

**SKRIPSI**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN  
TUBERCULOSIS DI KABUPATEN NAGAN RAYA  
TAHUN 2012**



**OLEH:**  
**T. M RAFSANJANI**  
**NPM : 0816010176**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS SERAMBI MEKKAH  
BANDA ACEH  
2012**

## **SKRIPSI**

### **FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN TUBERCULOSIS DI KABUPATEN NAGAN RAYA TAHUN 2012**

Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk  
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat  
Pada Universitas serambi Mekkah



**OLEH:**  
**T. M RAFSANJANI**  
**NPM : 0816010176**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS SERAMBI MEKKAH  
BANDA ACEH  
2012**

**Universitas Serambi Mekkah  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Epidemiologi  
Skripsi, September 2012**

## **ABSTRAK**

**NAMA : T. M RAFSANJANI  
NPM : 0816010176**

**Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.**

**Vii + 68 Halaman + 14 Tabel + 9 Lampiran**

Indonesia peringkat ke 3 dunia terbanyak kasus tuberculosis. Kasus Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya sejumlah 69 kasus yang terdapat di seluruh Kabupaten Nagan Raya, hal ini disebabkan oleh banyak faktor, dari itu perlu untuk mengetahui permasalahan yang terdapat yang menjadi penyebab di Kabupaten Nagan Raya tahun 2012. Penelitian ini ingin mengetahui hubungan Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Pengetahuan dan Sosial Ekonomi terhadap terjadinya Tuberculosis.

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh Kasus Tuberculosis yang terdata pada dinas kesehatan Kabupaten Nagan Raya sejumlah 69 penderita, dan Kontrol sebanyak 69 diambil dari masyarakat Kabupaten Nagan Raya dengan metode Matching. Jenis Penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan pendekatan kasus pembanding (kontrol) dengan melihat variabel bebas yaitu Umur, Jenis kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Pengetahuan dan Sosial Ekonomi dan melihat variabel terikat yaitu Penderita Tuberculosis dengan metode pembagian kuisioner.

Hasil analisis bivariat menunjukkan hasil Umur  $P=1.000$ ,  $OR=1.226$ , (CI: 0511-1.956). Jenis Kelamin  $P=1.000$ ,  $OR=2.000$ , (CI: 0.493-2.030). Pendidikan  $P=1.000$ ,  $OR=1.156$ , (CI: 0.512-1.953). Pekerjaan  $P=0.016$ ,  $OR= 1.571$ , (CI: 1.242-5.007). Pengetahuan  $P=0.027$ ,  $OR=1.024$ , (CI: 1.088-4.248). dan Sosial Ekonomi  $P=0.026$ ,  $OR=1.129$ , (CI: 0.221-0.866).

Tidak ada hubungan antara Umur dengan kejadian Tuberculosis. Tidak ada hubungan antara Jenis Kelamin dengan kejadian Tuberculosis. Tidak ada hubungan antara Pendidikan dengan kejadian Tuberculosis. Ada hubungan antara Pekerjaan dengan kejadian Tuberculosis. Ada hubungan antara Pengetahuan dengan kejadian Tuberculosis. Ada hubungan antara social Ekonomi dengan kejadian Tuberculosis.

Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya Harus Meningkatkan Penemuan Suspek Tuberculosis, Melakukan Penyuluhan guna Peningkatan Pengetahuan Masyarakat Nagan Raya tentang Tuberculosis.

Kata Kunci : Tuberkulosis Paru, Kasus, Kontrol.  
Daftar Bacaan : 24 Books (2002-2012).

**Universitas Serambi Mekkah  
Faculty of Public Health  
Epidemiologi  
Essay, September 2012**

**ABSTRACT**

**Name : T. M. RAFSANJANI  
Npm : 0816010176**

**Factors Associated with Nagan Raya Regency Incidence of Tuberculosis in 2012.**

**Vii + 68 Pages + 14 List + 9 Attachments**

Indonesia 3rd ranks highest of Tuberculosis case in the world. There are 69 cases of Tuberculosis around Nagan Raya Regency, it is caused by many factors therefore need to know the problems that cause in The Regency. This research need to know connection Age, Gender, Education, Job, Knowledge and Socioeconomic effects Tuberculosis occurrences. Population in this research were cases of Tuberculosis recorded in the health department of Nagan Raya number of 69 patients, they are taken from society of Nagan Raya regency by matching methode. The types of this research is Descriptive Analytic by approach to comparative cases (control) with a view Free Variable, they are Age, Gender, Education, Job, Knowledge, socioeconomic and view Unfree Variable is patients of Tuberculosis with kuisoner division methode.

The result of bivariat research shows : Age P=1.000, OR=1.226 (CI: 0511-1.956). Gender P=1.000, OR=2.000 (CI: 0.493-2.030). Education P=1.000, OR=1.156 (CI: 0.512-1.953). Job P=0.016, OR= 1.571 (CI: 1.242-5.007). Knowledge P=0.027, OR=1.024 (CI: 1.088-4.248). and Socioenomi P=0.026, OR=1.129 (CI: 0.221-0.866).

There was no relationship and increased risk between Age with the incidence of Tuberculosis. There was no relationship and increased risk between Gender with the incidence of Tuberculosis. There was no relationship and increased risk between Education with the incidence of Tuberculosis. There was relationship and increased risk between Job with the incidence of Tuberculosis. There was relationship and increased risk between Knowledge with the incidence of Tuberculosis. There was relationship and increased risk between Socioeconomic with the incidence of Tuberculosis.

Naga Raya district health office should improve the discovery suspected Tuberculosis, conduct outreach to increase Nagan Raya public awareness of Tuberculosis.

**Keyword : Lungs Tuberculosis, case, control.  
Reading List : 24 Books (2002-2012).**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

**SKRIPSI**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN  
TUBERCULOSIS DI KABUPATEN NAGAN RAYA  
TAHUN 2012**

**Oleh :**

**T. M RAFSANJANI  
NPM : 0816010176**

**Skripsi ini Telah Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji Skripsi  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah  
Banda Aceh, 11 September 2012**

**Pembimbing,**

**(MUSTAFA, SKM, M.Kes)**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS SERAMBI MEKKAH  
DEKAN,**

**(H. SAID USMAN, S.Pd, M.Kes)**

## **TANDA PENGESAHAN PENGUJI**

### **SKRIPSI**

#### **FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN TUBERCULOSIS DI KABUPATEN NAGAN RAYA TAHUN 2012**

**Oleh :**  
**T. M RAFSANJANI**  
**NPM : 0816010176**

**Skripsi ini Telah Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji Skripsi  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah**

