang lain, jika kuman tersebut sudah menetap dalam paru dari orang yang menghirupnya, maka kuman mulai membelah diri (berkembang biak) dan terjadilah infeksi dari satu orang ke orang lain⁽⁹⁾.

8. Pencegahan Tuberkulosis

Cara pencegahan terhadap penularan pasien TB Paru adalah :

- a. Bagi penderita, tutup mulut bila batuk
- b. Jangan buang dahak sembarangan, cara membuang dahak yang benar yaitu:
 - 1) Menimbun dahak dengan pasir
 - 2) Tampung dahak dalam kaleng berisi lysol, air sabun, spiritus, dan buang di lubang wc atau lubang tanah
- c. Memeriksa anggota keluarga yang lain
- d. Makan-makanan bergizi (cukup karbohidrat, protein, dan vitamin)
- e. Istirahat yang cukup.

- f. Memisahkan alat makan dan minum bekas pasien
- g. Memperhatikan keadaan rumah, ventilasi & pencahayaan baik dan hindari rokok
- h. Berikan Imunisasi BCG pada bayi

Tindakan pencegahan dapat dikerjakan oleh penderitaan, masyarakat dan petugas kesehatan.

- a. Pengawasan Penderita, kontak dan lingkungan
 - 1) Oleh penderita, dapat dilakukan dengan menutup mulut sewaktu batuk dan membuang dahak tidak disebarkan tempat.
 - 2) Oleh masyarakat dapat dilakukan dengan meningkatkan dengan terhadap bayi harus diberikan vaksinasi BCG.
 - 3) Oleh petugas kesehatan dengan memberikan penyuluhan tentang penyakit TB yang antara lain meliputi gejala bahaya dan akibat yang ditimbulkannya.
 - 4) Isolasi, pemeriksaan kepada orang-orang yang terinfeksi, pengobatan khusus TBC. Pengobatan mondok dirumah sakit hanya bagi penderita yang kategori berat yang memerlukan pengembangan program pengobatannya yang karena alasan – alasan sosial ekonomi dan medis untuk tidak dikehendaki pengobatan jalan.
 - 5) Des-Infeksi, Cuci tangan dan tata rumah tangga keberhasilan yang ketat, perlu perhatian khusus terhadap muntahan dan ludah (piring, hundry, tempat tidur, pakaian) ventilasi rumah dan sinar matahari yang cukup.
 - 6) Imunisasi orang-orang kontak. Tindakan pencegahan bagi orang-orang sangat dekat (keluarga, perawat, dokter, petugas kesehatan lain) dan lainnya yang terindikasinya dengan vaksi BCG dan tindak lanjut bagi yang positif tertular.
 - 7) Penyelidikan orang-orang kontak. Tuberculin-test bagi seluruh anggota keluarga dengan foto rontgen yang bereaksi positif, apabila

cara-cara ini negatif, perlu diulang pemeriksaan tiap bulan selama 3 bulan, perlu penyelidikan intensif.

- 8) Pengobatan khusus. Penderita dengan TBC aktif perlu pengobatan yang tepat obat-obat kombinasi yang telah ditetapkan oleh dokter di minum dengan tekun dan teratur, waktu yang lama (6 atau 12 bulan). Diwaspadai adanya kebal terhadap obat-obat, dengan pemeriksaan penyelidikan oleh dokter.

b. Tindakan Pencegahan.

- 1) Status sosial ekonomi rendah yang merupakan faktor menjadi sakit, seperti kepadatan hunian, dengan meningkatkan pendidikan kesehatan.
- 2) Tersedia sarana-sarana kedokteran, pemeriksaan penderita, kontak atau suspect gembas, sering dilaporkan, pemeriksaan dan pengobatan dini bagi penderita, kontak, suspect, perawatan
- 3) Pengobatan preventif, diartikan sebagai tindakan keperawatan terhadap penyakit inaktif dengan pemberian pengobatan INH sebagai pencegahan.
- 4) BCG, vaksinasi diberikan pertama-tama kepada bayi dengan perlindungan bagi ibunya dan keluarganya. Diulang 5 tahun kemudian pada 12 tahun ditingkat tersebut berupa tempat pencegahan.
- 5) Memberantas penyakit TBC pada pemerah air susu dan tukang potong sapi dan pasteurisasi air susu sapi .
- 6) Tindakan mencegah bahaya penyakit paru kronis karena menghirup udara yang tercemar debu para pekerja tambang, pekerja semen dan sebagainya.
- 7) Pemeriksaan bakteriologis dahak pada orang dengan gejala TBC paru.
- 8) Pemeriksaan screening dengan tuberculin test pada kelompok berisiko tinggi, seperti para emigrant, orang-orang kontak dengan penderita, petugas dirumah sakit, petugas/guru disekolah, petugas foto rontgen.
- 9) Pemeriksaan foto rontgen pada orang-orang yang positif dari hasil pemeriksaan tuberculin test⁽²²⁾.

9. Pengobatan Tuberkulosis

a. Tujuan Pengobatan

Pengobatan Tuberkulosis (TB) bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap Obat Anti Tuberculosis (OAT). Pengobatan TB memakan waktu minimal 6 bulan⁽¹³⁾.

b. Obat Anti Tuberkulosis (OAT)

OAT bukanlah obat tunggal, tetapi merupakan kombinasi dari beberapa jenis. OAT yaitu kombinasi dari isoniazid, rifampisin, pirasinamid, dan etambutol pada tahap intensif; dan isoniazid, rifampisin pada tahap lanjutan. Kasus tertentu/khusus diperlukan tambahan suntikan streptomisin⁽²⁾.

B. Faktor Risiko Terjadinya Tuberkulosis

Faktor yang mempengaruhi kejadian tuberkulosis diantaranya :

1. Faktor intrinsik

a. Umur

Beberapa faktor risiko penularan penyakit tuberkulosis di Amerika yaitu umur, jenis kelamin, ras, asal negara bagian, serta infeksi AIDS. Hasil penelitian yang dilaksanakan di New York pada panti penampungan orang - orang gelandangan menunjukkan bahwa kemungkinan mendapat infeksi tuberkulosis aktif meningkat secara bermakna sesuai dengan umur. Insiden tertinggi tuberkulosis paru biasanya mengenai usia dewasa muda. Di Indonesia diperkirakan 75% penderita TB Paru adalah kelompok usia produktif yaitu 15 - 50 tahun⁽⁷⁾.

b. Jenis Kelamin.

Tuberkulosis paru lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan dengan wanita karena laki-laki sebagian besar mempunyai kebiasaan merokok sehingga memudahkan terjangkitnya TB paru⁽⁷⁾:

c. Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi terhadap pengetahuan seseorang diantaranya mengenai rumah yang memenuhi syarat kesehatan dan pengetahuan penyakit TB Paru, sehingga dengan pengetahuan yang cukup maka seseorang akan mencoba untuk mempunyai perilaku hidup bersih dan sehat. Tingkat pendidikan seseorang juga akan mempengaruhi terhadap jenis pekerjaannya.

Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka pengetahuannya akan semakin luas atau baik, selain itu semakin tinggi pendidikan seseorang akan mempermudah orang tersebut dalam memperoleh informasi⁽⁸⁾.

d. Pekerjaan

Jenis pekerjaan menentukan faktor risiko apa yang harus dihadapi setiap individu. Pekerja yang bekerja di lingkungan berdebu paparan partikel debu di daerah terpapar akan mempengaruhi terjadinya gangguan pada saluran pernafasan. Paparan kronis udara yang tercemar dapat meningkatkan morbiditas, terutama terjadinya gejala penyakit saluran pernafasan dan umumnya TB Paru⁽⁹⁾.

Jenis pekerjaan seseorang juga mempengaruhi terhadap pendapatan keluarga yang akan mempunyai dampak terhadap pola hidup sehari-hari diantara konsumsi makanan, pemeliharaan kesehatan selain itu juga akan mempengaruhi terhadap kepemilikan rumah (kontruksi rumah). Kepala keluarga yang mempunyai pendapatan di bawah Upah Minimum Rata-rata (UMR) akan mengkonsumsi makanan dengan kadar gizi yang tidak sesuai dengan kebutuhan bagi setiap anggota keluarga sehingga mempunyai status nutrisi dan gizi yang kurang yang akan memudahkan untuk terkena penyakit infeksi diantaranya TB Paru. Jenis konstruksi rumah pada orang yang mempunyai pendapatan kurang maka konstruksi

rumah yang dimiliki tidak memenuhi syarat kesehatan sehingga akan mempermudah terjadinya penularan penyakit TB Paru⁽²¹⁾.

e. Kebiasaan Merokok

Merokok diketahui mempunyai hubungan dengan meningkatkan risiko untuk mendapatkan kanker paru-paru, penyakit jantung koroner, bronchitis kronik dan kanker kandung kemih. Kebiasaan merokok meningkatkan risiko untuk terkena TB paru sebanyak 2,2 kali⁽⁷⁾. Prevalensi merokok pada hampir semua negara berkembang lebih dari 50% terjadi pada laki – laki dewasa, sedangkan wanita perokok kurang dari 5%, dengan adanya kebiasaan merokok akan mempermudah untuk terjadinya infeksi TB Paru.

Rokok merusak mekanisme pertahanan paru-paru dengan racun yang dibawanya. Bulu getar dan alat lain dalam paru-paru yang berfungsi menahan infeksi rusak akibat asap rokok. Asap rokok meningkatkan tahanan pelan napas (airway resistance). Akibatnya, pembuluh darah di paru mudah bocor, juga merusak sel pemakan bakteri pengganggu dan menurunkan respon terhadap antigen, sehingga bila benda asing masuk ke dalam paru-paru, tidak ada pendeteksinya, sehingga bakteri penyebab TB dapat masuk dengan mudah⁽¹³⁾.

f. Status Gizi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa orang dengan status gizi kurang mempunyai risiko 3,7 kali untuk menderita TB Paru berat dibandingkan dengan orang yang status gizinya cukup atau lebih. Kekurangan gizi pada seseorang akan berpengaruh terhadap kekuatan daya tahan tubuh dan respon imunologik terhadap penyakit. Status gizi, ini merupakan faktor yang penting dalam timbulnya penyakit tuberkulosis⁽¹⁰⁾.

g. Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu.

Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (overt behaviour). Berdasarkan pengalaman ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan seseorang akan TB Paru akan berakibat pada sikap orang tersebut untuk bagaimana menjaga dirinya tidak terkena TB Paru. Sikap tersebut akan mempengaruhi perilaku seseorang untuk dapat terhindar dari TB Paru⁽¹¹⁾.

h. Keteraturan minum obat

Hal penting yang harus diperhatikan dan dilakukan bagi penderita TBC, yaitu keteraturan minum obat TBC sampai dinyatakan sembuh, biasanya berkisar antara 6-8 bulan. Pengobatan yang tidak teratur akan menimbulkan beberapa hal sebagai hal berikut:

- 1) Kuman penyakit TBC kebal sehingga penyakitnya lebih sulit diobati.
- 2) Kuman berkembang lebih banyak dan menyerang organ lain.
- 3) Membutuhkan waktu lebih lama untuk sembuh.
- 4) Biaya pengobatan semakin mahal.
- 5) Masa produktif yang hilang semakin banyak.

Jangka waktu pengobatan TBC akan selesai dalam waktu 6 bulan pada umumnya, yaitu 2 bulan pertama setiap hari (tahap intensif) dilanjutkan tiga kali dalam seminggu selama 4 bulan. Bila pengobatan tahap intensif diberikan secara tepat, penderita yang menderita penyakit TB tidak akan menularkan kepada orang lain dalam kurun waktu 2 minggu⁽²⁾.

2. Faktor Ekstrinsik

a. Ventilasi

Ventilasi mempunyai banyak fungsi. Fungsi pertama adalah untuk menjaga agar aliran udara di dalam rumah tersebut tetap segar. Hal ini

berarti keseimbangan oksigen yang diperlukan oleh penghuni rumah tersebut tetap terjaga. Kurangnya ventilasi akan menyebabkan kurangnya oksigen di dalam rumah, disamping itu kurangnya ventilasi akan menyebabkan kelembaban udara di dalam ruangan naik karena terjadinya proses penguapan cairan dari kulit dan penyerapan. Kelembaban ini akan merupakan media yang baik untuk pertumbuhan bakteri-bakteri patogen/ bakteri penyebab penyakit, misalnya kuman TB Paru⁽¹²⁾.

Fungsi kedua dari ventilasi itu adalah untuk membebaskan udara ruangan dari bakteri- bakteri, terutama bakteri patogen, karena di situselalu terjadi aliran udara yang terus menerus. Bakteri yang terbawa oleh udara akan selalu mengalir. Fungsi lainnya adalah untuk menjaga agar ruangan kamar tidur selalu tetap di dalam kelembaban (humiditiy) yang optimum⁽⁹⁾. Sirkulasi yang baik diperlukan paling sedikit luas lubangventilasi sebesar 10% dari luas lantai, untuk luas ventilasi permanenminimal 5% dari luas lantai dan luas ventilasi insidentil (dapat dibuka tutup) 5% dari luas lantai. Udara segar juga diperlukan untuk menjaga temperatur dan kelembaban udara dalam ruangan. Umumnya temperatur kamar 22°-30°C dari kelembaban udara optimum kurang lebih 60%⁽¹⁴⁾.

b. Pencahayaan

Untuk memperoleh cahaya cukup pada siang hari, diperlukan luas jendela kaca minimum 20% luas lantai, jika peletakan jendela kurang baik atau kurang leluasa maka dapat dipasang genteng kaca. Cahaya ini sangat penting karena dapat membunuh bakteri-bakteri patogen di dalam rumah, misalnya basil TB, karena itu rumah yang sehat harus mempunyai jalan masuk cahaya yang cukup⁽²⁴⁾.

c. Keadaan Sosial Ekonomi

Keadaan sosial ekonomi berkaitan erat dengan pendidikan, keadaan sanitasi lingkungan, gizi dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Penurunan pendapatan dapat menyebabkan kurangnya kemampuan daya

beli dalam memenuhi konsumsi makanan sehingga akan berpengaruh terhadap status gizi. Status gizi buruk akan menyebabkan kekebalan tubuh yang menurun sehingga memudahkan terkena infeksi TB Paru. Faktor ekonomi, keadaan sosial ekonomi yang rendah pada umumnya berkaitan erat dengan berbagai masalah kesehatan karena ketidakmampuan dalam mengatasi masalah kesehatan. Masalah kemiskinan akan sangat mengurangi kemampuan masyarakat untuk memenuhi kebutuhan gizi, pemukiman, dan lingkungan sehat, jelas semua ini akan mudah menumbuhkan penyakit tuberkulosis⁽¹³⁾.

d. Kondisi rumah

Kondisi rumah dapat menjadi salah satu faktor risiko penularan penyakit TB Paru. Atap, dinding dan lantai dapat menjadi tempat perkembang biakan kuman. Lantai dan dinding yang sulit dibersihkan akan menyebabkan penumpukan debu, sehingga akan dijadikan sebagai media yang baik bagi berkembang biaknya kuman *Mycrobacterium tuberculosis*⁽¹⁴⁾.

e. Kelembaban udara

Kelembaban udara dalam ruangan untuk memperoleh kenyamanan, dimana kelembaban yang optimum berkisar 60% dengan temperatur kamar 22° – 30°C. Kuman TB Paru akan cepat mati bila terkena sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup selama beberapa jam ditempat yang gelap dan lembab⁽¹⁴⁾.