**Banda Aceh, September 2012**

**Tanda Tangan,**

**Pembimbing : MUSTAFA, SKM, M.Kes. ( )**

**Penguji I : ISMAIL, SKM, M.Pd. ( )**

**Penguji II : H. SAID USMAN, S.Pd, M.Kes. ( )**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS SERAMBI MEKKAH  
DEKAN,**

**(H. SAID USMAN, S.Pd, M.Kes)**

## **BIODATA**

Nama : T. M Rafsanjani  
Tempa/ Tgl. Lahir : Meulaboh, 29 September 1990  
Alamat : Gampong Meureubo Kecamatan Suka  
Makmue Kabupaten Nagan Raya  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Agama : Islam  
Nama Orang Tua :  
Ayah : Ben Areh, SP.  
Ibu : Nur Rasyidah, S.Pd.I  
Pekerjaan Orang Tua :  
Ayah : PNS  
Ibu : PNS  
Riwayat Pendidikan :  
1. SD Negeri Blang Muling : 1996 s/d 2002  
2. MTsN Jeuram : 2002 s/d 2005  
3. MAN Kuala Makmur : 2005 s/d 2008  
Karya tulis :  
  
**“Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012”**

**Tertanda,**

**T.M Rafsanjani**

## KATA PENGANTAR



Alhamdulillah, segala puji dan syukur kehadirat Allah SWT, atas berkat rahmat dan karuniaNya, sehingga penulis telah dapat menyelesaikan penyusunan “Skripsi” dengan judul **“Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012”** Shalawat dan salam kepada junjungan Nabi Besar Muhammad SAW yang telah membawa umatnya ke alam yang berilmu pengetahuan beserta ahli keluarga dan sahabatnya.

Skripsi ini disusun untuk memenuhi sebagian syarat perkuliahan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah. Penulisan Skripsi ini tentunya tidak akan berhasil tanpa bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, yang senantiasa membimbing dan memberikan semangat, oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penulis mengucapkan Terima Kasih kepada :

1. Bapak DR. M. Gani Asyik, MA. Selaku Rektor Universitas Serambi Mekkah.
2. Bapak H. Said Usman, S,Pd, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah.
3. Bapak Muhazar, Hr, SKM, M.Kes, selaku ketua prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah.
4. Bapak Mustafa, SKM, M.Kes, selaku Pembimbing yang telah bersedia membimbing penulis dalam menyelesaikan Skripsi ini.
5. Kepala Dinas Kesehatan, Kabid P2P&PL, Beserta Staff, Kabupaten Nagan Raya yang telah mendukung untuk menyelesaikan Skripsi ini.
6. Para Dosen-dosen dan staf akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah.

Dalam penulisan Skripsi ini, penulis telah berusaha semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuan dan pengetahuan yang penulis miliki. Namun penulis menyadari bahwa dalam hal ini masih jauh dari kesempurnaan, baik dari segi isi maupun teknis penulisannya. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati

penulis mengharapkan kritik dan saran-saran dari berbagai pihak demi kesempurnaan penulisan ini.

Penulisan Skripsi ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan dari berbagai pihak, baik dalam penyediaan data-data yang dibutuhkan maupun bantuan lainnya.

Banda Aceh September 2012

Tertanda,

**T. M Rafsanjani**



*"Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan, maka apabila kamu telah selesai (dari satu urusan) kerjakan dengan sungguh sungguh (urusan) yang lain dan hanya kepada Allah SWT hendaknya kamu berharap".*

(Q.S. Al-Insyirah: 6-8)

*Dengan ridha-Mu ya Allah....*

*Satu langkah telah kutempuh, satu kesulitan telah kuhadapi, Walau terkadang aku tertatih-tatih dan saling tersandung, Namun aku yakin untuk melangkah pasti Menggapai sebuah Cita yang Mulia.*

*Juga dengan Ridha-Mu Ya Allah....*

*Sebuah langkah telah usai, Satu cita telah ku gapai  
Namun....*

*Itu bukanlah akhir dari suatu perjalanan  
Melainkan awal dari sebuah perjuangan*

*Ayah, Ibu .....*

*Ku tata masa depan dengan restu mu*

*Kugapai cita dan impian dengan pengorbanan mu*

*Tak ada yang sanggup kulakukan untuk membala jasamu, Tak ada satupun mampu kuungkapkan sebagai ucapan terima kasihku. Tak ada pengorbanan apapun yang setara dengan Pengorbananmu*

*Kuingin memberi setitik kebahagiaan untukmu*

*Kuingin menuangkan baktiku untukmu lewat secercah keberhasilanku.*

*Dengan segenap ketulusan dan kerendakan hati*

*Kupersembahkan karya tulisku ini kepada yang mulia*

*Ayahanda Ben Areh, SP. dan Ibunda Nur Rasyidah, S.Pd.I.*

*Serta adik dan seluruh keluarga tercinta Atas dorongan, semangat dan pengorbanannya selama ini.*

*Special thank's for:*

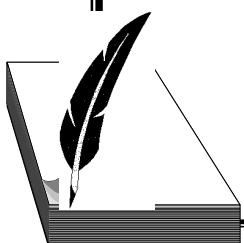
*Kawan2 Bem FKM-USM (Ajri, Ozi, Fozi, Muksal 9,10, Mumun, Emirates, Fabregas, T. Aceh, Bg Yuli, dan Mahfud, dll), juga istimewa, buat Meri Silviana, Mustika, Rhim, Kpa, Juli, Yati dan Lina.*

*Kawan2 IPMS (Pak Lud, Adun, Lem, Jhon, Ayed, Agoes, dll), Kawan2 IPELMASRA (Bg Wir, Seam, Muhajir, Pak Leh, Bahera), juga Kepada Ubat, Pak Lah, Ngoh dan Cut Ngoh.*

*Ucapan terima kasih juga kepada Bapak Said (Dekan), Pak Is (PD 1), Pak Martunis (PD 2), dan Pak Muhazar (Ka, Prodi). juga buat Bg Bur, Muhammad, Zakaria, Kak War dan Kak pit.*

*Wassalam,  
Yang Mencintai Kalian Semua*

*T. M Rafsanjani, SKM.*



## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL LUAR .....</b>	
<b>HALAMAN JUDUL DALAM .....</b>	
<b>PERNYATAAN PERSETUJUAN .....</b>	
<b>ABSTRAK .....</b>	i
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	iii
<b>DAFTAR ISI .....</b>	v
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	vi
<b>LAMPIRAN.....</b>	vii
 <b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	1
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	6
1.3. Tujuan Penelitian .....	6
1.3.1. Tujuan Umum .....	6
1.3.2. Tujuan Khusus .....	6
1.4. Manfaat Penelitian .....	7
1.4.1. Manfaat Praktis .....	7
1.4.2. Manfaat Teoritis .....	7
 <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	8
2.1. Definisi .....	8
2.2. Etiologi dan perjalanan Penyakit .....	9
2.3. Penularan TBC .....	9
2.4. Gejala Penyakit TBC .....	10
2.5. Manifestasi Klinis .....	11
2.6. Pengendalian dan Pencegahan Bakteri TBC .....	11
2.7. Pengobatan .....	12
2.8. Komplikasi pada Penderita TBC .....	13
2.9. Tipe Penderita .....	14
2.10. Faktor - faktor yang Berhubungan dengan Kejadian TBC .....	15
2.11. Kerangka Teoritis .....	25
 <b>BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN .....</b>	26
3.1. Kerangka Konsep .....	26
3.2. Variabel Penelitian .....	27
3.3. Definisi Operational .....	28
3.4. Pengukuran Variabel .....	29
3.5. Hipotesis atau Pertanyaan Penelitian .....	31
 <b>BAB IV METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	32
4.1. Jenis Penelitian .....	32
4.2. Populasi dan Sampel .....	32
4.3. Tempat dan Waktu Penelitian .....	33
4.4. Tehnik Pengumpulan Data .....	33
4.5. Pengolahan Data .....	33

4.6. Analisa Data .....	34
4.7. Penyajian Data .....	36
<b>BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>37</b>
5.1. Gambaran Umum .....	37
5.1.1. Gambaran Geografi .....	37
5.1.2. Gambaran Demografi .....	38
5.2. Hasil Penelitian .....	38
5.2.1. Analisi Univariat .....	38
5.2.2. Analisa Bivariat .....	42
5.3. Pembahasan .....	48
5.3.1. Hubungan Umur dengan Kejadian Tuberculosis.....	48
5.3.2. Hubungan Jenis Kelamin dengan Kejadian Tuberculosis .	51
5.3.3. Hubungan Pendidikan dengan Kejadian Tuberculosis .....	53
5.3.4. Hubungan Pekerjaan dengan Kejadian Tuberculosis .....	55
5.3.5. Hubungan Pengetahuan dengan Kejadian Tuberculosis ....	59
5.3.6. Hubungan Sosial Ekonomi dengan Kejadian Tuberculosis.	61
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>65</b>
6.1. Kesimpulan .....	65
6.2. Saran-Saran .....	66
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>67</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.5. Latar Belakang**

Pembangunan bidang kesehatan yang berkualitas merupakan bagian integral dari Pembangunan Nasional dimana masyarakat dapat hidup dalam lingkungan dengan perilaku hidup sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi tingginya diseluruh wilayah Republik Indonesia. Pencapaian pembangunan kesehatan dimaksud tentunya harus didukung oleh sarana dan prasarana serta sumber daya manusia kesehatan yang handal (Depkes, 2007).

Memasuki milenium baru Departemen Kesehatan telah mencanangkan gerakan pembangunan berwawasan kesehatan dilandasi paradigma sehat. Paradigma sehat adalah cara pandang, cara pikir atau pembangunan sehat yang bersifat holistik, melihat masalah kesehatan yang dipengaruhi banyak faktor yang bersifat lintas sektor, dan upaya lebih diarahkan pada peningkatan, pemeliharaan dan perlindungan kesehatan. Secara mikro paradigma berarti semua sektor memberikan kontribusi positif dan melakukan preventif tanpa mengesampingkan kuratif dan rehabilitatif (Dinkes NAD, 2006).

Program pembangunan kesehatan dikelompokkan dalam pokok-pokok program yang pelaksanaannya dilaksanakan secara terpadu dengan sektor lain serta dengan dukungan peran serta masyarakat. Kegiatan program diantaranya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah terjadinya risiko penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berperan aktif dalam

gerakan kesehatan masyarakat. Salah satu yang harus dilakukan untuk menuju Indonesia sehat adalah prilaku pencegahan dan penanggulangan TBC (Depkes RI, 2002).

Penyakit TBC merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang paling penting di era sekarang ini, karena masalah yang ditimbulkannya bukan hanya masalah medis maupun penyakit saja, akan tetapi juga non medis seperti masalah Sosial dan Ekonomi, selain itu TBC juga merupakan penyakit yang meningkat jumlah kasusnya ditambah dengan peningkatan jumlah kasus HIV/AIDS (Depkes, 2002).

Risiko penularan setiap tahun *Annual Risk of Tuberculosis Infections* (ARTI), di Indonesia dianggap cukup tinggi dan bervariasi antara 1-2 %. Pada daerah dengan ARTI sebesar 1 %, berarti setiap tahun di antara 1000 penduduk, terdapat 10 orang akan terinfeksi. Sebagian besar dari orang yang terinfeksi tidak akan terjadi penderita TBC, hanya 10 % dari yang terinfeksi yang akan menjadi penderita TBC.

Dari keterangan tersebut di atas, dapat diperkirakan bahwa daerah dengan ARTI 1 %, maka di antara 100.000 penduduk rata-rata terjadi 100 penderita TBC setiap tahun, dimana 50 % akan menjadi penderita dengan Tuberculosis positif. Hal ini merupakan masalah yang serius dan memerlukan perhatian yang lebih serius untuk penanganan panyakit TBC di Indonesia (Depkes RI, 2008).

Sejak tahun 1993, WHO menyatakan bahwa TBC merupakan kedaruratan global bagi kemanusiaan, walaupun strategi DOTS (*Direct Observed Treatment Shortcourse Chemotherapy*) telah terbukti sangat efektif untuk pengendalian TBC, tetapi beban penyakit TBC di masyarakat masih sangat tinggi. Dengan berbagai kemajuan yang dicapai sejak tahun 2003, diperkirakan masih terdapat sekitar 9,5 juta kasus baru TBC, dan sekitar 0,5 juta orang meninggal akibat TBC di seluruh dunia (WHO, 2009). Selain itu, pengendalian TBC mendapat tantangan baru seperti infeksi TB/HIV, TBC yang resisten obat dan tantangan lainnya dengan tingkat kompleksitas yang makin tinggi (Depkes RI, 2011).

Sekitar 75 % pasien TBC adalah kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis (15-50 tahun), diperkirakan seorang pasien TBC Dewasa akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya tiga sampai empat bulan, hal tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20 – 30%. Jika ia meninggal akibat TBC, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun, selain merugikan secara ekonomis, TBC juga memberikan dampak buruk lainnya secara sosial – stigma bahkan dikucilkan oleh masyarakat (Depkes, 2006).