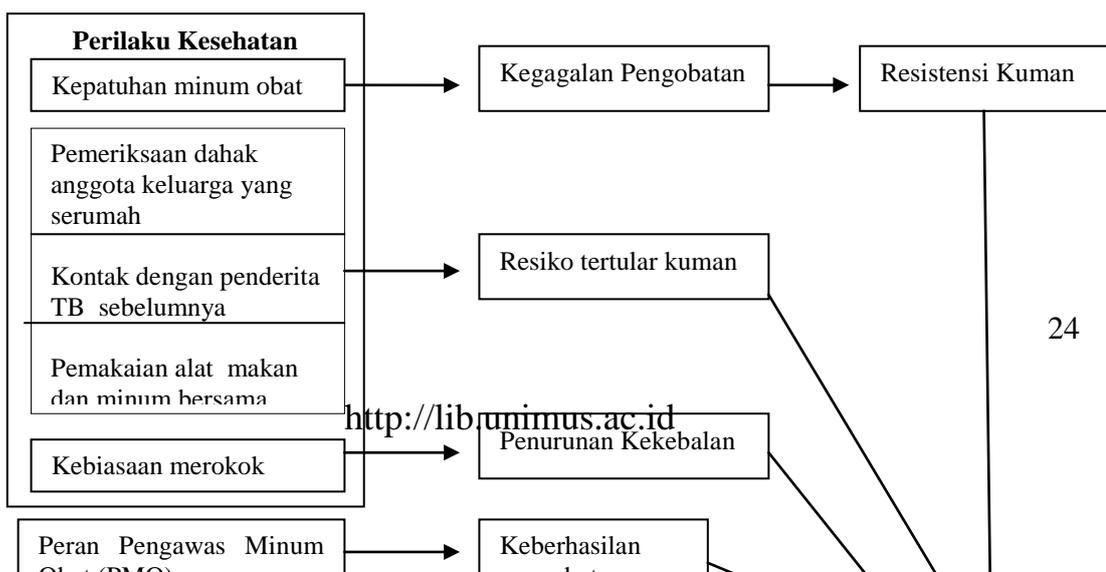
f. Kepadatan hunian

Luas lantai bangunan rumah sehat harus cukup untuk penghuni didalamnya, artinya luas lantai bangunan rumah tersebut harus disesuaikan dengan jumlah penghuninya agar tidak menyebabkan overload. Hal ini tidak sehat, sebab disamping menyebabkan kurangnya konsumsi oksigen juga bila salah satu anggota keluarga terkena penyakit

infeksi, akan mudah menular kepada anggota keluarga yang lain. Persyaratan kepadatan hunian untuk seluruh rumah biasanya dinyatakan dalam m²/orang. Luas minimum per orang sangat relatif tergantung dari kualitas bangunan dan fasilitas yang tersedia, dari hasil kajian kebutuhan ruang per orang 9 m²(²⁷).



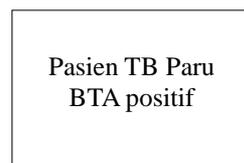
C. Kerangka Teori



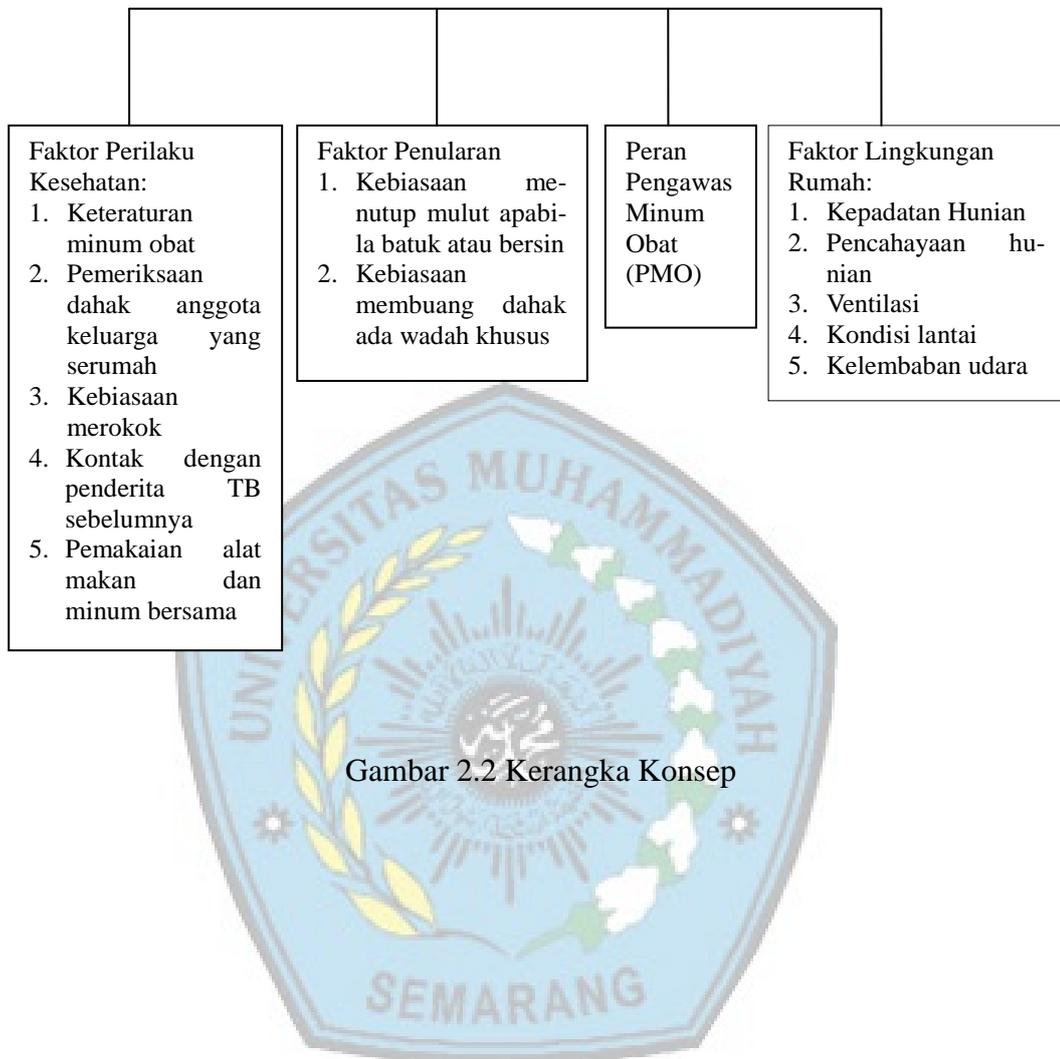


Gambar 2.1 Kerangka teori^{(2),(7),(8),(9),(10),(12),(13),(14)}

D. Kerangka Konsep



<http://lib.unimus.ac.id>



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis penelitian

Jenis desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif kuantitatif, yaitu metode yang tujuannya memberikan gambaran tentang suatu keadaan secara objektif, dengan menunjukkan angka, tabel atau grafik, mulai dari pengumpulan data sampai hasil⁽²⁵⁾.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita TB Paru dengan BTA positif pada Bulan November – Juli 2016 yang telah melakukan pengobatan lebih dari 2 bulan (tahap lanjutan) di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo sejumlah 39 orang.

2. Sampel

Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik total sampling yaitu pengambilan sampel dengan mengambil semua anggota populasi menjadi sampel. Cara ini dilakukan bila populasinya kecil, seperti bila sampelnya kurang dari seratus maka anggota populasi tersebut diambil seluruhnya untuk dijadikan sampel penelitian⁽²⁶⁾. Sampel dalam penelitian ini adalah penderita TB Paru BTA positif di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo sebanyak 39 orang yang menderita TB Paru dalam masa pengobatan lebih dari 2 bulan (tahap lanjutan). Kriteria sampel dalam penelitian ini adalah :

- a. Responden penderita TB Paru yang telah didata di wilayah Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo.
- b. Bersedia dijadikan responden.

C. Variabel dan Definisi Operasional

1. Variabel

Variabel dalam penelitian ini adalah perilaku kesehatan, pencegahan penularan, peran Pengawas Minum Obat (PMO) dan lingkungan rumah pada penderita TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten

Wonosobo tahun 2016.

2. Definisi Operasional

Pada penelitian ini definisi operasional dalam penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 3.1 :

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kategori	Skala Pengukuran
1.	a. Umur	Lama hidup responden yang dihitung dari lahir dengan pembulatan	Kuesioner	1. Usia produktif (15 – 55 tahun) 2. Usia non produktif (<15 dan >55 tahun)	Nominal
	b. Pendidikan	Jenjang sekolah yang pernah ditempuh dan mendapatkan ijazah	Kuesioner	1. Rendah (SD dan SMP) 2. Tinggi (SMA ke atas)	Nominal
	c. Pekerjaan	Status sosial sesuai dengan KTP	Kuesioner	1. Tidak bekerja 2. Bekerja	Nominal
	d. Jenis kelamin	Pembagian jenis seksual yang ditentukan secara biologis	Kuesioner	1. Laki – laki 2. Perempuan	Nominal
2.	Perilaku kesehatan :	Suatu respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, terdiri beberapa hal yaitu :			
	a. Kepatuhan minum obat	Ketaatan pasien dalam melakukan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh professional kesehatan	Kuesioner	1. Patuh: responden selalu menelan obat sesuai ketentuan petugas kesehatan yaitu setiap hari pada tahap awal, tiga kali seminggu pada tahap lanjutan dan pengambil obat serta memeriksakan dahak sesuai jadwal yang ditetapkan 2. Kurang patuh: responden kadang – kadang menelan obat sesuai ketentuan petugas kesehatan atau responden tidak	Ordinal

			menelan obat 2-8 minggu selama tahap pengobatan lanjutan dan tidak memeriksakan dahak sesuai jadwal yang telah ditetapkan dan	
			3. Tidak patuh: jika responden tidak selalu menaati nasihat dari petugas kesehatan atau responden tidak menelan obat lebih dari 8 minggu selama tahap pengobatan lanjutan dan tidak mengambil obat serta tidak memeriksakan dahak sesuai jadwal yang telah ditetapkan dan tidak menaati nasihat dari petugas kesehatan.	
b. Pemeriksaan dahak anggota keluarga yang serumah	Memeriksakan dahak anggota keluarga yang lain apabila ada salah satu anggota keluarga yang didiagnosis menderita TB	Kuesioner	1. Ya: memeriksakan dahak anggota keluarga yang tinggal serumah 2. Tidak: tidak memeriksakan dahak anggota keluarga yang tinggal serumah	Nominal
c. Kebiasaan merokok	Banyaknya seseorang menghisap rokok atau tembakau tiap harinya	Kuesioner	1. Bukan perokok 2. Perokok ringan < 10 batang/hari 3. Perokok sedang 10 – 20 batang/hari 4. Perokok berat >20 batang/hari	Ordinal
d. Kontak dengan penderita TB sebelumnya yang serumah	Riwayat kontak dan berhubungan dengan penderita TB atau tinggal serumah dengan penderita TB lain sebelum sakit TB	Kuesioner	1. Tidak pernah kontak dengan penderita lain 2. Kontak dengan penderita serumah	Nominal

	e.Pemakaian alat dan minum bersama	Menggunakan alat makan atau minum yang sama dengan penderita TB tanpa dicuci bersih	Kuesioner	1.Ya: pemakaian alat makan dan minum yang sama dengan anggota keluarga yang lain 2.Tidak: memakai alat makan dan minum terpisah dengan anggota keluarga yang lain	Nominal
3.	Pencegahan Penularan :	Hal yang dapat menyebabkan suatu penyakit menjangkit orang lain			
	a.Kebiasaan menutup mulut bila batuk atau bersin	Menutup mulut saat batuk dan bersin untuk menghindari penularan kepada orang lain	Checklist	1.Selalu menutup mulut saat batuk atau bersin 2.Kadang kadang menutupi mulut saat batuk atau bersin 3. Tidak pernah menutupi mulut saat batuk atau bersin	Ordinal
	b.Kebiasaan membuang dahak pada wadah khusus	Membuang dahak di wadah khusus dengan tutup untuk mencegah penularan	Checlist	1.Selalu membuang dahak pada wadah khusus 2. Kadang kadang membuang dahak ada wadah khusus 3.Tidak pernah membuang dahak pada wadah khusus	Ordinal
4.	Peran PMO :	Sejauh mana anggota keluarga yang ditunjuk sebagai Pengawas Minum Obat (PMO) melakukan kewajibannya mengawasi dan memantau penderita TB dalam meminum obat secara teratur dan tuntas.	Kuesioner	1.Baik: semua tugas PMO yang diterima responden terlaksana dengan baik yaitu mengawasi, memberikan dorongan, mengingatkan dan memberikan penyuluhan 2.Sedang: tugas PMO yang diterima responden sebagian saja yang terpenuhi 3.Buruk: tugas PMO yang diterima responden semuanya tidak terlaksana dengan	Ordinal

			baik		
5.	Lingkungan rumah:	Lingkungan yang ada di sekitar tempat tinggal			
	a.Kepadatan hunian	Perbandingan antara luas lantai rumah dengan jumlah anggota keluarga dalam satu rumah tinggal	Cheklis	1. Tidak padat: apabila lantai rumah responden mempunyai luas $\geq 9 \text{ m}^2/\text{orang}$ 2. Padat: apabila lantai rumah responden mempunyai luas $< 9 \text{ m}^2/\text{orang}$ ⁽²⁷⁾	Nominal
	b.Pencahayaan	Kondisi masuknya cahaya matahari yang dapat menerangi seluruh Ruangan	Luxmeter	1. Memenuhi syarat: $\geq 60 \text{ lux}$ 2. Tidak memenuhi syarat: $< 60 \text{ lux}$	Nominal
	c.Ventilasi	Kondisi rumah yang memiliki sirkulasi udara keluar masuk cukup dengan luas ventilasi minimal 10% dari luas lantai	Meteran	1. Memenuhi syarat: apabila ventilasi tetap dengan ukuran $\geq 10\%$ dari luas lantai 2. Tidak memenuhi syarat: apabila ventilasi tetap dengan ukuran $< 10\%$ dari luas lantai ⁽²⁷⁾	Nominal
	d.Kondisi lantai	Bahan dasar lantai yang terbuat dengan kondisi kedap air (dilapisi tegel tau semen/ubin/keramik) tidak kedap air apabila lantai terluas dari dalam rumah masih berupa tanah	Cheklis	1. Memenuhi syarat: apabila lantai rumah terbuat dari bahan yang kedap air (dilapisi semen atau tegel/ubin/keramik) 2. Tidak memenuhi syarat: apabila lantai rumah terbuat dari tanah	Nominal
	e.Kelembaban	Jumlah kandungan uap air yang ada dalam udara, adapun waktu terbaik untuk mengukur pada pukul 08.00 pagi – 12.00 siang	Higrometer	1. Memenuhi syarat: bila kelembaban ruangan 40%-70% 2. Tidak memenuhi syarat: bila kelembaban ruangan kurang dari 40% atau lebih dari 70%	Nominal

D. Metode Pengumpulan Data

Data diambil dari data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dengan menggunakan instrumen (kuesioner), data sekunder diperoleh dengan menggunakan studi dokumentasi dengan melihat data yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Wonosobo dan data Puskesmas Kejajar. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti sendiri secara langsung ke rumah responden sesuai dengan nama, dan alamat yang telah diidentifikasi. Bagi responden yang tidak bisa baca tulis maka kuesioner ditanyakan langsung oleh peneliti.

1. Data Primer

Data primer dikumpulkan dengan cara wawancara langsung dan observasi kepada responden dengan menggunakan kuesioner (identitas, alamat, umur, jenis kelamin, kontak dengan penderita TB sebelumnya, kebiasaan merokok, keteraturan minum obat, kebiasaan membuka jendela setiap hari, kebiasaan menutup mulut bila batuk atau bersin, pemeriksaan dahak anggota keluarga yang lain, pemakaian alat dan minum bersama) serta checklist untuk kondisi rumah responden yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kejajar.

2. Data Sekunder

Data sekunder didapatkan dari laporan tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten Wonosobo dan Puskesmas Kejajar, meliputi jumlah penderita TB, nama penderita TB, dan alamat penderita TB.

F. Metode Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

a. Pemeriksaan Data (editing)

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Editing dilakukan dengan memeriksa data yang dikumpulkan yang meliputi kelengkapan, kejelasan, dan konsistensi

jawaban dalam pengisian kuesioner. Editing dilakukan di lapangan agar apabila terjadi kekurangan atau kesalahan data dapat dengan mudah dilakukan perbaikan.

b. Pemberian kode (coding)

Coding merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori, dalam penelitian ini coding untuk tiap variabel antara lain:

1) Karakteristik responden

a) Umur

(1) Usia produktif (15 – 55 tahun): kode 0

(2) Usia non produktif (<15 dan >55 tahun): kode 1

b) Jenis kelamin

(1) Laki – laki: kode 0

(2) Perempuan: kode 1

c) Pendidikan

(1) Tidak lulus SD: kode 0

(2) SD: kode 1

(3) SMP: kode 3

(4) SMA: kode 4

c) Pekerjaan

(1) Tidak bekerja: kode 0

(2) Bekerja: kode 1

2) Perilaku kesehatan

a). Kepatuhan minum obat :

(1) Patuh: kode 2

(2) Kurang patuh: kode 1

(3) Tidak patuh: kode 0

b). Pemeriksaan dahak anggota keluarga yang serumah

(1) Ya: kode 1

- (2) Tidak: kode 0
- c). Kebiasaan merokok
 - (1) Bukan perokok: kode 3
 - (2) Perokok ringan < 10 batang: kode 2
 - (3) Perokok sedang 10 – 20 batang: kode 1
 - (4) Perokok berat >20 batang: kode 0
- d. Kontak dengan penderita sebelumnya yang serumah
 - (1) Tidak pernah kontak dengan penderita lain: kode 1
 - (2) Kontak dengan penderita serumah: kode 0
- e. Kontak dengan penderita sebelumnya yang tidak serumah
 - (1) Tidak pernah kontak dengan penderita lain: kode 1
 - (2) Kontak dengan penderita serumah: kode 0
- f. Pemakaian alat makan dan minum bersama
 - (1) Ya: kode 0
 - (2) Tidak: kode 1
- 2) Pencegahan Penularan
 - a) Kebiasaan menutup mulut apabila batuk atau bersin
 - (1) Selalu menutup mulut saat batuk atau bersin: kode 2
 - (2) Kadang kadang menutup mulut saat batuk atau bersin : kode 1
 - (3) Tidak pernah menutup mulut saat batuk atau bersin : kode 0
 - b) Kebiasaan meludah pada wadah khusus
 - (1) Selalu membuang dahak pada wadah khusus: kode 2
 - (2) Kadang kadang membuang dahak ada wadah khusus : kode 1
 - (3) Membuang dahak di sembarang tempat: kode 0
- 3) Peran Pengawas Minum Obat (PMO)
 - a) Peran PMO
 - (1) Baik: kode 2
 - (2) Sedang: kode 1
 - (3) Buruk: kode 0
- 4) Lingkungan rumah

a)Kepadatan hunian

(1) Tidak padat: kode 1

(2) Padat: kode 0

b)Pencahayayan

(1) Memenuhi syarat: kode 1

(2) Tidak memenuhi syarat: kode 0

c)Ventilasi

(1) Memenuhi syarat: kode 1

(2) Tidak memenuhi syarat: kode 0

d) Kondisi lantai

(1) Memenuhi syarat: kode 1

(2) Tidak memenuhi syarat: kode 0

e) Kelembaban

(1) Memenuhi syarat: kode 1

(2) Tidak memenuhi syarat: kode 0

c) Penyusunan data (tabulating)

Pengorganisasian data sedemikian rupa agar dengan mudah dapat di jumlah, disusun, dan ditata untuk disajikan dan di analisis⁽¹⁹⁾.

2. Analisis Data

a) Analisis Univariat

Menganalisis variabel-variabel yang ada secara deskriptif dengan menghitung rerata, simpangan baku (SD), presentase dan distribusi frekuensi yang kemudian hasilnya disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Rumus presentase sebagai berikut:

$$P = \frac{f}{N} \times 100 \%$$

Keterangan : P : Presentase

f : Frekuensi

N : Jumlah subjek

G.Jadwal Penelitian

Terlampir



BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

36

1. Gambaran Tempat Penelitian

a. Gambaran Umum Tempat Penelitian

Puskesmas Kejar adalah Badan Layanan Umum Daerah di bawah SKPD Dinas Kesehatan, Puskesmas Kejar dikepalai oleh seorang Direktur Puskesmas yang mempunyai Unit Perawatan untuk melayani pasien rawat inap.

Puskesmas rawat inap Kejar terletak di Desa Serang, di Kecamatan Kejar yang beralamat di Jalan Dieng Km. 17, berada di daerah pegunungan yang mempunyai wilayah kerja di Kecamatan Kejar, meliputi 61 dusun, dan 193 RT yang tergabung dalam 9 desa binaan dari 16 desa yang menjadi bagian administratif Kecamatan Kejar, antara lain Kelurahan Kejar, Desa Serang, Kreo, Buntu, Tambi, Sigidang, Surengede, Tieng, dan Igrimranak. Desa binaan Puskesmas Kejar berada di ketinggian antara 1000 hingga 1500 meter dpl, sebelah utara dari pusat pemerintahan Kabupaten Wonosobo sejauh 15 km hingga 19 km, wilayah kerja Puskesmas Rawat Inap Kejar berbatasan dengan Kecamatan Garung di sebelah selatan dan wilayah Puskesmas Dieng di sebelah utara, sebelah timur berbatasan dengan wilayah Puskesmas Tretep yang masuk dalam administrasi Kabupaten Temanggung.

Puskesmas Kejar membina 9 desa dengan jumlah penduduk sebanyak 31.524 jiwa, terdiri dari 16.189 jiwa laki – laki, 15.335 jiwa perempuan dari sebanyak 8.861 KK. Jumlah Keluarga miskin sebanyak 15.000 jiwa yang memiliki BPJS PBI.

Mayoritas penduduk di wilayah Kecamatan Kejar bekerja sebagai petani dan buruh tani, sebagian lagi bekerja di perkebunan sebagai pengurus tanaman dan pemetik daun teh, sebagian lagi menjadi pedagang dan pegawai ataupun karyawan perkantoran.

b. Gambaran Khusus

Puskesmas Kejajar melayani semua program pelayanan Puskesmas, terdiri dari promotif, preventif, kuratif hingga rehabilitatif sederhana yang terbagi dalam pelayanan dalam gedung dan luar gedung.

Pelayanan kesehatan dalam gedung berupa pelayanan dasar rawat jalan, tindakan dan rujukan baik di Puskesmas maupun PUSTU dan PKD, pelayanan kesehatan rawat inap dan pelayanan gawat darurat 24 jam. Pelayanan kesehatan luar gedung meliputi pembinaan wilayah yang menitikberatkan pada kegiatan promotif dan preventif, yaitu pelayanan bagi masyarakat yang ada di wilayah binaan Puskesmas Kejajar.

2. Gambaran Hasil Penelitian

a. Karakteristik Responden

Karakteristik responden bila dilihat dari umur berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa umur responden berkisar 10 – 76 tahun dengan rata - rata umur responden penderita TB Paru adalah 42 tahun.

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa sebagian besar responden yang menderita penyakit TB paru sebagian besar pada usia produktif (15 – 55 tahun) sebanyak 28 (71,8%). Responden yang menderita penyakit TB paru banyak yang berjenis kelamin laki – laki yaitu sebanyak 22 orang (56,4%). responden penelitian paling banyak memiliki pendidikan terakhir tamat SD sebanyak 18 orang (46,2%). Distribusi frekuensi pekerjaan responden, sebagian besar memiliki pekerjaan sebagai petani yaitu sebanyak 21 orang (53,8%).

Distribusi frekuensi karakteristik responden disajikan pada Tabel 4.1:

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Responden

Karakteristik Responden		f	%
Umur	Produktif (15-55 tahun)	28	71,8
	Tidak produktif (<15 dan > 55 tahun)	11	28,2
Total		39	100,0

Jenis Kelamin	Laki – laki	22	56,4
	Perempuan	17	43,6
Total		39	100
Pendidikan	Tidak tamat SD	4	10,3
	Tamat SD	18	46,2
	Tamat SLTP	15	38,5
	Tamat SLTA	2	5,1
Total		39	100,0
Pekerjaan	Buruh	3	7,7
	Dagang	5	12,8
	Petani	21	53,8
	Tidak Bekerja	10	25,6
Total		39	100,0

b. Perilaku Kesehatan

Distribusi frekuensi perilaku kesehatan responden meliputi: kepatuhan berobat, pemeriksaan dahak anggota keluarga lain yang serumah, kebiasaan merokok, kontak dengan penderita TB lainnya, dan pemakaian alat makan dan minum bersama.

1) Kepatuhan Berobat

Responden dikatakan patuh jika responden selalu menelan obat sesuai ketentuan petugas kesehatan yaitu setiap hari pada tahap awal, tiga kali seminggu pada tahap lanjutan dan pengambil obat serta memeriksakan dahak sesuai jadwal yang ditetapkan.

Berdasarkan Tabel 4.2 dapat diketahui bahwa berdasarkan hasil penelitian terhadap kepatuhan responden hampir seluruh responden patuh berobat yaitu sebanyak 38 orang (97,4%) dan masih terdapat 1 orang (2,6%) yang kurang patuh dalam berobat.

2) Pemeriksaan Dahak Anggota Keluarga yang Serumah

Berdasarkan Tabel 4.2 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden TB Paru tidak pernah melakukan pemeriksaan dahak terhadap anggota keluarga lain yang serumah sebanyak 36 orang (92,3%).

3) Kebiasaan Merokok

Kebiasaan merokok responden dikategorikan menjadi 3 kategori yaitu bukan perokok, perokok ringan, perokok sedang, dan

perokok berat. Responden dikatakan perokok ringan jika responden menghabiskan kurang dari 10 batang rokok per harinya, responden dikatakan perokok sedang jika menghabiskan 10 – 20 batang rokok setiap harinya, sedangkan dikatakan perokok berat jika responden menghabiskan lebih dari 20 batang rokok setiap harinya⁽⁴⁰⁾.

Sebagian besar responden TB Paru memiliki kebiasaan merokok sebanyak 20 orang (51,3%) dengan perokok ringan berjumlah 11 orang (28,2%) dan responden perokok sedang berjumlah 9 orang (23,1%).

Data responden yang memiliki kebiasaan merokok didapatkan total rata – rata rokok yang dikonsumsi oleh seluruh responden adalah 8 batang per hari. Jumlah rokok yang paling sedikit dikonsumsi responden yaitu sebanyak 1 batang rokok per hari dan jumlah rokok yang paling banyak dikonsumsi responden yaitu 12 batang per hari.

4) Kontak dengan Penderita TB Lainnya

Responden ada yang pernah kontak dengan penderita TB lain sebelumnya sebanyak 5 orang (12,8%). Semua responden yang pernah kontak dengan penderita TB lain sebelumnya dari hasil penelitian diketahui kontak dengan penderita TB lainnya yang serumah.

5) Pemakaian Alat Makan dan Minum Bersama

Sebagian besar responden melakukan pemakaian alat makan dan minum bersama dengan anggota keluarga lain yaitu sebanyak 31 orang (79,5%) .

Distribusi frekuensi perilaku kesehatan pada responden TB Paru di wilayah Puskesmas Kejajar disajikan pada Tabel 4.2:

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Perilaku Kesehatan Responden

Perilaku Kesehatan Responden		f	%
Kepatuhan Berobat	Kurang patuh	1	2,6
	Patuh	38	97,4
Total		39	100,0

Perilaku Kesehatan Responden		f	%
Kepatuhan Berobat	Kurang patuh	1	2,6
	Patuh	38	97,4
Pemeriksaan Dahak Anggota Keluarga yang Serumah	Tidak Pernah	36	92,3
	Ya	3	7,7
Total		39	100,0
Kebiasaan Merokok	Bukan perokok	19	48,7
	Perokok ringan (< 10 batang /hari)	11	28,2
	Perokok sedang (10 – 20 batang/hari)	9	23,1
Total		39	100,0
Kontak dengan Penderita TB Sebelumnya	Tidak pernah	34	87,2
	Ya	5	12,8
Total		39	100,0
Pemakaian Alat Makan dan Minum Bersama	Ya	31	79,5
	Kadang – kadang	5	12,8
	Tidak pernah	3	7,7
Total		39	100,0

c. Pencegahan Penularan

Pencegahan penularan meliputi kebiasaan menutup mulut apabila batuk atau bersin dan kebiasaan membuang dahak pada wadah khusus disajikan pada Tabel 4.3:

Tabel 4.3 Pencegahan Penularan pada Responden

Pencegahan Penularan	Ya		Kadang-kadang		Tidak Pernah		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1. Kebiasaan menutup mulut apabila batuk atau bersin	7	17,9	16	41,0	16	41,0	39	100
2. Kebiasaan membuang dahak pada wadah khusus	6	15,4	3	7,7	30	76,9	39	100

Kebiasaan responden dalam menutup mulut saat batuk atau bersin didapatkan hasil hanya 7 orang (17,9%) responden yang menutup mulut saat batuk atau bersin, responden menutup mulut saat batuk atau bersin menggunakan tangan.

Responden sebagian besar tidak memiliki kebiasaan membuang dahak pada wadah khusus yaitu sebanyak 30 orang (76,9%). Responden membuang dahak pada wadah khusus menggunakan baskom plastik kecil terbuka/tanpa tutup.

d. Peran PMO (Pengawas Minum Obat)

Peran Pengawas Minum Obat (PMO) dibedakan menjadi dua kategori yaitu PMO dengan peran baik, kurang baik, dan buruk. PMO dikatakan baik jika semua tugas PMO terlaksana dengan baik yaitu mengawasi, memberikan dorongan, mengingatkan dan memberikan penyuluhan. Peran PMO dikatakan sedang jika tugas PMO sebagian saja yang terpenuhi. Peran PMO dikatakan buruk jika tugas PMO semuanya tidak terlaksana dengan baik.

Peran PMO berdasarkan hasil penelitian pada responden TB Paru di wilayah Puskesmas Kejajar disajikan pada Tabel 4.4:

Tabel 4.4 Peran PMO (Pengawas Minum Obat) pada Responden

Peran PMO	f	%
Baik	38	97,4
Buruk	1	2,6
Total	39	100,0
PMO yang ditunjuk	f	%
Anak	14	35,9
Istri	15	38,5
Suami	6	15,4
Orangtua	4	10,3
Total	39	100,0

Berdasarkan Tabel 4.12 dapat diketahui masih ada 1 orang (2,6%) yang memiliki peran PMO tidak baik. Responden yang ditunjuk oleh responden merupakan anggota keluarga dekat dari responden yang meliputi, anak, istri, suami, dan orangtua dari responden. Responden sebagian besar menunjuk istri sebagai PMO yaitu sebanyak 15 orang (38,5%),

e. Lingkungan Rumah

Lingkungan rumah responden meliputi kepadatan hunian rumah, pencahayaan, ventilasi, kondisi lantai, dan kelembaban. Tabel distribusi frekuensi kategori lingkungan rumah responden disajikan pada Tabel 4.6 dan Tabel 4.7:

Tabel 4.6 Kategori Kepadatan Hunian Rumah Responden

Kategori Kepadatan Hunian	F	%
Padat	3	7,7
Tidak padat	36	92,3
Total	39	100,0

Hunian responden dikatakan tidak padat jika lantai rumah responden mempunyai luas $\geq 9 \text{ m}^2/\text{orang}$ dan dikatakan padat apabila lantai rumah responden mempunyai luas $< 9 \text{ m}^2/\text{orang}$ ⁽²⁷⁾.

Berdasarkan Tabel 4.5 responden sebagian besar memiliki kategori hunian rumah tidak padat yaitu berjumlah 36 orang (92,3%). Rata – rata kepadatan hunian responden adalah $13,98 \text{ m}^2$. Kepadatan hunian responden yang paling rendah adalah $6,67 \text{ m}^2$, sedangkan kepadatan hunian responden yang paling tinggi adalah 25 m^2 .

Tabel 4.7 Kategori Pencahayaan, Ventilasi, Kondisi Lantai, dan Kelembaban Hunian Rumah Responden

Lingkungan Rumah	Tidak Memenuhi Syarat		Memenuhi Syarat		Total	
	F	%	f	%	f	%
1. Pencahayaan						
a. Pencahayaan Ruang Keluarga	25	64,1	14	35,9	39	100,0
b. Pencahayaan Ruang Tidur	27	69,2	12	30,8	39	100,0
2. Ventilasi	3	7,7	36	92,3	39	100,0
3. Kondisi Lantai	4	10,3	35	89,7	39	100,0
4. Kelembaban						
a. Kelembaban Ruang Keluarga	26	66,7	13	33,3	39	100,0
b. Kelembaban Ruang Tidur	23	59,0	16	41,0	39	100,0

Pencahayaan hunian dikategorikan menjadi memenuhi syarat dan tidak memenuhi syarat. Pencahayaan dikatakan memenuhi syarat jika

pencahayaan diukur dengan menggunakan luxmeter menunjukkan hasil ≥ 60 lux dan dikatakan tidak memenuhi syarat jika pencahayaan saat diukur dengan alat luxmeter menunjukkan hasil <60 lux. Pencahayaan hunian yang diukur dalam penelitian adalah pencahayaan ruang keluarga dan ruang tidur⁽²⁷⁾.

Berdasarkan Tabel 4.6 responden sebagian besar memiliki kategori pencahayaan ruang keluarga yang tidak memenuhi syarat yaitu berjumlah 25 orang (64,1%). Rata – rata pencahayaan ruang keluarga responden adalah 55,46 lux. Pencahayaan ruang keluarga responden yang paling rendah adalah 35 lux, sedangkan pencahayaan ruang keluarga responden yang paling tinggi adalah 65 lux .

Responden sebagian besar memiliki kategori pencahayaan ruang tidur yang tidak memenuhi syarat yaitu berjumlah 27 orang (69,2%). Rata – rata pencahayaan ruang tidur responden adalah 53,56 lux. Pencahayaan ruang tidur responden yang paling rendah adalah 30 lux, sedangkan pencahayaan ruang tidur responden yang paling tinggi adalah 68 lux.

Ventilasi hunian dikategorikan menjadi kategori ventilasi memenuhi syarat dan tidak memenuhi syarat. Ventilasi dikatakan memenuhi syarat apabila ventilasi tetap dengan ukuran $\geq 10\%$ dari luas lantai dan dikatakan tidak memenuhi syarat: apabila ventilasi tetap dengan ukuran $<10\%$ dari luas lantai⁽²⁷⁾.