Menurut WHO (2010), memperkirakan bakteri ini membunuh sekitar 2 juta jiwa setiap tahunnya, antara tahun 2002-2020 diperkirakan 1 miliar manusia akan terinfeksi, dengan kata lain pertambahan jumlah infeksi lebih dari 56 juta setiap tahunnya. Biasanya 5-10 % diantara infeksi berkembang menjadi penyakit, dan 40 % diantara yang berkembang menjadi penyakit berakhir dengan kematian. Jika dihitung, pertambahan jumlah pasien TBC akan bertambah sekitar 2,8-5,5

juta setiap tahun, dan 1,1-2,2 juta jiwa meninggal setiap tahun karena TBC. Perkiraan WHO, yakni 2 juta jiwa meninggal setiap tahun. Kecepatan penyebaran TBC bisa meningkat lagi sesuai dengan peningkatan penyebaran HIV/AIDS dan munculnya bakteri TB yang resisten terhadap obat. Selain itu migrasi manusia juga mempercepat penularan TBC.

Di Indonesia, TBC merupakan masalah utama kesehatan masyarakat. Jumlah pasien TB di Indonesia merupakan ke-3 terbanyak di dunia setelah India dan Cina dengan jumlah pasien sekitar 10% dari total jumlah pasien TBC didunia. Bedasarkan data dari Global Report WHO (2010), didapat data TB Indonesia, Total seluruh kasus TB tahun 2009 sebanyak 294.731 kasus, dimana 169.213 adalah kasus TB baru BTA positif, 108.616 adalah kasus TB BTA negatif, 11.215 adalah kasus TB Extra Paru, 3.709 adalah kasus TB Kambuh, dan 1.978 adalah kasus pengobatan ulang diluar kasus kambuh.

Berdasarkan data Profil Dinas Kesehatan Provinsi Aceh, tahun 2010 prevalensi TBC sebanyak 80.72/100.000 penduduk, dengan penemuan BTA (+) baru pada tahun 2010 sebanyak terdapat 3.602 kasus dengan CDR (*Case Detection Rate*) adalah 49,71 %. Dari hasil total jumlah kasus yang terdapat di Provinsi Aceh sampai dengan 2010. Angka Kesembuhan Penderita (AKP) pada tahun 2010 sebanyak 94 % dengan klarifikasi pengobatan TBC lengkap sebanyak 5.82 %, dengan angka kematian sebanyak 1.5/100.000 penduduk (Profil Dinas Kesehatan Provinsi Aceh 2010)

Kabupaten Nagan Raya memiliki jumlah penduduk sebanyak 153.694 jiwa. Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya memiliki 13 Puskesmas dengan distribusi penduduk terbanyak pada wilayah kerja puskesmas Ujong Fatihah dengan jumlah 19.308 jiwa (Dinkes Kabupaten Nagan Raya, 2011).

Berdasarkan data profil Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya pada tahun 2011, hasil dari pelaksanaan program penanggulangan TBC pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya ditemukan suspek sebanyak 441 suspek (18 %) dari 2.459 target penemuan suspek, dari hasil suspek tersebut di dapatkan TBC positif sebanyak 71 kasus (29 %). Hal ini menunjukkan bahwa masih kurangnya penemuan suspek dari target yang ditetapkan (Dinkes Kabupaten Nagan Raya, 2011).

Kasus TBC di Kabupaten Nagan Raya pada tahun 2011 apabila ditinjau dari aspek umur pada umumnya terdapat pada usia produktif yaitu usia 15-50 tahun sama halnya dengan masalah pada tingkat nasional, hal ini disebabkan pada usia tersebut merupakan usia yang berpotensi terpaparnya kuman Mycobacterium Tuberculosis dengan tuntutan dan kebebasan dalam memilih pekerjaan. Kasus TBC di daerah tersebut juga banyak terdapat pada jenis kelamin Laki-laki yang dikarenakan tingkat aktifitas pada kaum lelaki lebih aktif.

Penderita TBC di Kabupaten Nagan Raya pada umumnya memiliki tingkat pendidikan menengah sampai dengan dasar. Hal ini juga sinkron dengan penderita di Kabupaten Nagan Raya memiliki pengetahuan rendah terhadap TBC dengan dasar rujukan pendidikan. Kasus ini juga banyak di derita pada pekerja Tani atau wiraswasta, namun sebagian kecil juga terdapat pada penduduk yang bekerja di Pemerintahan atau Pegawai Negeri Sipil. Penderita TBC banyak terdapat pada penduduk yang memiliki tingkat ekonomi rendah yang berdasarkan tingkat pendidikan, pengetahuan, pekerjaan yang tidak menetap.

Berdasarkan hasil tersebut, maka peneliti merasa perlu melakukan penelitian untuk mengetahui hubungan karakteristik penderita TBC di Kabupaten Nagan Raya tahun 2012.

## **1.6. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah penulis uraikan, maka yang menjadi perumusan masalah pada penelitian ini adalah apakah faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian TBC di Kabupaten Nagan Raya, tahun 2012.

## **1.7. Tujuan Penelitian**

### **1.7.1. Tujuan Umum**

Tujuan umum pada penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian TBC di Kabupaten Nagan Raya, tahun 2012.

### **1.7.2. Tujuan Khusus**

1.7.2.1. Untuk mengetahui hubungan Umur dengan kejadian TBC di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

1.7.2.2. Untuk mengetahui hubungan Jenis Kelamin dengan kejadian TBC di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

1.7.2.3. Untuk mengetahui hubungan Pendidikan dengan kejadian TBC di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

1.7.2.4. Untuk mengetahui hubungan Pekerjaan dengan kejadian TBC di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

1.7.2.5. Untuk mengetahui hubungan Sosial Ekonomi dengan kejadian TBC di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

1.7.2.6. Untuk mengetahui hubungan Pengetahuan dengan kejadian TBC di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

## **1.8. Manfaat Penelitian**

### **1.8.1. Manfaat Praktis**

- 1.8.1.1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya, hasil penelitian ini akan menjadi sebagai bahan evaluasi sejauh mana program dan keberhasilan program pemberantasan di Kabupaten Nagan Raya terlaksana dan angka keberhasilan dari program tersebut.
- 1.8.1.2. Bagi Masyarakat dan penderita TBC mengetahui masalah terkait hal hal yang berhubungan dengan penyakit TBC di Kabupaten Nagan Raya dan meningkatnya kesadaran masyarakat maupun penderita untuk melakukan pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit TBC.
- 1.8.1.3. Sebagai Peneliti, mendapat tambahan wawasan dan pengetahuan untuk melihat hubungan masalah antar variabel yang terjadi pada masyarakat, khususnya masyarakat Kabupaten Nagan Raya, dan menjadi acuan atau dasar untuk melakukan penelitian ilmiah lainnya yang berhubungan.

### **1.8.2. Manfaat Teoritis**

- 1.8.2.1. Untuk menjadi bahan bacaan perpustakaan umum dan perpustakaan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah.
- 1.8.2.2. Menjadi dasar acuan untuk melakukan penelitian ilmiah yang lain sebagai lanjutan maupun yang berhubungan dengan penelitian ini.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.12. Definisi

Tuberculosis adalah suatu penyakit menular yang sebagian besar disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis*, kuman tersebut biasanya masuk ke dalam tubuh manusia melalui udara pernafasan ke dalam paru, kemudian kuman tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lain melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfa, melalui saluran pernafasan (bronchus) atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya (Notoadmodjo, 2007).

Tuberculosis adalah penyakit infeksi yang umumnya menimbulkan tanda-tanda dan gejala yang sangat bervariasi pada masing-masing penderita, mulai dari tanpa gejala hingga gejala yang sangat akut hingga beberapa bulan setelah diketahui sehat hingga beberapa tahun sering tidak ada hubungan antara lama sakit maupun luasnya penyakit (Notoadmodjo, 2007).

TBC adalah penyakit yang dikendalikan oleh respons imunitas diperantara sel. Sel *efektor* adalah *makrofag*, dan *limfosit* (biasanya sel T) adalah sel *imunoresponsif*. Tipe imunitas seperti ini biasanya lokal melibatkan *makrofag* yang diaktifkan di tempat infeksi oleh *limfosit* dan *limfokin*, respon ini disebut sebagai reaksi hipersensitivitas selular (lambat) (Sylvia dan Wilson, 2005).

#### 2.13. Etiologi dan Perjalanan Penyakit

TBC disebabkan oleh bakteri Mycobakterium Tuberculosis, kuman ini berbentuk batang yang mengelompok atau disebut berkoloni.

Menurut Notoadmodjo (2007) Adapun perjalanan penyakit ataupun *pathogenesis* penyakit ini adalah : implantasi kuman terjadi pada “*Respiratory Bronchial*” atau alveoli yang selanjutnya akan berkembang sebagai berikut :

2.1.1. Focus primer, kompleks primer sembuh pada sebagian besar atau meluas menjadi tuberculosis primer.

2.1.2. Dari komplek primer yang sembuh terjadi reaktivasi kuman yang tadinya dormant pada fokus primer, reinfeksi endogen –tuberculosis paska primer penyebaran kuman dalam tubuh penderita dapat melalui 4 cara, yaitu :

2.1.2.1. Lesi yang meluas

2.1.2.2. Aliran limfa (limfogen)

2.1.2.3. Melalui aliran darah (hematogen) yang dapat menimbulkan lesi Tuberculosis ekstra paru, antara lain pleura, selaput otak, ginjal dan tulang.

2.1.2.4. Penyebaran milier

#### **2.14. Penularan TBC.**

Bakteri Mycobacterium Tuberculosis dapat menular bila penderita bersin atau batuk, hembusan nafas, meludah maupun berbicara, maka bakteri Tuberculosis akan bertebaran di udara, penderita yang tidak berobat maka dapat menularkan penyakitnya ke orang-orang disekitarnya. Penyakit ini dapat tertular kepada siapa saja, tidak berhubungan dengan kebersihan rumah saja, hal ini dikarenakan mobilitas kuman ini mudah dibawa hembusan angin (Hariwijaya dan sutanto, 2007).

Secara langsung penularan TBC memang berhadapan langsung dengan penderita, pada umumnya adalah melalui penderita yang mengeluarkan dahak, ludah pada saat batuk, bersin atau menghembuskan nafas, secara tidak langsung penyakit ini juga bisa tertularkan melalui debu, alat makan dan minum yang mengandung kuman tersebut, selain itu kuman ini juga dapat bertahan dan menyebar melalui medium air (Hariwijaya dan sutanto, 2007).

## **2.15. Gejala Penyakit TBC**

Gejala-gejala yang dapat dicurigai adanya serangan bakteri tuberculosis antara lain adalah batuk yang tak kunjung sembuh lebih dari 3 minggu sering disertai dahak ataupun darah, berat badan turun drastis tanpa sebab yang jelas, demam tidak terlalu tinggi yang berlangsung lama dan berulang-ulang tanpa sebab yang jelas biasanya dirasakan malam hari yang disertai keringat malam, mudah lelah, nafsu makan berkurang, nyeri di bagian dada dan batuk bercampur dahak dengan atau tanpa darah (Hariwijaya dan sutanto, 2007).

Gejala lain yang juga sering dijumpai pada penyakit ini antara lain adalah batuk yang tidak spesifik tapi progresif, pada pemeriksaan fisik kadang dapat menemukan suara yang khas tergantung seberapa jauh kerusakan jaringan paru yang terjadi (Hariwijaya dan sutanto, 2007).

Namun penentuan adanya serangan TBC secara pasti perlu melalui pengkajian dari gejala klinis, pemeriksaan fisik, gambaran radiologi atau rontgen paru dan pemeriksaan laboratorium klinis maupun bakteriologis (Hariwijaya dan sutanto, 2007).

## **2.16. Manifestasi Klinis**

Secara klinis manifestasi TBC dapat terjadi dalam beberapa fase, yaitu:

- 2.1.3. Dimulai dengan fase asimtomatik dengan lesi yang hanya dapat dideteksi secara radiologic.
- 2.1.4. Berkembang menjadi plisis yang jelas kemudian mengalami stagnasi atau regresi.
- 2.1.5. Eksaserbasi memburuk
- 2.1.6. Dapat berulang kemudian menjadi menahun.

## **2.17. Pengendalian dan Pencegahan Bakteri TBC**

Penularan dan penyebaran bakteri TBC sangat terkait dengan faktor prilaku dan lingkungan, faktor lingkungan sanitasi sangat terkait dengan keberadaan bakteri penyebab dan proses timbul dan penularannya, sedangkan faktor prilaku sangat berpengaruh dengan penyembuhan dan pencegahan agar terhindar dari infeksi virus ini (Hariwijaya dan sutanto, 2007).

Pengendalian dapat dilakukan pada dua aspek penting tersebut dengan dimulai dari prilaku hidup sehat (makan makanan bergizi dan seimbang, istirahat yang cukup, olahraga teratur, hindari rokok, alkohol, obat bius, dan stres), melakukan imunisasi sejak dini, menjaga sikap penjderita terhadap penularan kepada orang lain, dan memperhatikan kesehatan lingkungan seperti persyaratan rumah sehat, diantaranya pencahayaan, ventilasi, luas hunian dengan jumlah anggota keluarga, kebersihan rumah dan lingkungan tempat tinggal (Hariwijaya dan sutanto, 2007).