Responden sebagian besar memiliki kategori ventilasi hunian yang memenuhi syarat yaitu berjumlah 36 orang (92,3%). Rata – rata ventilasi hunian responden adalah 14,36%. Pencahayaan ventilasi hunian responden yang paling rendah adalah 6,2%, sedangkan ventilasi hunian responden yang paling tinggi adalah 26,4%.

Kategori kondisi lantai rumah dibedakan menjadi dua kategori yaitu memenuhi syarat apabila lantai rumah terbuat dari bahan yang kedap air (dilapisi semen atau tegel/ubin/keramik) dan tidak memenuhi syarat apabila lantai rumah terbuat dari tanah⁽²⁷⁾.

Responden sebagian besar memiliki kategori lantai hunian yang memenuhi syarat yaitu berjumlah 35 orang (89,7%). Responden sebagian besar memiliki bahan pembuat lantai dari semen/tegel yaitu berjumlah 19 orang (48,7%).

Kelembaban hunian responden dibedakan menjadi kategori memenuhi syarat dan tidak memenuhi syarat. Kelembaban hunian dikatakan memenuhi syarat bila kelembaban ruangan 40%-70% diukur dengan menggunakan higrometer. Kelembaban hunian dikatakan tidak memenuhi syarat bila kelembaban ruangan kurang dari 40% atau lebih dari 70%⁽²⁷⁾. Dalam penelitian kelembaban yang diukur adalah kelembaban ruang keluarga dan kelembaban ruang tidur.

Responden sebagian besar memiliki kategori kelembaban ruang keluarga yang tidak memenuhi syarat yaitu berjumlah 26 orang (66,7%). Rata – rata kelembaban keluarga responden adalah 72,08%. Kelembaban ruang keluarga responden yang paling rendah adalah 60%, sedangkan kelembaban ruang keluarga responden yang paling tinggi adalah 78%.

Responden sebagian besar memiliki kategori kelembaban ruang tidur yang tidak memenuhi syarat yaitu berjumlah 23 orang (59%). Rata – rata kelembaban ruang tidur responden adalah 72,26%. Kelembaban ruang tidur responden yang paling rendah adalah 60%, sedangkan kelembaban ruang tidur responden yang paling tinggi adalah 78%.

3. Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Perilaku Kesehatan, Pencegahan Penularan, dan Peran PMO

a. Perilaku Kesehatan

1) Kepatuhan Berobat

Kepatuhan berobat pada umur produktif masih ada yang kurang, yaitu terdapat 3,6% responden yang kurang patuh berobat sedangkan usia tidak produktif seluruhnya sudah patuh dalam berobat.

Responden dengan jenis kelamin laki - laki seluruhnya patuh berobat, sedangkan pada jenis kelamin perempuan masih ada responden yang kurang patuh berobat (5,9%).

Kepatuhan berobat dari responden yang memiliki pendidikan tidak tamat SD sebanyak 75%, sedangkan pendidikan yang lebih tinggi meliputi tamat SD, tamat SLTP, dan tamat SLTA seluruhnya patuh berobat.

Responden yang bekerja sebagai buruh, pedagang, dan tidak bekerja seluruhnya patuh berobat, sedangkan responden yang bekerja sebagai petani masih terdapat 4,8% yang kurang patuh dalam berobat.

Tabulasi silang karakteristik responden dengan kepatuhan berobat disajikan pada Tabel 4.8:

Tabel 4.8 Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Kepatuhan Berobat

Karakteristik	Kepatuhan Berobat				Total	
	Kurang Patuh		Patuh		f	%
	f	%	f	%	f	%
Umur						
Produktif	1	3,6	27	96,4	28	100
Tidak Produktif	0	0	11	100	11	100
Total	1	2,6	38	97,4	39	100
Jenis Kelamin						
Laki – Laki	0	0	22	100	22	100
Perempuan	1	5,9	16	94,1	17	100
Total	1	2,6	38	97,4	39	100
Pendidikan						
Tidak tamat SD	1	25	3	75	4	100
Tamat SD	0	0	18	100	18	100
Tamat SLTP	0	0	15	100	15	100
Tamat SLTA	0	0	2	100	2	100
Total	1	2,6	38	97,4	39	100
Pekerjaan						
Buruh	0	0	3	100	3	100
Dagang	0	0	5	100	5	100
Petani	1	4,8	20	95,2	21	100
Tidak Bekerja	0	0	10	100	10	100
Total	1	2,6	38	97,4	39	100

2) Pemeriksaan Dahak Anggota Keluarga yang Serumah

Responden dengan umur tidak produktif seluruhnya tidak pernah memeriksakan dahak anggota keluarga yang serumah, sedangkan responden yang berumur produktif terdapat 10,7% responden yang tidak pernah melakukan pemeriksaan dahak anggota keluarga yang serumah.

Responden berjenis kelamin laki – laki seluruhnya tidak pernah memeriksakan dahak anggota keluarga yang serumah, sedangkan jenis kelamin perempuan hanya 17,6% yang memeriksakan dahak anggota keluarga yang serumah.

Kegiatan memeriksakan dahak anggota keluarga yang serumah pada responden tidak pernah dilakukan oleh seluruh responden dengan pendidikan tidak tamat SD dan tamat SLTA.

Responden yang bekerja sebagai buruh dan dagang seluruhnya tidak pernah memeriksakan dahak anggota keluarga lain yang serumah, sedangkan responden yang bekerja sebagai petani dan tidak bekerja ada responden yang melakukan pemeriksaan dahak anggota keluarga lain yang serumah.

Tabulasi silang karakteristik responden dengan pemeriksaan dahak anggota keluarga yang serumah disajikan pada Tabel 4.8:

Tabel 4.8 Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Pemeriksaan Dahak Anggota Keluarga Serumah

Karakteristik	Pemeriksaan Dahak Anggota Keluarga yang Serumah				Total	
	Tidak Pernah		Ya		f	%
	f	%	f	%		
Umur						
Produktif	25	89,3	3	10,7	28	100
Tidak Produktif	11	100	0	0	11	100
Total	36	92,3	3	7,7	39	100
Jenis Kelamin						
Laki – Laki	22	100	0	0	22	100
Perempuan	14	82,4	3	17,6	17	100
Total	36	92,3	3	7,7	39	100
Pendidikan						

Tidak tamat SD	4	100	0	0	4	100
Tamat SD	16	88,9	2	11,1	18	100
Tamat SLTP	14	93,3	1	6,7	15	100
Tamat SLTA	2	100	0	0	2	100
Total	36	92,3	3	7,7	39	100

Pekerjaan						
Buruh	3	100	0	0	3	7,7
Dagang	5	100	0	0	5	12,8
Petani	20	95,2	1	4,8	21	53,8
Tidak Bekerja	8	80	2	20	10	25,6
Total	36	92,3	3	7,7	39	100

3) Kebiasaan Merokok

Tabulasi silang karakteristik responden dengan kebiasaan merokok disajikan pada Tabel 4.9:

Tabel 4.9 Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Kebiasaan Merokok

Karakteristik	Kebiasaan Merokok						Total	
	Tidak Merokok		Perokok Ringan		Perokok Sedang		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Umur								
Produktif	15	53,6	5	17,9	8	28,6	28	100
Tidak Produktif	4	36,4	6	54,5	1	9,1	11	100
Total	19	48,7	11	28,2	9	23,1	39	100
Jenis Kelamin								
Laki – Laki	4	18,2	9	40,9	9	40,9	22	100
Perempuan	15	88,2	2	11,8	0	0	17	100
Total	19	48,7	11	28,2	9	23,1	39	100
Pendidikan								
Tidak tamat SD	2	50	2	50	0	0	4	100
Tamat SD	7	38,9	5	27,8	6	33,3	18	100
Tamat SLTP	9	60	4	26,7	2	13,3	15	100
Tamat SLTA	1	50	0	0	1	50	2	100
Total	19	48,7	11	28,2	9	23,1	39	100
Pekerjaan								
Buruh	1	33,3	0	0	2	66,7	3	100
Dagang	2	40	1	20	2	20	5	100
Petani	9	42,9	7	33,3	5	23,8	21	100
Tidak Bekerja	7	70	3	30	0	0	10	100
Total	19	48,7	11	28,2	9	23,1	39	100

Kebiasaan merokok pada responden yang diteliti didapatkan hasil responden umur produktif sebagian besar (53,6%) tidak

merokok, sedangkan pada umur tidak produktif sebagian besar responden (54,5%) merupakan perokok ringan.

Responden berjenis kelamin perempuan sebagian besar (88,2%) tidak merokok, sedangkan pada jenis kelamin laki – laki sebagian besar perokok ringan dan sedang masing – masing sebesar 40,9%.

Pada responden dengan pendidikan tamat SLTP sebagian besar (60%) tidak merokok, sedangkan responden perokok sedang sebagian besar (50%) responden yang tamat SLTA.

Responden yang tidak bekerja, sebagian besar (70%) tidak merokok, sedangkan responden yang bekerja sebagai buruh sebagian besar (66,7%) merupakan perokok sedang.

4) Kontak dengan penderita TB Lainnya

Pada responden dengan umur tidak produktif sebagian besar (90,9%) tidak pernah kontak dengan penderita TB lainnya, sedangkan pada umur produktif terdapat presentase sebesar 14,3% yang pernah kontak dengan penderita TB lainnya.

Kontak dengan penderita TB lainnya lebih banyak dilakukan oleh responden berjenis kelamin laki – laki (13,6%) dibanding dengan responden berjenis kelamin perempuan yang sebagian besar tidak pernah kontak dengan penderita TB lainnya.

Responden dengan pendidikan tamat SLTP sebagian besar (93,3%) tidak pernah kontak dengan penderita TB lainnya, sedangkan responden dengan pendidikan tamat SLTA 50% responden pernah kontak dengan penderita TB lainnya.

Responden yang bekerja sebagai buruh dan tidak bekerja sebagian besar tidak pernah kontak dengan penderita TB lainnya, sedangkan responden yang bekerja sebagai pedagang dan petani

masing – masing sebesar 20% dan 19% pernah kontak dengan penderita TB lainnya.

Tabulasi silang karakteristik responden dengan kontak dengan penderita TB lainnya disajikan pada Tabel 4.11:

Tabel 4.11 Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Kontak dengan Penderita TB Lainnya

Karakteristik	Kontak dengan Penderita TB Lainnya				Total	
	Tidak Pernah		Ya		f	%
	f	%	f	%		
Umur						
Produktif	24	85,7	4	14,3	28	100
Tidak Produktif	10	90,9	1	9,1	11	100
Total	34	87,2	5	12,8	39	100
Jenis Kelamin						
Laki – Laki	19	86,4	3	13,6	22	100
Perempuan	15	88,2	2	11,8	17	100
Total	34	87,2	5	12,8	39	100
Pendidikan						
Tidak tamat SD	3	75	1	25	4	100
Tamat SD	16	88,9	2	11,1	18	100
Tamat SLTP	14	93,3	1	6,7	15	100
Tamat SLTA	1	50	1	50	15	100
Total	34	87,2	5	12,8	39	100
Pekerjaan						
Buruh	3	100	0	0	3	100
Dagang	4	80	1	20	5	100
Petani	17	81	4	19	21	100
Tidak Bekerja	10	100	0	0	10	100
Total	34	87,2	5	12,8	39	100

5) Pemakaian Alat Makan dan Minum Bersama

Tabulasi silang karakteristik responden dengan pemakaian alat makan dan minum bersama disajikan pada Tabel 4.12:

Tabel 4.12 Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Pemakaian Alat Makan dan Minum Bersama

Karakteristik	Pemakaian Alat Makan dan Minum Bersama						Total	
	Ya		Kadang – kadang		Tidak Pernah		F	%
	f	%	f	%	f	%		
Umur								
Produktif	22	78,6	4	14,3	2	7,1	28	100
Tidak Produktif	9	81,8	1	9,1	1	9,1	11	100
Total	31	79,5	5	12,8	3	7,7	39	100
Jenis Kelamin								
Laki – Laki	19	86,4	1	4,5	2	9,1	22	100
Perempuan	12	70,6	4	23,5	1	5,9	17	100
Total	31	79,5	5	12,8	3	7,7	39	100
Pendidikan								
Tidak tamat SD	3	75	1	25	0	0	4	100
Tamat SD	15	83,3	2	11,1	1	5,6	18	100
Tamat SLTP	12	80	2	13,3	1	6,7	15	100
Tamat SLTA	1	50	0	0	1	50	2	100
Total	31	79,5	5	12,8	3	7,7	39	100
Pekerjaan								
Buruh	3	100	0	0	0	0	3	100
Dagang	4	80	0	0	1	20	5	100
Petani	15	71,4	4	19	2	9,5	21	100
Tidak Bekerja	9	90	1	10	0	0	10	100
Total	31	79,5	5	12,8	3	7,7	39	100

Pemakaian alat makan dan minum bersama persentasenya lebih banyak dilakukan oleh responden dari umur tidak produktif (78,6%), tidak berbeda jauh dari persentase pemakaian alat makan dan minum bersama pada umur produktif (81,8%).

Persentase pemakaian alat makan dan minum bersama lebih banyak dilakukan responden dengan jenis kelamin laki - laki (86,4%), dibandingkan persentase pada responden perempuan (70,6%).

Pada responden dengan pendidikan tamat SD sebagian besar (83,3%) yang memakai alat makan dan minum bersama, sedangkan

pada responden tamat SLTA 50% responden tidak memakai alat makan dan minum bersama.

Pada responden yang bekerja sebagai buruh seluruhnya memakai alat makan dan minum bersama, sedangkan pada dagang dan petani tidak memakai alat makan dan minum bersama masing – masing 20% dan 9,5%.

b. Pencegahan Penularan

1) Kebiasaan Menutup Mulut saat Batuk atau Bersin

Responden yang berumur produktif hanya 21,4% yang selalu menutup mulut saat batuk atau bersin, sedangkan responden yang berumur tidak produktif lebih sedikit lagi yaitu hanya 9,1% yang menutup mulut saat batuk atau bersin

Pada laki - laki sebagian besar (59,1%) responden tidak pernah menutup mulut saat batuk atau bersin sedangkan pada responden perempuan hanya 17,6% tidak menutup mulut saat batuk atau bersin.

Kebiasaan menutup mulut saat batuk atau bersin tidak selalu dilakukan oleh responden dengan pendidikan rendah. Tabel 4.13 menunjukkan semakin tinggi tingkat pendidikan semakin besar prosentase responden yang selalu menutup mulut saat batuk atau bersin.

Tidak ada responden yang menutup mulut saat batuk atau bersin pada responden yang bekerja sebagai buruh, sedangkan pada responden yang tidak bekerja, bekerja sebagai pedagang, dan petani hanya sebagian kecil yang memiliki kebiasaan menutup mulut saat batuk atau bersin (40%, 20%, dan 9,5%).

Tabulasi silang karakteristik responden dengan kebiasaan menutup mulut saat batuk atau bersin disajikan pada Tabel 4.13:

Tabel 4.13 Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Kebiasaan Menutup Mulut saat Batuk atau Bersin

Karakteristik	Kebiasaan Menutup Mulut saat Batuk atau Bersin						Total	
	Ya		Kadang – kadang		Tidak Pernah		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Umur								
Produktif	6	21,4	12	42,9	10	35,7	28	100
Tidak Produktif	1	9,1	4	36,4	6	54,5	11	100
Total	7	18	16	41	16	41	39	100
Jenis Kelamin								
Laki – Laki	3	13,6	6	27,3	13	59,1	22	100
Perempuan	4	23,5	10	58,8	3	17,6	17	100
Total	7	18	16	41	16	41	39	100
Pendidikan								
Tidak tamat SD	0	0	2	50	2	50	4	100
Tamat SD	1	5,6	9	50	8	44,4	18	100
Tamat SLTP	5	33,3	5	33,3	5	33,3	15	100
Tamat SLTA	1	50	0	0	1	50	2	100
Total	7	18	16	41	16	41	39	100
Pekerjaan								
Buruh	0	0	0	0	3	100	3	100
Dagang	1	20	2	40	2	20	5	100
Petani	2	9,5	12	57,1	7	33,3	21	100
Tidak Bekerja	4	40	2	20	4	40	10	100
Total	7	18	16	41	16	41	39	100

2) Kebiasaan Membuang Dahak pada Wadah Khusus

Tabulasi silang karakteristik responden dengan kebiasaan membuang dahak pada wadah khusus disajikan pada Tabel 4.14:

Tabel 4.14 Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Kebiasaan Membuang Dahak pada Wadah Khusus

Karakteristik	Kebiasaan Membuang Dahak pada Wadah Khusus						Total	
	Ya		Kadang – kadang		Tidak Pernah		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Umur								
Produktif	4	14,3	3	10,7	21	75	28	100
Tidak Produktif	2	81,8	0	0	9	18,2	11	100
Total	6	15,4	3	7,7	30	76,9	39	100
Jenis Kelamin								

Laki – Laki	3	81,8	1	4,5	18	13,6	22	100
Perempuan	3	17,6	2	11,8	12	70,6	17	100
Total	6	15,4	3	7,7	30	76,9	39	100

Pendidikan

Tidak tamat SD	0	0	0	0	4	100	4	100
Tamat SD	3	16,7	1	5,6	14	77,8	18	100
Tamat SLTP	3	66,7	2	13,3	10	20	15	100
Tamat SLTA	0	0	2	100	0	0	2	100
Total	6	15,4	3	7,7	30	76,9	39	100

Pekerjaan

Buruh	1	33,3	0	0	2	66,7	3	100
Dagang	0	0	1	20	4	80	5	100
Petani	3	14,3	2	9,5	16	76,2	21	100
Tidak Bekerja	2	20	0	0	8	80	10	100
Total	6	15,4	3	7,7	30	76,9	39	100

Responden umur produktif sebagian besar (75%) tidak pernah membuang dahak pada wadah khusus atau membuang dahak di sembarang tempat, sedangkan pada responden umur tidak produktif sebagian besar (81,8%) membuang dahak pada wadah khusus

Pada laki - laki sebagian besar responden (81,8%) membuang dahak pada wadah khusus, sedangkan pada responden perempuan sebagian besar (70,6%) tidak pernah membuang dahak pada wadah khusus

Responden dengan pendidikan tidak tamat SD seluruhnya tidak pernah membuang dahak pada wadah khusus, sedangkan responden dengan pendidikan tamat SLTP sebagian besar (66,7%) membuang dahak pada wadah khusus, pada responden tamat SLTA seluruhnya kadang – kadang membuang dahak pada wadah khusus.