Penyakit TBC bisa dilakukan pencegahan agar tidak tertular ke orang lain, berikut langkah-langkah dalam melakukan pencegahan:

- 2.1.7. Menutup mulut waktu bersin atau batuk.
- 2.1.8. Tidak meludah di sembarang tempat.
- 2.1.9. Meludah di tempat yang terpapar sinar matahari atau tempat yang diisi sabun atau karbol/lisol.
- 2.1.10. Jemur tempat tidur penderita secara teratur.
- 2.1.11. Buka jendela lebar-lebar agar udara segar dan sinar matahari dapat masuk.
- 2.1.12. Imunisasi pada bayi.
- 2.1.13. Meningkatkan daya tahan tubuh dengan makan makanan bergizi dan olah raga teratur.
- 2.1.14. Hindari tinggal di kawasan yang terlalu padat karena bakteri ini mudah merebak didaerah yang kurang mendapatkan sirkulasi udara.
- 2.1.15. Minum obat secara teratur sampai selesai bagi penderita.

## **2.18. Pengobatan**

Penyakit Tuberculosis ini dapat diobati, hal ini bertujuan untuk menyembuhkan dalam artian mencegah kematian dan kekambuhan. Obat TBC yang utama adalah Isoniazid, Rifampisin, Pirazinamid, Streptomisin, dan Etambutol, sedangkan obat tambahan adalah Kanamisin, Kuinolon, Makroloid, dan Amoksisilin di kombinasi dengan Klavulanat. Pengobatannya keseluruhan dapat mencapai 12 bulan, hal ini tergantung pada faktor prilaku dan lingkungan tempat penderita tinggal, terkait kepatuhann minum obat serta dukungan orang-orang sekitar.

Agar dapat disembuhkan, penderita harus minum obat teratur sesuai petunjuk, menghabiskan obat sesuai waktu yang ditentukan (6-12 bulan) berturut-turut tanpa terputus-putus serta makan makanan bergizi dan melibatkan petugas kesehatan atau keluarga untuk mengawasi penderita dalam mengkonsumsi obat.

Kepatuhan penderita untuk minum obat sangat berpengaruh untuk kesembuhan penderita tersebut juga kesesuaian jadwal minum obat, begitu juga sebaliknya, penderita akan sulit disembuhkan karena resistensi obat pada penderita, begitu juga dengan gejalanya akan muncul kembali. Hal ini semua akan dibuktikan kembali dengan uji klinis laboratorium dan radiologi.

## **2.19. Komplikasi pada Penderita TBC**

- 2.1.16. Pnemothorak spontan terjadi bila udara memasuki rongga pleura sesudah terjadi robekan pada kavitas tuberculosis.
- 2.1.17. Korpulmunale adalah gagal jantung kongestif karena tekanan balik akibat kerusakan paru, dapat terjadi bila terdapat destruksi paru yang luas
- 2.1.18. Aspergilomata dimana kavitas tuberculosis yang sudah di obati dengan baik dan sembuh kadang-kadang tinggal terbuka dan dapat terinfeksi dengan jamur aspergilus fumigates.
- 2.1.19. Hemobtis berat (perdarahan dari saluran nafas bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipofolemik atau tersumbatnya jalan nafas
- 2.1.20. Kolaps dari lobus akibat retraksi bronchial.
- 2.1.21. Bronkiektasis (pelebaran bronkus setempat) dan vibrosis (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan) pada paru.

- 2.1.22. Insufisiensi kardio pulmoner.
- 2.1.23. Penyebaran infeksi ke organ lain seperti otak, tulang, persendian ginjal dll  
(Depkes RI, 2002).

## **2.20. Tipe Penderita**

Tipe penderita ditentukan bedasarkan riwayat pengobatan sebelumnya.  
Tipe penderita dibagi dalam:

### **2.20.1. Kasus baru**

Adalah penderita yang tidak mendapat Obat Anti Tuberculosis (OAT) lebih dari 1 bulan.

### **2.20.2. Kasus Kambuh**

Adalah penderita yang pernah dinyatakan sembuh dari Tuberculosis kemudian timbul lagi Tuberculosis aktifnya.

### **2.20.3. Gagal**

Adalah penderita BTA positif yang masih tetap positif atau kembali menjadi positif pada akhir bulan ke - 5 (1 bulan sebelum akhir pengobatan atau lebih). Gagal adalah penderita dengan hasil negative Rontgen positif menjadi BTA positif pada akhir bulan -2 pengobatan.

### **2.20.4. Kasus Kronik**

Adalah penderita BTA nya positif setelah mendapat pengobatan ulang lengkap yang disupersisi dengan baik.

## **2.21. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Karakteristik Penderita**

### **TBC**

Pada setiap kelompok penduduk maupun individu memiliki derajat keterpaparan atau risiko yang berbeda pada tiap penyakit tertentu, keadaan ini sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor (Noor, 2008).

Faktor yang berhubungan dengan karakteristik penderita TBC dari beberapa para ahli ditemukan bahwa Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Pengetahuan, sosial ekonomi mempunyai hubungan yang signifikan terhadap kejadian TBC.

### **2.21.1. Umur**

Umur merupakan sebagai salah satu sifat karakteristik tentang orang yang dalam studi epidemiologi merupakan variabel yang cukup penting karena cukup banyak penyakit cukup banyak ditemukan dengan berbagai variasi frekuensi yang disebabkan oleh umur, peranan variabel umur menjadi cukup penting antara lain karena. Pertama, studi tentang hubungan variasi hubungan suatu penyakit dengan umur dapat memberikan gambaran faktor penyebab penyakit tersebut. Kedua, umur merupakan faktor sekunder yang harus diperhitungkan dalam mengamati perbedaan penyakit terhadap variabel lain (Noor, 2008).

Menurut Notoadmodjo (2007), mengelompokkan umur bedasarkan tingkat kedewasaan seperti : 0-14 tahun merupakan kelompok anak-anak, 15-19 tahun merupakan kelompok orang muda dan dewasa dan >50 merupakan kelompok orang tua (Notoadmodjo, 2007).

Umur adalah variabel yang selalu diperhatikan didalam penyelidikan epidemiologi, angka-angka kesakitan maupun kematian di dalam hampir semua keadaan menunjukkan hubungan dengan umur, dengan cara ini dapat

membacanya dengan mudah dan melihat pola kesakitan dan kematian menurut golongan umur (Notoadmodjo, 2007).

Selain itu umur juga merupakan salah satu sifat karakteristik tentang orang yang sangat utama karena umur mempunyai hubungan yang erat dengan keterpaparan. Umur juga mempunyai hubungan dengan besarnya risiko terhadap penyakit tertentu dan sifat resistensi pada berbagai kelompok umur tertentu, maka dapat dimengerti bahwa adanya perbedaan pengalaman terhadap penyakit menurut umur sangat mempunyai kemaknaan (pengaruh) yang berhubungan dengan adanya perbedaan tingkat keterpaparan dan kerentanan menurut umur, adanya perbedaan dalam proses kejadian pathogenesis, maupun adanya pengalaman terhadap penyakit tertentu (Noor, 2008).

Pada umumnya penderita TBC ditemukan pada usia produktif yaitu 15-49 tahun, seiring dengan transisi demografi pola tersebut bergeser. Pada tahun 1953 di USA dilaporkkan penderita TBC yang berusia > 65 tahun sebesar 13,8 % dan meningkat menjadi 28,6% pada tahun 1979. Hal ini disebabkan pada usia lanjut umumnya menurunnya sistem imunologis menurun hingga sangat rentan terhadap berbagai penyakit, Termasuk TBC. Tuberculosis pada usia lanjut sering muncul karena adanya penyakit kronik sistemik pada pen derita, seperti diabetes miltius (DM). di samping itu 60% penyebab kematian pada usia lanjut disebabkan karena TBC, angka ini 10 kali lebih tinggi dari orang dewasa dan anak-anak (Ratnawati, 2000).

Hal lain juga menunjukkan bahwa angka insiden TBC bedasarkan umur secara perlahan bergerak kearah kelompok umur tua dengan puncak pada 55-64

tahun, meskipun saat ini sebagian kasus masih terjadi pada kelompok umur 15-64 tahun (Tbindonesia,2010).

### **2.21.2. Jenis Kelamin**

Seperti halnya dengan variabel umur, faktor jenis kelamin merupakan salah satu variabel yang dapat memberikan perbedaan angka/rate kejadian pada pria dan wanita. Perbedaan insiden penyakit menurut jenis kelamin dapat timbul karena bentuk anatomis, fisiologis, dan sistem hormonal yang berbeda. Pada waktu yang lalu, penyakit paru lebih sering pada laki-laki karena kebiasaan merokok yang lebih tinggi, namun seiring berjalannya waktu pada Negara tertentu proporsi wanita merokok semakin meningkat menyebabkan proporsi menurut jenis kelamin mengalami perubahan pula. Hal ini juga disebabkan oleh perbedaan pekerjaan, kebiasaan makan dll (Noor, 2008).

Jenis kelamin merupakan hal yang harus diperhitungkan, kerena sifat karakteristik jenis kelamin mempunyai hubungan tersendiri yang cukup erat dengan sifat keterpaparan dan kerentanan terhadap penyakit tertentu. Hal ini menyebabkan adanya beberapa penyakit yang ternyata sangat erat dengan jenis kelamin karena berbagai sifat tertentu, pertama, adanya penyakit yang hanya dijumpai pada jenis kelamin terutama yang berhubungan dengan reproduksi atau yang secara genetis berperan dalam perbedaan jenis kelamin, misalnya hipertrofi prostat pada pria atau karsinoma payudara pada wanita, kedua, penyakit yang mempunyai kecendrungan hanya pada jenis kelamin tertentu atau sering dijumpai pada jenis kelamin tertentu seperti hipertiroidisme, batu kandung empedu yang

lebih sering pada wanita, ketiga, kemungkinan timbulnya perubahan frekuensi penyakit dari jenis kelamin tertentu ke jenis kelamin lainnya (Noor, 2008).

WHO memperkirakan sedikitnya ada 1 juta wanita meninggal akibat TBC bahkan kematian maternal hanya setangah juta orang dibandingkan dengan TBC. Pada tahun 1993 Bank Dunia menyatakan bahwa di tahun 1990 terdapat 7666.000 wanita meninggal akibat TB.

Menurut (Depkes, 2002), angka kekerapan penyakit TBC kecendrungan lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan wanita. Hal ini disebabkan laki-laki memiliki mobilitas yang lebih tinggi dari pada wanita sehingga kemungkinan untuk terpapar TBC lebih besar.

Hal ini diperkuat pada penelitian di Kota Padang Sumatera Barat, bahwa jumlah penderita laki-laki lebih banyak dibandingkan wanita , dimana dari total 198 orang yang diobati dengan strategi yang di obati dengan strategi DOTS 130 orang (65,7%) diantaranya laki-laki dan 68 (34,3%) wanita (Maryenni, 2001).

### **2.21.3. Pendidikan**

Pendidikan seringkali diartikan dan dimaknai orang secara beragam, bergantung pada sudut pandang masing-masing dan teori yang dipegangnya. Terjadinya perbedaan penafsiran pendidikan dalam konteks akademik merupakan sesuatu yang lumrah, bahkan dapat semakin memperkaya khazanah berfikir manusia dan bermanfaat untuk pengembangan teori itu sendiri.

Tetapi untuk kepentingan kebijakan nasional, seyogyanya pendidikan dapat dirumuskan secara jelas dan mudah dipahami oleh semua pihak yang

terkait dengan pendidikan, sehingga setiap orang dapat mengimplementasikan secara tepat dan benar dalam setiap praktik pendidikan.

Untuk mengataui definisi pendidikan dalam perspektif kebijakan, kita telah memiliki rumusan formal dan operasional, sebagaimana termaktub dalam UU No. 20 Tahun 2003 Tentang SISDIKNAS, yakni: Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara (UU No. 20 Tahun 2003 Tentang SISDIKNAS).

Tingkat pendidikan dan jenis pekerjaan sangat mempengaruhi terjadinya kasus tuberkulosis paru atau keberhasilan pengobatan, status sosial ekonomi keluarga diukur dari jenis, keadaan rumah, kepadatan penghuni per kamar, status pekerjaan dan harta kepemilikan (Schoeman,1991). Masyarakat dengan sosial ekonomi yang rendah sering mengalami kesulitan mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik, sehingga penyakit tuberkulosis paru menjadi ancaman bagi mereka, (Ruswanto, 2010).

Peranan tingkat pendidikan masyarakat secara tidak langsung akan memberikan pengaruh terhadap timbulnya penyakit tuberculosis dengan memberi pengaruh pada upaya-upaya pengenalan dampak dan pencegahan secara dini sehingga memungkinkan menurunnya angka kesakitan dan kematian akibat Tuberculosis. Tingkat pendidikan belum sepenuhnya menjamin meningkatkan pengetahuan seseorang terhadap penyakit TBC, minimal seseorang termotivasi

untuk mengetahui lebih banyak berbagai pengetahuan hal lain terkait Tuberculosis (Suryatanegara, 1996).

Pendidikan kesehatan adalah melakukan intervensi faktor prilaku sehingga sesuai dengan nilai-nilai kesehatan, namun suatu kenyataan yang tidak dapat disangkal bahwa pendidikan yang tinggi juga belum tentu menjamin seseorang mempunyai kualitas hidup, terutama derajat kesehatan yang baik (Notoadmodjo, 2007).