Responden yang bekerja sebagai dagang dan tidak bekerja sebagian besar (80%) tidak pernah membuang dahak pada wadah khusus, sedangkan responden yang bekerja sebagai buruh 33,3% membuang dahak pada wadah khusus.

c. Peran Pengawas Minum Obat (PMO)

Tabulasi silang karakteristik responden dengan peran Pengawas Minum Obat (PMO) disajikan pada Tabel 4.15:

Tabel 4.15 Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Peran PMO

Karakteristik	Peran PMO				Total	
	Baik		Buruk		f	%
	f	%	f	%		
Umur						
Produktif	27	96,4	1	3,6	28	100
Tidak Produktif	11	100	0	0	11	100
Total	38	97,4	1	2,6	39	100
Jenis Kelamin						
Laki – Laki	22	100	0	0	22	100
Perempuan	16	94,1	1	5,9	17	100
Total	38	97,4	1	2,6	39	100
Pendidikan						
Tidak tamat SD	4	100	0	0	4	100
Tamat SD	17	94,4	1	5,6	18	100
Tamat SLTP	15	100	0	0	15	100
Tamat SLTA	2	100	0	0	2	100
Total	38	97,4	1	2,6	39	100
Pekerjaan						
Buruh	3	100	0	0	3	100
Dagang	5	100	0	0	5	100
Petani	21	100	0	0	21	100
Tidak Bekerja	9	90	1	10	10	100
Total	38	97,4	1	2,6	39	100

Responden dari umur tidak produktif seluruhnya memiliki peran PMO yang baik, sedangkan pada umur produktif 3,6% yang memiliki peran PMO buruk.

Pada responden dengan jenis kelamin laki – laki seluruh responden memiliki peran PMO baik, sedangkan dari jenis kelamin perempuan 5,9% memiliki peran PMO buruk.

Responden yang memiliki pendidikan tidak tamat SD, tamat SLTP, dan tamat SLTA seluruhnya memiliki peran PMO baik, sedangkan responden yang memiliki pendidikan tamat SD memiliki peran PMO buruk sebesar 5,6%.

Responden yang bekerja sebagai buruh, dagang, petani seluruhnya memiliki peran PMO baik, sedangkan responden yang tidak bekerja memiliki peran PMO buruk sebesar 10%.

Tabulasi silang kedudukan dalam keluarga dengan PMO yang ditunjuk disajikan pada tabel 4.16:

Tabel 4.16 Tabulasi silang kedudukan dalam keluarga dengan PMO yang ditunjuk

Kedudukan dalam Keluarga	PMO yang Ditunjuk								Total	
	Suami		Istri		Anak		Orangtua		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
KK/Suami	0	0	15	75	5	25	0	0	20	100
Istri	6	37,5	0	0	9	56,2	1	6,2	16	100
Anak	0	0	0	0	0	0	3	100	3	100
Total	6	15,4	15	38,5	14	35,9	4	10,3	39	100

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui responden yang berkedudukan sebagai Kepala Keluarga (KK) sebagian besar memilih istri sebagai PMO yaitu sebesar 75%, sedangkan pada responden yang berkedudukan sebagai istri sebagian besar memilih anak sebagai PMO yaitu sebesar 56,2% dan ada yang memilih suami sebagai PMO sebesar 37,5%. Seluruh responden yang berkedudukan sebagai anak dalam keluarga memilih orangtua sebagai PMO.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

a. Umur

Kemungkinan mendapat infeksi tuberkulosis aktif meningkat secara bermakna sesuai dengan umur. Insiden tertinggi tuberkulosis paru biasanya mengenai usia dewasa muda. Di Indonesia diperkirakan 75% penderita TB Paru adalah kelompok usia produktif yaitu 15 - 50 tahun⁽⁷⁾.

Hasil penelitian terhadap responden TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar didapatkan umur yang paling banyak mengalami TB Paru adalah usia produktif (15-55 tahun) sebanyak 28 orang (71,8%).

Usia produktif memungkinkan seseorang untuk bekerja atau melakukan kegiatan yang dapat berisiko terkena penularan kuman TB.

Penelitian yang dilakukan di Padang tentang Profil Penderita Penyakit Tuberkulosis Paru BTA Positif yang ditemukan di BP4 Lubuk Alung periode Januari 2012 – Desember 2012 menyatakan bahwa lebih dari separuh penderita TB terjadi pada kelompok usia produktif⁽²⁸⁾. The International Journal of Tuberculosis dan Lung Disease tahun 2007 menyatakan bahwa penuaan berhubungan erat dengan angka kejadian untuk kelompok yang berusia di atas 45 tahun. Survey yang diadakan sebelumnya secara konsisten melaporkan bahwa prevalensi lebih tinggi pada kelompok usia yang lebih tua⁽²⁹⁾.

i. Jenis Kelamin

Hasil penelitian terhadap responden TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar didapatkan jenis kelamin yang paling banyak mengalami TB Paru adalah kelamin laki – laki sebanyak 22 (56,4%).

Tuberkulosis paru lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan dengan wanita karena laki-laki sebagian besar mempunyai kebiasaan merokok sehingga memudahkan terjangkitnya TB paru⁽⁷⁾:

Hasil penelitian yang dilakukan di Minahasa Utara tentang Hubungan Faktor Risiko Umur, Jenis Kelamin dan Kepadatan Hunian dengan Kejadian Penyakit Tuberkulosis Paru di Desa Wori Kecamatan Wori Kabupaten Minahasa Utara ditemukan responden terbanyak adalah responden yang memiliki jenis kelamin laki-laki sebanyak 22 responden (56,4%) dari total 39 responden⁽³⁰⁾.

Hal ini sesuai dengan kepustakaan di mana laki-laki berisiko lebih besar untuk terkena penyakit TB paru di bandingkan dengan perempuan. Dimana laki-laki lebih banyak yang merokok dan minum alkohol dibandingkan dengan perempuan, merokok dan alkohol dapat menurunkan imunitas tubuh sehingga lebih mudah terkena penyakit TB paru.

c. Pendidikan

Hasil penelitian terhadap responden TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar didapatkan pendidikan responden yang paling banyak adalah pendidikan rendah (tidak lulus SD, SD, dan SLTP) sebanyak 37 orang (94,9%). Rendahnya pendidikan seseorang penderita TB dapat mempengaruhi seseorang untuk mencari pelayanan kesehatan dan perilaku untuk hidup bersih dan sehat⁽¹¹⁾.

Hasil penelitian Hubungan Tingkat Sosial Ekonomi dengan Angka Kejadian TB Paru BTA Positif di Wilayah Kerja Puskesmas Peterongan Jombang Tahun 2012, menyebutkan bahwa setengah dari responden yaitu 15 responden (50%) dengan pendidikan sedang menderita TB Paru BTA positif sehingga.⁽²⁹⁾

Tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi terhadap pengetahuan seseorang diantaranya mengenai rumah yang memenuhi syarat kesehatan dan pengetahuan penyakit TB Paru, sehingga dengan pengetahuan yang cukup maka seseorang akan mencoba untuk mempunyai perilaku hidup bersih dan sehat⁽¹¹⁾.

d. Pekerjaan

Jenis pekerjaan menentukan faktor risiko apa yang harus dihadapi setiap individu. Pekerja yang bekerja di lingkungan berdebu paparan partikel debu di daerah terpapar akan mempengaruhi terjadinya gangguan pada saluran pernafasan⁽⁹⁾.

Hasil penelitian terhadap responden TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar didapatkan pekerjaan responden yang paling banyak adalah petani sebanyak 21 orang (53,8%). Petani bekerja di ladang yang lingkungannya tidak bersih dan dapat berisiko terjangkit penyakit. Paparan kronis udara yang tercemar dapat meningkatkan morbiditas, terutama terjadinya gejala penyakit saluran pernafasan dan umumnya TB Paru⁽⁹⁾.

Dengan tingkat pekerjaan yang baik, maka seseorang akan berusaha untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih baik, berbeda dengan orang yang memiliki tingkat pekerjaan rendah yang lebih memikirkan bagaimana cara untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya.

2. Perilaku Kesehatan

a. Kepatuhan Minum Obat

Pengobatan Tuberkulosis (TB) bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap Obat Anti Tuberculosis (OAT). Pengobatan TB memakan waktu minimal 6 bulan⁽¹³⁾.

OAT bukanlah obat tunggal, tetapi merupakan kombinasi dari beberapa jenis. OAT yaitu kombinasi dari isoniazid, rifampisin, pirasinamid, dan etambutol pada tahap intensif; dan isoniazid, rifampisin pada tahap lanjutan. Kasus tertentu/khusus diperlukan tambahan suntikan streptomisin⁽²⁾.

Hal penting yang harus diperhatikan dan dilakukan bagi penderita TBC, yaitu keteraturan minum obat TBC sampai dinyatakan sembuh, biasanya berkisar antara 6-8 bulan. Pengobatan yang tidak teratur akan menimbulkan beberapa hal sebagai hal berikut:

- 1) Kuman penyakit TBC kebal sehingga penyakitnya lebih sulit diobati.
- 2) Kuman berkembang lebih banyak dan menyerang organ lain.
- 3) Membutuhkan waktu lebih lama untuk sembuh.
- 4) Biaya pengobatan semakin mahal.
- 5) Masa produktif yang hilang semakin banyak.

Hasil penelitian yang dilakukan terhadap responden yaitu penderita TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar dapat diketahui bahwa sebagian besar responden patuh berobat sebanyak 38 orang (97,4%).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Kabupaten Sumedang tentang Gambaran Kepatuhan Pasien TBC dalam Menjalani Pengobatan Obat Anti Tuberkulosis (OAT), yang menyatakan bahwa dalam tahap pengobatan lanjutan sebagian besar (68,42%) responden patuh dalam pengobatan TBC⁽³²⁾.

b. Pemeriksaan Dahak Anggota Keluarga Lain yang Serumah

Adanya anggota keluarga yang menderita TB Paru, maka seluruh anggota keluarga yang lain akan rentan dengan kejadian TB Paru. Pemeriksaan dahak berfungsi untuk mengakkan diagnosis, menilai keberhasilan pengobatan, dan menentukan potensi penularan. Pemeriksaan dahak untuk penegakan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 3 spesimen dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan berupa Sewaktu - Pagi – Sewaktu (SPS).

Hasil penelitian yang dilakukan terhadap responden yaitu penderita TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar dapat diketahui bahwa sebagian besar responden tidak memeriksakan dahak anggota keluarga lain yang serumah yaitu sebanyak 36 orang (92,3%). Pemeriksaan dahak anggota keluarga lain yang serumah dengan responden diperlukan karena riwayat kontak anggota keluarga yang serumah dan terjadi kontak lebih dari atau sama dengan 3 bulan berisiko untuk terjadinya TB Paru terutama kontak yang berlebihan melalui penciuman, pelukan, dan berbicara langsung.

c. Kebiasaan Merokok

Merokok diketahui mempunyai hubungan dengan meningkatkan risiko untuk mendapatkan kanker paru-paru, penyakit jantung koroner, bronchitis kronik dan kanker kandung kemih. Kebiasaan merokok meningkatkan risiko untuk terkena TB paru sebanyak 2,2 kali. Prevalensi merokok pada hampir semua negara berkembang lebih dari 50% terjadi

pada laki – laki dewasa, sedangkan wanita perokok kurang dari 5%, dengan adanya kebiasaan merokok akan mempermudah untuk terjadinya infeksi TB Paru⁽⁷⁾.

Rokok merusak mekanisme pertahanan paru-paru dengan racun yang dibawanya. Bulu getar dan alat lain dalam paru-paru yang berfungsi menahan infeksi rusak akibat asap rokok. Asap rokok meningkatkan tahanan pelan napas (airway resistance). Akibatnya, pembuluh darah di paru mudah bocor, juga merusak sel pemakan bakteri pengganggu dan menurunkan respon terhadap antigen, sehingga bila benda asing masuk ke dalam paru-paru, tidak ada pendeteksinya, sehingga bakteri penyebab TB dapat masuk dengan mudah⁽¹³⁾.

d. Kontak dengan Penderita Lain Sebelumnya

Orang yang tinggal serumah dengan penderita TB Paru akan memiliki risiko sama tingginya untuk mengidap TB. Sumber penularan yang paling berbahaya adalah penderita TB dewasa dan orang dewasa yang menderita TB Paru dengan kavitas (lubang pada paru – paru). Kasus seperti ini sangat infeksius dan dapat menularkan penyakit melalui batuk, bersin, dan percakapan. Semakin sering dan lama kontak, makin besar pula kemungkinan terjadinya penularan⁽²⁹⁾.

Hasil penelitian terhadap responden TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar dapat diketahui bahwa sebagian besar responden tidak pernah kontak dengan penderita lain yaitu sejumlah 34 orang (87,2%), sehingga responden tertular TB Paru sebagian besar bukan dari anggota keluarga yang serumah, sedangkan 5 responden ada yang tertular TB Paru setelah kontak dengan anggota keluarga yang serumah.

e. Pemakaian Alat Makan dan Minum Bersama

Risiko penularan TB Paru pada keluarga sangatlah berisiko terutama pada balita dan lansia yang memiliki daya tahan tubuh rendah. Upaya pencegahan penularan TB Paru keluarga sangat berperan penting yaitu misalnya dalam hal pemakaian barang bersama penderita TB. Pemakaian barang – barang bersama dengan penderita TB Paru terutama alat makan dan minum dapat menyebabkan penularan penyakit TB Paru, sehingga alat makan dan minum penderita TB setelah digunakan perlu untuk segera dicuci bersih, sedangkan untuk alat – alat tidur perlu dijemur secara teratur ⁽²⁹⁾.

Hasil penelitian terhadap responden TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar dapat diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki kebiasaan memakai alat makan dan minum bersama dengan anggota keluarga yang lain yaitu sejumlah 31 orang (79,5%), sehingga hal ini dapat memicu penularan penyakit TB Paru karena dahak yang mengandung kuman TB dapat ditularkan.

3. Pencegahan Penularan

a. Kebiasaan Menutup Mulut saat Batuk atau Bersin

Pada waktu berbicara, meludah, bersin, ataupun batuk, penderita TBC akan mengeluarkan kuman TBC yang ada di paru – paru ke udara dalam bentuk percikan dahak. Udara yang mengandung kuman TBC akan masuk ke paru - paru orang sehat yang menghirup dahak tersebut⁽²⁾.

Hasil penelitian pada responden TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar didapatkan responden yang tidak pernah dan kadang – kadang menutup mulut saat batuk atau bersin memiliki jumlah yang sama yaitu 16 orang (41%). Responden menutup mulut saat batuk atau bersin menggunakan tangan sebanyak 32 orang.

Seperti halnya hasil penelitian di Minahasa Utara menyebutkan bahwa tindakan masyarakat di Desa Wori Kecamatan Minahasa Utara yang masih kurang mengenai kebiasaan memakai tisu atau sapu tangan

saat batuk⁽³⁰⁾. Tindakan yang masih kurang ini dapat menjadi salah satu sumber penularan, sehingga mata rantai penyakit Tuberkulosis ini sulit untuk diputuskan. Dan untuk itu, tindakan yang baik harus ditingkatkan dengan cara masyarakat haruslah lebih sering dipaparkan dengan bagaimana, apa dan dampak dari penyakit Tuberkulosis tersebut, serta ada stimulan/rangsangan yang baik dari pemerintah untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat⁽³¹⁾.

Penyakit TB Paru dapat menular secara langsung saat pasien penderita TB batuk atau bersin, apabila pasien dengan TB Paru tidak menutup mulut saat batuk atau bersin kemungkinan akan terjadi penyebaran kuman dan dapat terhisap oleh orang lain yang sehat, sehingga terjadi penularan. Pencegahan penularan dapat dilakukan dengan menutup mulut dengan sapu tangan yang kemudian dicuci bersih atau mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir setelah menutup mulut pada saat batuk atau bersin⁽²⁾.

b. Kebiasaan Membuang Dahak pada Wadah Khusus

Penderita TB Paru yang mengandung banyak sekali kuman dapat terlihat langsung dengan mikroskop pada pemeriksaan dahaknya (penderita BTA positif) adalah sangat menular. Droplet yang mengandung kuman ini dapat terhirup oleh orang lain, jika kuman tersebut sudah menetap dalam paru dari orang yang menghirupnya, maka kuman mulai membelah diri (berkembang biak) dan terjadilah infeksi dari satu orang ke orang lain⁽⁹⁾.

Hasil penelitian pada responden TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar didapatkan sebagian besar responden tidak memiliki kebiasaan membuang dahak pada wadah khusus yaitu berjumlah 30 orang (76,9%) dan responden yang membuang dahak pada wadah khusus membuang dahak pada baskom plastik kecil terbuka.

Dahak pasien penderita TB Paru yang dibuang sembarangan dapat menyebabkan penyebaran kuman TB Paru dan mengakibatkan

penularan penyakit, sehingga dahak penderita TB Paru harusnya dibuang pada wadah yang tertutup sehingga kuman tidak akan menyebar⁽¹⁹⁾.

4. Peran PMO (Pengawas Minum Obat)

Ketidak mampuan pasien menyelesaikan regimen *self-administered*, akan menyebabkan terjadinya kegagalan pengobatan, kemungkinan kambuh penyakitnya, resisten terhadap obat dan terus menerus akan mentransmisikan infeksi. Kepatuhan pasien dalam menyelesaikan program pengobatan pada kasus TBC aktif merupakan prioritas paling penting untuk mengendalikan program. Peningkatan persentase pasien yang berobat teratur (patuh) akan memberikan dampak positif, yaitu mengurangi angka penularan, mengurangi kekambuhan, menghambat pertumbuhan kuman, mengurangi resistensi kuman terhadap obat, dan mengurangi kecacatan pasien. Pada akhirnya jumlah pasien TBC akan menurun⁽¹⁸⁾.

Pengawas Menelan Obat (PMO) adalah orang yang mengawasi secara langsung terhadap penderita tuberkulosis paru pada saat minum obat setiap harinya dengan menggunakan panduan obat jangka pendek⁽²⁾. Hasil penelitian terhadap responden didapatkan sebagian besar responden PMO dengan peran yang baik yaitu sebesar 38 orang (97,4%). PMO yang ditunjuk merupakan keluarga dekat dari responden.

Pengawas Menelan Obat (PMO) pada penderita tuberkulosis paru diharapkan dapat : 1) menjamin ketekunan dan keteraturan pengobatan sesuai jadwal yang ditentukan pada awal pengobatan, 2) menghindari penderita dari putus berobat sebelum waktunya, dan 3) mengurangi kemungkinan pengaobatan dan kekebalan terhadap OAT⁽¹⁵⁾.

5. Lingkungan Rumah

a. Kepadatan hunian

Luas lantai bangunan rumah sehat harus cukup untuk penghuni didalamnya, artinya luas lantai bangunan rumah tersebut harus

disesuaikan dengan jumlah penghuninya agar tidak menyebabkan overload. Hal ini tidak sehat, sebab disamping menyebabkan kurangnya konsumsi oksigen juga bila salah satu anggota keluarga terkena penyakit infeksi, akan mudah menular kepada anggota keluarga yang lain⁽²⁷⁾.

Responden sebagian besar memiliki kategori hunian rumah tidak padat yaitu berjumlah 36 orang (92,3%). Hunian yang tidak padat dapat mengurangi risiko tersebarnya kuman penyakit apabila ada salah satu anggota keluarga yang sakit, misalnya menderita TB Paru. Pada penelitian yang dilakukan di Sulawesi Utara menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang kuat antara kepadatan hunian dengan kejadian penyakit TB Paru di Desa Wori Kecamatan Wori. Dimana nilai $p = 0.709$ ($p > 0,05$)⁽³⁰⁾.

b. Pencahayaan

Jumlah cahaya yang cukup pada siang hari diperoleh dengan membuat luas jendela kaca minimum 20% luas lantai, jika peletakan jendela kurang baik atau kurang leluasa maka dapat dipasang genteng kaca. Pencahayaan ruangan diukur dengan luxmeter. Cahaya di dalam ruangan memenuhi syarat jika cahaya yang masuk ≥ 60 lux dan tidak memenuhi syarat apabila cahaya yang masuk < 60 lux⁽¹¹⁾.

Pengukuran pencahayaan dilakukan pada dua tempat yang sering menjadi tempat aktivitas anggota keluarga yaitu pencahayaan ruang keluarga dan pencahayaan ruang tidur. Responden sebagian besar memiliki kategori pencahayaan ruang keluarga yang memenuhi syarat yaitu berjumlah 25 orang (64,1%), sedangkan untuk ruang tidur sebagian besar responden memiliki kategori pencahayaan yang tidak memenuhi syarat yaitu berjumlah 27 orang (69,2%).

Berdasarkan penelitian di Manado tentang analisis hubungan antara pencahayaan alami dengan kejadian penyakit TB paru diperoleh nilai $p = 0,150$. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang

bermakna antara pencahayaan alami dengan kejadian penyakit TB paru ($p > 0,05$). Karena dimungkinkan ada faktor lain yang mempengaruhi kejadian penyakit TB paru yaitu responden memiliki akses masuknya cahaya matahari yang baik (responden memiliki ventilasi yang cukup dan sering dibuka sehingga memudahkan cahaya masuk ke dalam rumah)⁽³⁴⁾.

c. Ventilasi

Ventilasi adalah lubang untuk keluar masuknya udara diukur dengan membandingkan luas lubang udara dengan luas seluruh lantai rumah. Sirkulasi yang baik diperlukan paling sedikit luas lubang ventilasi sebesar 10% dari luas lantai, untuk luas ventilasi permanen minimal 5% dari luas lantai dan luas ventilasi insidental (dapat dibuka tutup) 5% dari luas lantai⁽²⁷⁾.

Responden sebagian besar memiliki kategori ventilasi hunian yang memenuhi syarat yaitu berjumlah 36 orang (92,3%). Fungsi ventilasi adalah untuk membebaskan udara ruangan dari bakteri- bakteri, terutama bakteri patogen, karena di situ selalu terjadi aliran udara yang terus menerus. Bakteri yang terbawa oleh udara akan selalu mengalir. Fungsi lainnya adalah untuk menjaga agar ruangan kamar tidur selalu tetap di dalam kelembaban (*humidity*) yang optimum⁽⁹⁾.

d. Kondisi Lantai

Kondisi rumah dapat menjadi salah satu faktor risiko penularan penyakit TB Paru. Atap, dinding dan lantai dapat menjadi tempat perkembang biakan kuman. Lantai dan dinding yang sulit dibersihkan akan menyebabkan penumpukan debu, sehingga akan dijadikan sebagai media yang baik bagi berkembang biaknya kuman *Mycrobacterium tuberculosis*⁽¹⁴⁾.

Responden yang memiliki kondisi lantai yang memenuhi syarat berjumlah 35 orang (89,7%), sedangkan responden dengan kategori

kondisi lantai hunian yang tidak memenuhi syarat berjumlah 4 orang (10,3%). Penelitian yang dilakukan di Kota Solok tentang Hubungan Perilaku dan Kondisi Sanitasi Lingkungan Fisik Rumah dengan Kejadian TB Paru menyatakan bahwa kondisi jenis lantai rumah pada TB yang terbanyak terdapat pada kondisi yang baik yaitu 21 responden (95.5%) dan yang kondisi yang baik hanya 1 responden (4.5%)⁽³⁵⁾.

Kondisi lantai hunian tidak memenuhi syarat yang dimiliki oleh responden adalah lantai dari tanah yang merupakan bahan tidak kedap air, tidak mudah dibersihkan, lembab, dan berdebu. Hal ini dapat memicu terjadinya perkembangbiakan kuman, misalnya kuman TB.

e. Kelembaban

Pengukuran kelembaban dilakukan pada dua tempat yang sering menjadi tempat aktivitas anggota keluarga yaitu pencahayaan ruang keluarga dan pencahayaan ruang tidur. Responden sebagian besar memiliki kategori kelembaban ruang keluarga yang tidak memenuhi syarat yaitu berjumlah 23 orang (59%), sedangkan untuk ruang tidur sebagian besar responden memiliki kategori kelembaban yang tidak memenuhi syarat yaitu berjumlah 16 orang (41%).

Penelitian yang dilakukan di Kota Manado tahun 2014 tentang Hubungan antara Kondisi Fisik Rumah dengan Kejadian TBC Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Tuminting Kota Manado, dkk didapatkan hasil bahwa pada responden dengan TBC sebanyak 35 orang memiliki kelembaban hunian yang tidak memenuhi syarat sebanyak 26 orang dan kelembaban tidak memenuhi syarat sebanyak 9 orang⁽³⁴⁾.

Kuman TB Paru akan cepat mati bila terkena sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup selama beberapa jam ditempat yang gelap dan lembab⁽¹⁴⁾. Kelembaban udara yang tinggi dapat memicu perkembangan kuman TB sehingga dapat berisiko bagi orang yang berada di daerah lembab.

6. Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Perilaku Kesehatan, Pencegahan Penularan, dan Peran Pengawas Minum Obat (PMO)

a. Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Perilaku Kesehatan

1) Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Kepatuhan Berobat

Pada responden usia produktif (15-55 tahun) kepatuhan berobat termasuk “patuh” 96,4% sedangkan responden umur produktif yang tidak produktif (<15 tahun dan >55 tahun) seluruhnya patuh dalam berobat. Penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat, orang yang berusia lanjut cenderung mengikuti anjuran dokter, lebih memiliki tanggung jawab, lebih tertib, lebih teliti, lebih bermoral dan lebih berbakti dari pada usia muda. Penelitian yang dilakukan di Nepal menunjukkan hasil tidak ada hubungan umur dengan kepatuhan berobat pasien TB Paru⁽³⁶⁾ karena semua pasien TB Paru ingin sembuh dari penyakitnya.

Responden perempuan 94,1% patuh berobat, sedangkan laki – laki persentasenya lebih banyak yang patuh dalam berobat yaitu 100%, namun penelitian di India menyatakan bahwa bahwa tidak ada hubungan jenis kelamin dengan kepatuhan berobat pasien TB, jumlah pasien lebih banyak laki-laki 108 responden (63,2%) dibandingkan perempuan 63 responden (36,8%)⁽³⁸⁾.

Responden tidak tamat SD sebanyak 75% yang patuh berobat, sedangkan pendidikan lainnya seluruhnya patuh berobat. Tingkat pendidikan formal merupakan landasan seseorang dalam berbuat sesuatu, membuat lebih mengerti dan memahami sesuatu, atau menerima dan menolak sesuatu. Tingkat pendidikan formal juga memungkinkan perbedaan pengetahuan dan pengambilan keputusan.

Berdasarkan penelitian tentang Evaluasi Kepatuhan Berobat Penderita Tuberkulosis Paru tahun 2010-2011 Di Puskesmas kecamatan Pancoran Mas Depok didapatkan hasil kebanyakan pasien

yang tidak sesuai dalam perilaku kesehatan adalah pasien dengan pendidikan rendah hal ini membuktikan bahwa memang benar tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi pengetahuan seseorang, seperti mengenali rumah yang memenuhi syarat kesehatan dan pengetahuan penyakit TB Paru, sehingga dengan pengetahuan yang cukup maka seseorang akan mencoba untuk mempunyai perilaku hidup bersih dan sehat⁽³⁷⁾.

2) Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Pemeriksaan Dahak Anggota Keluarga Serumah

Responden laki – laki seluruhnya tidak pernah memeriksakan dahak anggota keluarga yang serumah, sedangkan jenis kelamin perempuan hanya 17,6% yang memeriksakan dahak anggota keluarga yang serumah.

Penelitian yang dilakukan di Kota Medan tahun 2015 tentang Hubungan Antara Karakteristik Penderita TB dengan Kepatuhan Memeriksa Dahak menunjukkan perempuan lebih memperhatikan kesehatan dari pada laki-laki karena perempuan dengan mobilitas yang rendah memiliki banyak waktu untuk memperhatikan kesehatannya⁽⁴¹⁾.

Responden dengan pendidikan tidak tamat SD seluruhnya tidak pernah memeriksakan dahak anggota keluarga lainnya, sedangkan pada tamat SLTP 93,3% responden memeriksakan dahak anggota keluarga yang serumah. Cara berperilaku seseorang dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan seseorang akan suatu hal sedangkan tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan seseorang. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin banyak informasi yang diterima dan kemampuan untuk menerima informasi menjadi lebih baik.

3) Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Kebiasaan Merokok

Responden yang tidak merokok didapatkan hasil 48,7%, perokok ringan sebesar 28,2%, dan perokok sedang sebesar 23,1%.

Perokok sedang sebagian besar adalah laki – laki dan yang tidak merokok sebagian besar adalah perempuan. Analisis Perilaku Merokok di Kelurahan Sukatani Kecamatan Cimanggis Depok berdasarkan jenis kelamin didapatkan hasil 89,5% responden adalah laki – laki, sehingga didapatkan hasil ada hubungan antara jenis kelamin responden dengan kebiasaan merokok⁽⁴²⁾.

Prevalensi merokok pada hampir semua negara berkembang lebih dari 50% terjadi pada laki – laki dewasa, sedangkan wanita perokok kurang dari 5%, dengan adanya kebiasaan merokok akan mempermudah untuk terjadinya infeksi TB Paru⁽⁷⁾.

4) Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Kontak dengan Penderita TB Lainnya.

Sebagian besar responden (87,2%) tidak pernah kontak dengan penderita TB lain sebelumnya. Laki – laki lebih banyak yang kontak dengan penderita TB lainnya. Laki-laki mempunyai mobilitas yang tinggi karena adanya tuntutan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari keluarganya (kebutuhan ekonomi) sehingga memungkinkan untuk melakukan kontak yang dengan lebih banyak orang⁽¹⁵⁾.

Responden yang tidak bekerja seluruhnya tidak pernah kontak dengan penderita TB lainnya. Orang yang tidak bekerja cenderung untuk berada di rumah dan memiliki peluang yang sedikit untuk kontak dengan penderita TB Paru yang mungkin ada di tempat bekerja, tetapi orang yang tidak bekerja mungkin juga berisiko untuk kontak dengan penderita TB lainnya jika sumber kontak ada di sekitar lingkungan rumah mereka⁽⁴³⁾.

5) Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Pemakaian Alat Makan dan Minum Bersama

Responden dengan kategori pendidikan rendah (tidak tamat SD, tamat SD, dan tamat SLTP) lebih banyak yang memakai alat makan dan minum bersama dibanding responden yang memiliki pendidikan tinggi yaitu tamat SLTA. Cara berperilaku seseorang dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan seseorang akan suatu hal sedangkan tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan seseorang. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin banyak informasi yang diterima dan kemampuan untuk menerima informasi menjadi lebih baik misalnya tentang risiko pemakaian alat makan dan minum bersama pada penderita TB. Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan sehingga berdampak pada cara berperilaku dalam kehidupan sehari-hari, khususnya dalam berperilaku hidup bersih dan sehat⁽⁴¹⁾.

Responden dengan pekerjaan buruh lebih banyak yang memakai alat makan dan minum bersama dibanding pekerjaan yang lain.

b. Tabulasi Silang Karakteristik dengan Pencegahan Penularan

1) Tabulasi Silang Karakteristik dengan Kebiasaan Menutup Mulut saat Batuk atau Bersin

Penderita TB yang tidak menutup mulut saat batuk atau bersin masih banyak yaitu 41% dan yang kadang – kadang juga masih tinggi yaitu 41%, sedangkan yang selalu menutup mulut saat batuk atau bersin hanya 18%. Responden yang tidak pernah dan kadang – kadang menutup mulut saat batuk atau bersin paling banyak dari usia

produktif. Responden dengan jenis kelamin laki - laki sebagian besar tidak pernah menutup mulut saat batuk atau bersin.

Hasil tabulasi pendidikan dengan kebiasaan menutup mulut saat batuk atau bersin didapatkan responden dengan pendidikan tidak tamat SD sebagian besar tidak pernah menutup mulut saat batuk atau bersin. Hal ini menunjukkan dengan semakin tingginya tingkat pendidikan responden terhadap pencegahan penularan TB Paru, maka orang akan semakin menyadari dan mengerti akan pentingnya pencegahan penularan.

Tingkat pendidikan sangat berpengaruh dalam pola berpikir. Pendidikan juga berpengaruh terhadap tingkat kemampuan menyerap informasi tentang lingkungan sekitarnya. Demikian sebaliknya semakin rendah tingkat pendidikan yang seseorang miliki maka semakin rendah atau tidak tahu pula dia mencerna apa yang menjadi isi pesan dari informasi⁽¹¹⁾. Salah satu contohnya dalam hal informasi pencegahan penularan TB Paru.

Hasil tabulasi pekerjaan dengan kebiasaan menutup mulut saat batuk atau bersin didapatkan responden yang bekerja sebagai buruh sebagian besar tidak pernah menutup mulut saat batuk atau bersin. Di dalam lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh informasi kesehatan secara langsung maupun tidak langsung termasuk kebiasaan menutup mulut secara saat batuk atau bersin yang merupakan upaya pencegahan penularan TB.

2) Tabulasi Silang Karakteristik dengan Kebiasaan Membuang Dahak pada Wadah Khusus

Penderita TB yang membuang dahak pada wadah khusus sebanyak 15,4%, sebanyak 7,7% kadang – kadang membuang dahak pada wadah khusus, bahkan masih banyak yang tidak membuang dahak pada wadah khusus yaitu sebanyak 76,9%.

Responden dengan jenis kelamin perempuan sebagian besar tidak pernah membuang dahak pada wadah khusus dan responden dengan pendidikan tidak tamat SD sebagian besar tidak pernah membuang dahak pada wadah khusus.

Cara berperilaku seseorang dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan seseorang akan suatu hal sedangkan tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan seseorang. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin banyak informasi yang diterima dan kemampuan untuk menerima informasi menjadi lebih baik misalnya tentang risiko pemakaian alat makan dan minum bersama pada penderita TB. Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan sehingga berdampak pada cara berperilaku dalam kehidupan sehari-hari, khususnya dalam berperilaku hidup bersih dan sehat.⁽⁴¹⁾

c. Tabulasi Silang Karakteristik dengan Peran Pengawas Minum Obat (PMO)

Peran PMO sebagian besar sudah baik yaitu sebanyak 97,4%, tetapi masih ada PMO dengan peran buruk yaitu 2%, PMO dengan peran buruk adalah dari responden dari usia produktif, pendidikan tamat SD, dan dari responden yang tidak bekerja.

Status pendidikan, latar belakang pendidikan mempengaruhi pemahaman masyarakat terhadap pengobatan Tuberculosis yang berkaitan dengan baik atau buruknya peranan PMO. Tingkat pendidikan sangat berpengaruh dalam pola berpikir. Pendidikan juga berpengaruh terhadap tingkat kemampuan menyerap informasi tentang lingkungan sekitarnya. Demikian sebaliknya semakin rendah tingkat pendidikan yang seseorang miliki maka semakin rendah atau tidak tahu pula dia mencerna apa yang menjadi isi pesan dari informasi⁽¹¹⁾.

Penderita TB Paru yang teratur melakukan pengobatan disamping karena adanya kesadaran dari penderita untuk lepas dari penyakitnya juga didukung oleh karena adanya peran dari keluarga sebagai pengawas minum obat yang selalu mengontrol pengobatan penderita TB Paru. Anggota keluarga sebagai pengawas minum obat cukup efektif dan efisien dalam memaksimalkan peran dan fungsi PMO karena tidak mengedepankan reward berupa materi sebagai imbalan jasa tetapi dimotivasi oleh kedekatan keluarga yang disadari oleh pengabdian yang tulus, ikhlas, sabar, dan tanggung jawab sebagai implementasi nilai keyakinan.

Sebagian besar responden yang berkedudukan sebagai KK/suami di dalam keluarganya memilih istri sebagai PMO yaitu sebesar 75%, sedangkan pada responden yang berkedudukan sebagai istri sebagian besar memilih anak sebagai PMO yaitu sebesar 56,2% dan ada yang memilih suami sebagai PMO sebesar 37,5%.

Dalam keluarga terdapat peran – peran yang harus dijalani oleh para anggota keluarga. Secara formal peran keluarga secara tradisonal terdiri dari istri/ibu dan suami/ayah. Peran sebagai istri/ibu diberikan kepada perempuan dalam rangka menjalankan tanggung jawabnya sebagai pemelihara dan perawat bagi keluarga. Istri akan memiliki watak yang lembut dan halus selain itu istri akan memiliki perilaku yang lebih tekun sehingga dalam menjalankan peran sebagai PMO diharapkan dapat terlaksana dengan baik⁽⁴⁴⁾.

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan yang diharapkan dapat disempurnakan oleh penelitian selanjutnya. Penelitian ini dapat disempurnakan dengan menggabungkan penelitian deskriptif kuantitatif dan kualitatif,

sehingga dapat menggali informasi lebih mendalam dari responden. Penelitian kualitatif dapat dilakukan dengan cara *in-depth interview*.



BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Karakteristik penderita Tuberculosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016
 - a. Sebagian besar penderita adalah usia produktif (15-55 tahun) sebanyak 28 orang (71,8%).
 - b. Sebagian besar penderita berjenis kelamin laki – laki sebanyak 22 orang (56,4%).
 - c. Pendidikan penderita sebagian besar memiliki pendidikan rendah (tidak tamat SD, SD, SLTP) yaitu sebanyak 37 orang (94,9%).
 - d. Pekerjaan penderita sebagian besar sebagai petani yaitu 21 orang (53,8%).
2. Perilaku kesehatan penderita Tuberculosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016
 - a. Penderita sebagian besar patuh berobat sebanyak 38 orang (97,4%).
 - b. Penderita sebagian besar tidak pernah melakukan pemeriksaan dahak terhadap anggota keluarga lain yang serumah sebanyak 36 orang (92,3%)
 - c. Penderita sebagian besar memiliki kebiasaan merokok, perokok ringan berjumlah 11 orang (28,2%) dan responden perokok sedang berjumlah 9 orang (23,1%).
 - d. Penderita sebagian besar tidak pernah kontak dengan penderita TB sebelumnya yaitu sebanyak 34 orang (87,2%).
 - e. Sebagian besar penderita melakukan pemakaian alat makan dan minum bersama dengan anggota keluarga lain yaitu sebanyak 31 orang (79,5%).
3. Pencegahan penularan penderita Tuberculosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016 meliputi:
 - a. Penderita yang tidak pernah dan kadang – kadang menutup mulut saat batuk atau bersin memiliki jumlah yang sama yaitu 16 orang (41%).

b. Penderita sebagian besar tidak memiliki kebiasaan membuang dahak pada wadah khusus yaitu sebanyak 30 orang (76,9%).

4. Peran Pengawas Minum Obat (PMO)

Peran PMO pada penderita TB Paru sebagian besar memiliki peran yang baik yaitu 38 orang (97,4%)

5. Lingkungan rumah penderita Tuberkulosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo tahun 2016 meliputi:

a. Penderita sebagian besar memiliki kategori hunian rumah tidak padat yaitu berjumlah 36 orang (92,3%).

b. Penderita sebagian besar memiliki kategori pencahayaan ruang keluarga dan ruang tidur yang tidak memenuhi syarat masing – masing berjumlah 25 orang (64,1%) dan 27 orang (69,2%).

c. Penderita sebagian besar memiliki kategori ventilasi hunian yang memenuhi syarat yaitu berjumlah 36 orang (92,3%).

d. Penderita sebagian besar memiliki kategori lantai hunian yang memenuhi syarat yaitu berjumlah 35 orang (89,7%).

e. Sebagian besar penderita memiliki kategori kelembaban ruang keluarga dan ruang tidur yang tidak memenuhi syarat masing – masing berjumlah 26 orang (66,7%) dan 23 orang (59%).

B. Saran

1. Bagi Masyarakat

Masyarakat diharapkan meningkatkan beberapa hal yang tentang penyakit tuberkulosis paru terutama cara penularan, pencegahan, dan pengobatannya serta faktor kesehatan lingkungan rumah, sehingga dapat mengetahui hal yang menjadi risiko penyakit TB Paru serta pencegahan penularan sehingga meminimalkan terjadinya penyebaran penyakit TB Paru.

2. Bagi Instansi Terkait

Instansi terkait yaitu puskesmas setempat diharapkan melakukan pertimbangan dan pemikiran bagi program penanggulangan penyakit

tuberkulosis paru terutama untuk menentukan kebijakan dalam perencanaan pelaksanaan serta evaluasi program.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian sejenis yang lebih luas dan upaya pengembangan lebih lanjut dengan menambah atau mengganti variabel, serta mengembangkan penelitian dengan jenis dan desain penelitian lain.



DAFTAR PUSTAKA

1. Wambani SS, Peeve P. The Imaging of Tuberculosis with Epidemiological Pathological and Clinical Correlation. New York: Verlag Berlin Heidelberg; 2002.
2. Laban YY. TBC Penyakit dan Cara Pencegahannya. Yogyakarta: Kanisius; 2008.
3. WHO. Tuberculosis Global Tuberculosis Report 20th Edition. Geneva: 2015.
4. Depkes RI. Profil Kesehatan Indonesia 2014. Jakarta: Depkes RI; 2015.
5. Jateng D. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah: Dinkes Jateng; 2014.
6. Dinkes Wonosobo. Profil Kesehatan Kabupaten Wonosobo tahun 2014. Wonosobo: Dinkes Kabupaten Wonosobo; 2015.
7. Achmadi UF. Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah. Kompas Media Nusantara. 2005:228-48.
8. Soekkanto S. Sosiologi Suatu Pengantar. Jakarta: PT Raja Grafindo; 2007.
9. Elizabeth JC. Buku Saku Patofisiologi Corwin. Jakarta: Aditya Media; 2009.
10. Isselbacher K. Harrison: Prinsip - Prinsip Ilmu Kedokteran. Harrison's Principles of Internal Medicine. 2009.
11. Notoatmodjo S. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2003.
12. Soemantri I. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Pernapasan. Jakarta: Salemba Medika; 2007.
13. Djojodibroto D. Respirologi. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2007.
14. Tambayong J. Patofisiologi untuk Keperawatan. Jakarta: EGC; 2000.
15. Depkes RI. Pedoman Penyehatan Tuberculosis dan Penanggulangan. Jakarta: Depkes RI; 2008.
16. Sayuti J. Asap Sebagai Salah Satu Faktor Risiko Kejadian TB Paru BTA Positif Seminar Nasional Informatika Medis IV. 2013:13.

17. Siregar MP. Hubungan Karakteristik Rumah dengan Kejadian Penyakit Tuberkulosis Paru di Puskesmas Simpang Kiri Kota Subulussalam Tahun 2012 2012.
18. Kurniawan N. Faktor - Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Pengobatan Tuberkulosis Paru. Jurnal Online Mahasiswa Bidang Ilmu Keperawatan. 2015;2.
19. Chin J. Manual Pemberantasan Penyakit Menular. Jakarta: Infomedika; 2006.
20. Knechel NA. Tuberculosis: Pathophysiology, Clinical Features, and Diagnosis Critical Care Nurse 2009.
21. Adiatama TY. Sepuluh Masalah Tuberkulosis dan Penanggulangannya. Jurnal Respiratory Indonesia. 2000.
22. Mansjoer A. Kapita Selekta Kedokteran. Jakarta: Media Aesculapius; 2000.
23. PDPI. Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan Tuberkulosis di Indonesia. 2016 [cited 2016 Mei 12]; Available from: <http://www.klikdpi.com/konsensus/tb/tb.html>.
24. Soemantri I. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernapasan. Jakarta: Penerbit Salemba Medika; 2007.
25. S N. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: PT Rineka Cipta; 2002.
26. Sugiyono. Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta; 2007.
27. Depkes RI. Pedoman Tehnis Penyehatan Lingkungan Pemukiman. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2005.
28. Susilayanti EY. Profil Penderita Penyakit Tuberkulosis Paru BTA Positif yang ditemukan di BP4 Lubuk Alung periode Januari 2012 – Desember 2012. Jurnal Kesehatan Andalas. 2014; 3(2):153-4.
29. Kolappan C, et al. Selected Biological and Behavioural Risk Factors Associated with Pulmonary Tuberculosis. The International
30. Jendra FJ. Hubungan Faktor Risiko Umur, Jenis Kelamin dan Kepadatan Hunian dengan Kejadian Penyakit Tuberkulosis Paru di Desa Wori

Kecamatan Wori Kabupaten Minahasa Utara. *Jurnal Kedokteran Komunitas dan Tropik* Volume III Nomor 2 April 2015.

31. Ristyو Sari. Hubungan Tingkat Sosial Ekonomi dengan Angka Kejadian TB Paru BTA Positif di Wilayah Kerja Puskesmas Peterongan Jombang Tahun 2012. S1 Keperawatan STIKES PEMKAB Jombang; 2012.
32. Nurawati. Gambaran Kepatuhan Pasien TBC dalam Menjalani Pengobatan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) di 3 Puskesmas Kabupaten Sumedang; 2009.
33. Wuaten G. Hubungan Kebiasaan Merokok dengan Penyakit TB Paru. 2010. <http://fkm.unsrat.ac.id/wp-content/uploads/2012/10/Grace-Wuaten.pdf>.
34. May Liani. Hubungan antara Kondisi Fisik Rumah dengan Kejadian TBC Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Tuminting Kota Manado Tahun 2014:FKM Universitas Samratulangi. Manado; 2014.
35. Putra N.R. Hubungan Perilaku dan Kondisi Sanitasi Lingkungan Fisik Rumah dengan Kejadian TB Paru di Kota Solok Tahun 2011. FKM; 2011.
36. T.S.Bam,C.Gunneberg,K.Chamroonsawadi, D.S.Bam, O.Aalberg, O.Kasland, et al. Factors affecting patient adherence to DOTS in urban Kathmandu,Nepal. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2006;10(3):270-6.
37. Hayati Armelia. Evaluasi Kepatuhan Berobat Penderita Tuberkulosis Paru tahun 2010-2011 Di Puskesmas kecamatan Pancoran Mas Depok; 2011.
38. Cuneo WD, Snider DR Jr .Enhancing Patients Compliance with Tuberculosis Chest. *Clin Chest Med.* 1989;10(3):375-80.
39. Bustan, MN. *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular.* PT Rineka Cipta: Jakarta; 2000.
41. Lestari SH, et al. Pola Resistensi Kuman Mycobacterium TBC terhadap OAT di Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. *Sains Kesehatan.* 2004;2.42.
42. Zanani, Mayasari. Hubungan Antara Karakteristik Penderita TB dengan Kepatuhan Memeriksa Dahak Selama Pengobatan. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, Vol. 3, No. 2 Mei 2015: 122–133 42.
43. Muhammad FI. Analisis Perilaku Merokok di Kelurahan Sukatani Kecamatan Cimanggis Depok. FKM UI; 2008.

44. Notoatmodjo, Soekidjo. Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. Jakarta: Rineka Cipta; 2010.

Lampiran 1

JADWAL PENELITIAN

No	Nama Kegiatan	MARET- APRIL 2016				MEI 2016				JUNI 2016				JULI 2016				AGT 2016				SEPT 2016			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Pengajuan judul dan outline	■	■	■	■																				
2.	Penyusunan proposal					■	■	■	■	■	■	■	■												
3.	Persiapan ujian proposal											■													
4.	Ujian proposal											■													
5.	Revisi proposal													■	■	■	■								
6.	Penelitian skripsi																	■	■	■	■				
7.	Ujian Skripsi																					■			
8.	Revisi Skripsi																						■	■	■

Lampiran 2

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada
Yth. Responden
Di Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penelitian berjudul “Perilaku Kesehatan, Pencegahan Penularan, dan Peran Pengawas Minum Obat (PMO) pada Penderita TB Paru (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Keajar Kabupaten Wonosobo 2016)” dalam rangka penyusunan skripsi untuk memenuhi syarat memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Semarang, peneliti bermaksud mengumpulkan data yang diperlukan dalam penelitian ini.

Untuk itu, perkenankanlah saya sebagai peneliti mohon kesediaan dan kerelaan saudara untuk membantu mengisi pertanyaan dalam lembar yang telah disediakan dengan sejujurnya, serta kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan. Kerahasiaan identitas dan jawaban para responden akan penelitian ini dijamin sepenuhnya dan hanya dipergunakan untuk keperluan penelitian.

Atas bantuan dan kerjasama yang baik, peneliti mengucapkan terima kasih dan mohon maaf apabila terdapat hal-hal yang kurang berkenan.

Wonosobo, Juli 2016

Hormat Saya,

Evi Kurniasih



Informed Consent
Persetujuan Menjadi Responden

Assalamu'alaikum wr.wb

Selamat Pagi/Siang/Sore

Perkenalkan nama saya Evi Kurniasih, mahasiswi S1 Peminatan Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Semarang. Saya bermaksud melakukan penelitian mengenai "Perilaku Kesehatan, Pencegahan Penularan, dan Peran Pengawas Minum Obat (PMO) pada Penderita TB Paru (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Kejajar Kabupaten Wonosobo 2016)". Penelitian ini dilakukan sebagai tahap akhir dalam penyelesaian studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Semarang.

Saya berharap saudara bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian ini, di mana akan dilakukan wawancara yang terkait dengan penelitian. Semua informasi yang Saudara berikan terjamin kerahasiaannya.

Setelah Saudara membaca maksud dan kegiatan penelitian di atas, maka saya mohon untuk mengisi nama dan tanda tangan di bawah ini:

Wassalamu'alaikum wr.wb

Saya setuju untuk ikut serta untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Nama :

Tanda tangan :

Terima kasih atas ketersediaan saudara untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Lampiran 4

KUESIONER PENELITIAN
PERILAKU KESEHATAN, PENCEGAHAN PENULARAN, DAN PERAN
PENGAWAS MINUM OBAT (PMO) PENDERITA TB PARU
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KEJAJAR
KABUPATEN WONOSOBO 2016

I. Identitas Responden

Nama Responden :

Umur :tahun

Jenis Kelamin : L / P

Alamat :

Pendidikan : 1. Tidak tamat SD

1. SD

2. SLTP

3. SLTA

4. Akademi/Sarjana

Pekerjaan : 1. Tidak bekerja 2. Bekerja (.....)

Perilaku Kesehatan

No	Pernyataan	Jawaban			Keterangan
		Ya	Kadang-kadang	Tidak pernah	
A. Kepatuhan Berobat					
1.	Apakah Anda selalu mematuhi petunjuk petugas kesehatan dan PMO dalam menelan obat?				
2.	Apakah selama pengobatan tahap awal (2 bulan) Anda meminum obat setiap hari				
3.	Apakah selama pengobatan tahap				

	lanjutan (4 bulan) Anda selalu meminum obat 3 kali seminggu?				
4.	Apakah Anda selalu mematuhi jadwal pemeriksaan dahak dan pengambilan obat yang telah ditetapkan?				
5.	Apakah Anda selalu mematuhi jadwal pemeriksaan dahak yang telah ditetapkan?				
B. Pemeriksaan dahak anggota keluarga yang lain					
1.	Apakah Anda memeriksakan dahak anggota keluarga lain yang serumah setelah Anda saki				
C. Kebiasaan Merokok					
1.	Apakah Anda memiliki kebiasaan merokok?				Jika ya ,jumlah rokok yang dihabiskan per hari.....batang
D. Kontak dengan penderita TB					
1.	Apakah dalam keluarga Anda sebelumnya ada yang mengalami gejala tuberkulosis paru seperti : batuk berdahak, nyeri dada yang menahun?				
2.	Jika ya, apakah anda serumah dengan penderita tersebut?				
3.	Apakah anda mempunyai teman atau tetangga yang mengalami gejala tuberkulosis paru seperti: batuk berdahak, batuk darah, nyeri dada yang menahun?				

E. Pemakaian alat makan dan minum bersama					
1.	Apakah Anda memakaian alat makan dan minum bersama dengan anggota keluarga yang lain?				

Pencegahan Penularan

No	Pernyataan	Jawaban			Keterangan
		Ya	Kadang-kadang	Tidak pernah	
A. Kebiasaan menutup mulut saat batuk atau bersin					
1.	Apakah responden menutup mulut apabila batuk atau bersin?				Jika ya, penutup yang digunakan.....
B. Kebiasaan membuang dahak pada wadah khusus					
1.	Apakah responden memiliki kebiasaan membuang dahak di wadah khusus?				Jika ya wadah yang digunakan adalah.....

Peran Pengawas Minum Obat (PMO)

No	Pernyataan	Jawaban			Keterangan
		Ya	Kadang-kadang	Tidak pernah	
1.	Apakah ada yang mengawasi anda menelan obat yaitu Pengawas Minum Obat (PMO)?				Jika ya, siapa.....
2.	Apakah PMO tersebut selalu memberikan nasehat kepada anda?				
3.	Apakah PMO selalu memberikan dorongan kepada Anda untuk berobat?				

4.	Apakah PMO selalu mengingatkan Anda untuk mengambil obat dan memeriksakan dahak sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan?				
5.	Apakah PMO selalu mengawasi Anda dalam menelan obat?				

IV. Kondisi Lingkungan Rumah

1. Kepadatan hunian rumah

Berapa orang yang tinggal menetap di rumah ini.....orang

Luas lantai rumah atau bangunan.....m²

$$\begin{aligned} \text{Kepadatan hunian} &= \frac{\text{Jumlah luas lantai rumah/bangunan}}{\text{Jumlah anggota keluarga yang tinggal serumah}} \\ &= \dots\dots\dots \text{m}^2/\text{orang} \end{aligned}$$

2. Ventilasi hunian

Berapa luas seluruh jendela, pintu, dan lubang angin yang ada di rumah (Jumlahkan seluruh luas jendela, pintu, dan lubang angina yang ada)

=.....m²

$$\frac{\text{Jumlah luas jendela + pintu + jumlah luas lubang angin}}{\text{Jumlah luas lantai rumah}} \times 100\%$$

$$\frac{\dots\dots\dots + \dots\dots\dots + \dots\dots\dots}{\dots\dots\dots} \times 100\%$$

$$= \dots\dots\dots \%$$

3. Kondisi lantai

- Bahan pembuat lantai
- a. tanah
 - b. semen/tegel
 - c. ubin
 - d. keramik

4. Pencahayaan ruang keluarga..... lux
(pada saat mengukur matikan semua lampu)
5. Pencahayaan ruang tidur..... lux
(pada saat mengukur matikan semua lampu)
6. Berapa kelembaban ruang keluarga..... %
7. Berapa kelembaban ruang tidur..... %



TABULASI HASIL PENELITIAN

No.	Umur (th)	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Kedudukan dalam keluarga	Perilaku Kesehatan					Pencegahan Penularan	
						Kepatuhan Berobat	Pemeriksaan Dahak	Kebiasaan Merokok	Kontak dengan penderita lain sebelumnya	Pemakaian Alat Makan dan Minum Bersama	Kebiasaan Menutup Mulut saat batuk atau bersin	Kebiasaan Membuang Dahak pada wadah khusus
1	35	Perempuan	Tamat SD	Tidak Bekerja	Suami	Patuh	Ya	bukan perokok	Tidak	Tidak pernah	Kadang - kadang	Ya
2	58	Laki-laki	Tidak Tamat SD	Tani	KK	Patuh	Tidak Pernah	perokok ringan	Ya	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
3	62	Laki-laki	Tamat SD	Tani	KK	Patuh	Tidak Pernah	perokok ringan	Ya	Tidak pernah	Kadang - kadang	Ya
4	63	Laki-laki	Tamat SLTP	Tani	KK	Patuh	Tidak Pernah	perokok ringan	Ya	Tidak pernah	Tidak pernah	Ya
5	23	Laki-laki	Tamat SD	Tani	KK	Patuh	Tidak Pernah	perokok sedang	Ya	Tidak pernah	Kadang - kadang	Kadang - kadang
6	59	Laki-laki	Tamat SLTA	Dagang	KK	Patuh	Tidak Pernah	bukan perokok	Ya	Ya	Ya	Tidak pernah
7	42	Perempuan	Tamat SLTP	Tani	Istri	Patuh	Tidak Pernah	bukan perokok	Tidak	Tidak pernah	Ya	Tidak pernah
8	30	Laki-laki	Tamat SD	Tani	KK	Patuh	Tidak Pernah	perokok sedang	Ya	Tidak pernah	Kadang - kadang	Tidak pernah
9	22	Perempuan	Tamat SD	Tidak Bekerja	Istri	Patuh	Tidak Pernah	bukan perokok	Tidak	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
10	37	Perempuan	Tamat SLTP	Tani	Istri	Patuh	Tidak Pernah	bukan perokok	Tidak	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
11	10	Laki-laki	Tidak Tamat SD	Tidak Bekerja	Anak	Patuh	Tidak Pernah	bukan perokok	Tidak	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
12	27	Laki-laki	Tamat SLTA	Tani	KK	Patuh	Tidak Pernah	perokok sedang	Ya	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
13	44	Perempuan	Tamat SLTP	Tani	Istri	Patuh	Tidak Pernah	bukan perokok	Tidak	Tidak pernah	Kadang - kadang	Kadang - kadang
14	21	Perempuan	Tamat SLTP	Tani	Istri	Patuh	Tidak Pernah	bukan perokok	Tidak	Tidak pernah	Kadang - kadang	Ya
15	55	Perempuan	Tamat SLTP	Dagang	Istri	Patuh	Tidak Pernah	bukan perokok	Tidak	Tidak pernah	Kadang - kadang	Kadang - kadang
16	50	Perempuan	Tidak Tamat SD	Tani	Istri	Kurang patuh	Tidak Pernah	bukan perokok	Tidak	Ya	Kadang - kadang	Tidak pernah
17	38	Perempuan	Tamat SLTP	Tidak Bekerja	Istri	Patuh	Ya	perokok ringan	Ya	Tidak pernah	Ya	Tidak pernah
18	52	Perempuan	Tamat SD	Tani	Istri	Patuh	Ya	bukan perokok	Tidak	Tidak pernah	Kadang - kadang	Tidak pernah
19	60	Perempuan	Tidak Tamat SD	Tani	Istri	Patuh	Tidak Pernah	perokok ringan	Ya	Tidak pernah	Kadang - kadang	Tidak pernah
20	50	Laki-laki	Tamat SD	Tani	KK	Patuh	Tidak Pernah	perokok sedang	Ya	Ya	Tidak pernah	Tidak pernah
21	50	Perempuan	Tamat SD	Tani	Istri	Patuh	Tidak Pernah	bukan perokok	Tidak	Ya	Kadang - kadang	Tidak pernah
22	75	Laki-laki	Tamat SD	Tidak Bekerja	KK	Patuh	Tidak Pernah	perokok ringan	Ya	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
23	33	Laki-laki	Tamat SLTP	Tani	KK	Patuh	Tidak Pernah	bukan perokok	Tidak	Ya	Kadang - kadang	Tidak pernah
24	19	Perempuan	Tamat SLTP	Tidak Bekerja	Anak	Patuh	Tidak Pernah	bukan perokok	Tidak	Tidak pernah	Ya	Tidak pernah
25	24	Perempuan	Tamat SLTP	Tidak Bekerja	Istri	Patuh	Tidak Pernah	bukan perokok	Tidak	Tidak pernah	Kadang - kadang	Tidak pernah
26	45	Laki-laki	Tamat SLTP	Dagang	KK	Patuh	Tidak Pernah	perokok ringan	Ya	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
27	51	Laki-laki	Tamat SD	Tani	KK	Patuh	Tidak Pernah	perokok ringan	Ya	Tidak pernah	Ya	Tidak pernah
28	37	Perempuan	Tamat SD	Buruh	Istri	Patuh	Tidak Pernah	bukan perokok	Tidak	Tidak pernah	Tidak pernah	Ya
29	30	Laki-laki	Tamat SD	Dagang	KK	Patuh	Tidak Pernah	perokok sedang	Ya	Tidak pernah	Kadang - kadang	Tidak pernah
30	17	Laki-laki	Tamat SLTP	Tidak Bekerja	Anak	Patuh	Tidak Pernah	perokok ringan	Ya	Tidak pernah	Ya	Ya
31	34	Perempuan	Tamat SLTP	Tidak Bekerja	Istri	Patuh	Tidak Pernah	bukan perokok	Tidak	Tidak pernah	Ya	Tidak pernah
32	30	Laki-laki	Tamat SLTP	Dagang	KK	Patuh	Tidak Pernah	perokok sedang	Ya	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
33	60	Laki-laki	Tamat SD	Tani	KK	Patuh	Tidak Pernah	perokok sedang	Ya	Tidak pernah	Kadang - kadang	Tidak pernah
34	40	Laki-laki	Tamat SD	Tani	KK	Patuh	Tidak Pernah	perokok ringan	Ya	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
35	30	Laki-laki	Tamat SLTP	Buruh	KK	Patuh	Tidak Pernah	perokok sedang	Ya	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
36	76	Laki-laki	Tamat SD	Tidak Bekerja	KK	Patuh	Tidak Pernah	bukan perokok	Tidak	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
37	54	Laki-laki	Tamat SD	Buruh	KK	Patuh	Tidak Pernah	perokok sedang	Ya	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
38	60	Laki-laki	Tamat SD	Tani	KK	Patuh	Tidak Pernah	perokok ringan	Ya	Tidak pernah	Tidak pernah	Tidak pernah
39	62	Perempuan	Tamat SD	Tani	Istri	Patuh	Tidak Pernah	bukan perokok	Tidak	Tidak pernah	Kadang - kadang	Tidak pernah

No.	Peran PMO		Lingkungan Hunian						
	Peran	PMO yang ditunjuk	Kepadatan (m ² /orang)	Pencahayaannya		Ventilasi (m ²)	Kondisi Lantai	Kelembaban	
				R.Keluarga (lux)	R.Tidur (lux)			R.Keluarga (%)	R.Tidur (%)
1	Baik	Suami	16.67	61	60	17.36	keramik	75	70
2	Baik	Anak	15.00	36	30	14.20	tanah	60	65
3	Baik	Istri	12.63	51	48	12.63	semen/tegel	65	65
4	Baik	Istri	7.00	59	50	15.20	ubin	71	75
5	Baik	Istri	15.00	59	58	24.93	ubin	75	77
6	Baik	Istri	10.66	49	45	19.81	ubin	60	60
7	Baik	Anak	6.67	60	55	10.55	semen/tegel	69	70
8	Baik	Istri	7.00	45	33	13.78	semen/tegel	67	67
9	Buruk	Orangtua	15.00	50	48	14.70	semen/tegel	65	65
10	Baik	Suami	25.00	55	58	26.40	ubin	78	75
11	Baik	Orangtua	16.67	55	55	13.04	semen/tegel	75	70
12	Baik	Istri	20.00	65	68	15.85	semen/tegel	78	75
13	Baik	Suami	15.00	35	35	7.96	semen/tegel	71	74
14	Baik	Suami	20.00	55	55	10.85	ubin	75	75
15	Baik	Anak	16.00	65	68	6.20	ubin	75	75
16	Baik	Anak	15.00	55	50	11.20	tanah	73	73
17	Baik	Anak	15.00	57	57	12.80	semen/tegel	75	75
18	Baik	Anak	13.33	55	50	17.80	semen/tegel	75	75
19	Baik	Anak	13.33	45	45	9.82	tanah	70	70
20	Baik	Anak	16.66	40	35	15.10	semen/tegel	78	78
21	Baik	Anak	18.00	55	50	11.60	semen/tegel	70	70
22	Baik	Anak	12.00	62	65	15.40	ubin	72	75
23	Baik	Istri	13.33	50	45	12.85	semen/tegel	75	75
24	Baik	Orangtua	12.00	45	45	12.06	tanah	75	75
25	Baik	Suami	16.67	58	55	15.48	semen/tegel	69	69
26	Baik	Istri	10.00	65	60	17.80	ubin	70	70
27	Baik	Istri	16.00	65	65	14.32	semen/tegel	75	75
28	Baik	Suami	15.00	61	58	12.53	ubin	74	70
29	Baik	Istri	13.33	65	65	12.75	ubin	72	75
30	Baik	Orangtua	12.50	65	65	21.24	ubin	75	75
31	Baik	Anak	15.00	55	55	15.60	semen/tegel	69	69
32	Baik	Istri	12.00	65	63	12.23	ubin	75	75
33	Baik	Anak	12.00	50	47	13.00	semen/tegel	75	75
34	Baik	Istri	12.00	62	62	15.46	ubin	75	75
35	Baik	Istri	12.00	61	61	14.16	keramik	65	65
36	Baik	Anak	12.50	57	57	11.06	ubin	75	75
37	Baik	Istri	12.50	65	65	14.00	semen/tegel	70	70
38	Baik	Istri	15.00	55	55	14.86	semen/tegel	75	78
39	Baik	Anak	12.00	50	48	13.80	semen/tegel	75	78