#### **2.21.4. Pekerjaan**

Pekerjaan lebih banyak dilihat dari kemungkinan keterpaparan khusus dan tingkat/derajat keterpaparan tersebut serta besarnya risiko menurut sifat pekerjaan, lingkungan kerja, dan sifat sosial ekonomi pekerja pada pekerjaan tertentu. Berbagai jenis penyakit yang timbul dalam keluarga sering berkaitan dengan jenis pekerjaan yang mempengaruhi pendapatan keluarga, angka kematian bayi misalnya sangat erat kaitannya dengan pekerjaan dan pendapatan kepala keluarga (Noor, 2008).

Penyakit TBC mudah diderita seseorang yang bekerja atau tinggal dalam waktu yang lama di lingkungan yang udaranya tidak bersih, mengkonsumsi makanan dan minuman yang tidak baik serta mempunyai beban yang terlalu meletihkan (Soeyono,dkk, 2001).

Hal ini diperkuat dengan penyelidikan lain yang menyebutkan bahwa peningkatan kasus pada pekerja tambang, buruh kasar, pekerja yang terpapar debu asbes dan silica, pekerja bar, serta pekerja laboratorium juga sangat rentan terpapar penyakit TBC (Yoga, 2000).

Berdasarkan Undang-Undang No 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja pada Pasal 1 menyatakan bahwa tempat kerja ialah tiap ruangan atau lapangan, tertutup atau terbuka, bergerak atau tetap, dimana tenaga kerja, atau yang sering dimasuki tenaga kerja untuk keperluan suatu usaha dan dimana terdapat sumber-sumber bahaya. Termasuk tempat kerja ialah semua ruangan, lapangan, halaman dan sekelilingnya yang merupakan bagian-bagian atau yang berhubungan dengan tempat kerja tersebut.

Setiap tempat kerja selalu mengandung berbagai potensi bahaya yang dapat mempengaruhi kesehatan tenaga kerja atau dapat menyebabkan timbulnya penyakit akibat kerja. Potensi bahaya adalah segala sesuatu yang berpotensi menyebabkan terjadinya kerugian, kerusakan, cidera, sakit, kecelakaan atau bahkan dapat mengakibatkan kematian yang berhubungan dengan proses dan sistem kerja. Potensi bahaya mempunyai potensi untuk mengakibatkan kerusakan dan kerugian kepada : 1) manusia yang bersifat langsung maupun tidak langsung terhadap pekerjaan, 2) properti termasuk peratan kerja dan mesin-mesin, 3) lingkungan, baik lingkungan di dalam perusahaan maupun di luar perusahaan, 4) kualitas produk barang dan jasa, 5) nama baik perusahaan.

Pekerjaan yang dilakukan akan memiliki dampak yang negative yang ditinjau dari aspek kesehatan, oleh karena itu diperlukan Alat Pelindung Diri (APD) yang seperangkat alat yang digunakan oleh tenaga kerja untuk melindungi seluruh/sebagian tubuhnya terhadap kemungkinan adanya potensi bahaya/kecelakaan kerja (Mujianto, 2011).

APD dipakai sebagai upaya terakhir dalam usaha melindungi tenaga kerja apabila usaha rekayasa (engineering) dan administratif tidak dapat dilakukan

dengan baik. Namun pemakaian APD bukanlah pengganti dari kedua usaha tersebut, namun sebagai usaha akhir (Mujianto, 2011).

Pekerjaan akan berpengaruh pada tingkat kelelahan dan waktu istirahat yang akan berdampak pada stress, berikut waktu istirahat menurut UU tentang jam kerja dibicarakan dalam Paragraf 4 UU No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan (“UUK”), khususnya Pasal 77 s/d Pasal 85 UUK. Pasal 77 ayat (1) UUK mewajibkan setiap pengusaha untuk melaksanakan ketentuan jam kerja. Ketentuan jam kerja ini telah diatur oleh pemerintah yaitu: 7 jam 1 hari dan 40 jam 1 minggu untuk 6 hari kerja dalam 1 minggu; atau 8 jam 1 hari dan 40 jam 1 minggu untuk 5 hari kerja dalam 1 minggu. waktu istirahat pekerja sebanyak  $\frac{1}{2}$  jam setelah bekerja 4 jam dalam sehari dan itu tidak termasuk ke dalam jam kerja (UU No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan)

Terdapat hubungan yang erat antara mereka yang aktif merokok dengan terjadinya infeksi TB dan kematian akibat TB, sedangkan mereka yang terpapar polusi udara dan sebagai perokok pasif bukti-bukti yang menerangkan adanya hubungan dengan infeksi TB masih sangat terbatas, dan masih dilakukan penelitian hingga saat ini, Kesimpulan yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya infeksi TB adalah menghentikan kebiasaan merokok dan menekan terpaparnya polusi udara (Irawan, 2007).

### **2.21.5. Sosial Ekonomi**

Status ekonomi sangat erat hubungannya dengan pekerjaan dan jenis pekerjaan serta besarnya pendapatan keluarga juga berhubungan dengan lokasi tempat tinggal, kebiasaan hidup keluarga termasuk kebiasaan makan, jenis rekreasi keluarga dan lain sebagainya. Status sosial ekonomi juga erat

hubungannya dengan psikologis individu dan keluarga dalam masyarakat (Noor, 2008).

Menurut Soeyono (2001), masyarakat yang tinggal dilingkungan kumuh dan padat penghuninya karena ketidakmampuan secara okonomi akan berisiko terpapar infeksi paru lebih tinggi dibandingkan yang tinggal di lingkungan yang lebih teratur.

Idikator Sosial Ekonomi bisa dilihat dari Upah Minimum Pekerja, pada tahun 2012 Upah Minimum Pekerja (UMP) bedasarkan SK Gubernur No. 76, Tahun 2011 sebesar Rp 1.400.000,-.

Penyakit TBC masih masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia dan menjadi penyebab kematian ke 3 setelah penyakit jantung. Penyakit ini dapat menyerang masyarakat, namun 70 % dialami oleh keluarga dari golongan ekonomi rendah (Soemantri, 2003).

## **2.21.6. Pengetahuan**

Membicarakan masalah ilmu pengetahuan beserta definisinya ternyata tidak semudah dengan yang diperkirakan. Adanya berbagai definisi tentang ilmu pengetahuan ternyata belum dapat menolong untuk memahami hakikat ilmu pengetahuan itu. Sekarang orang lebih berkepentingan dengan mengadakan penggolongan (klasifikasi) sehingga garis demarkasi antara (cabang) ilmu yang satu dengan yang lainnya menjadi lebih diperhatikan.

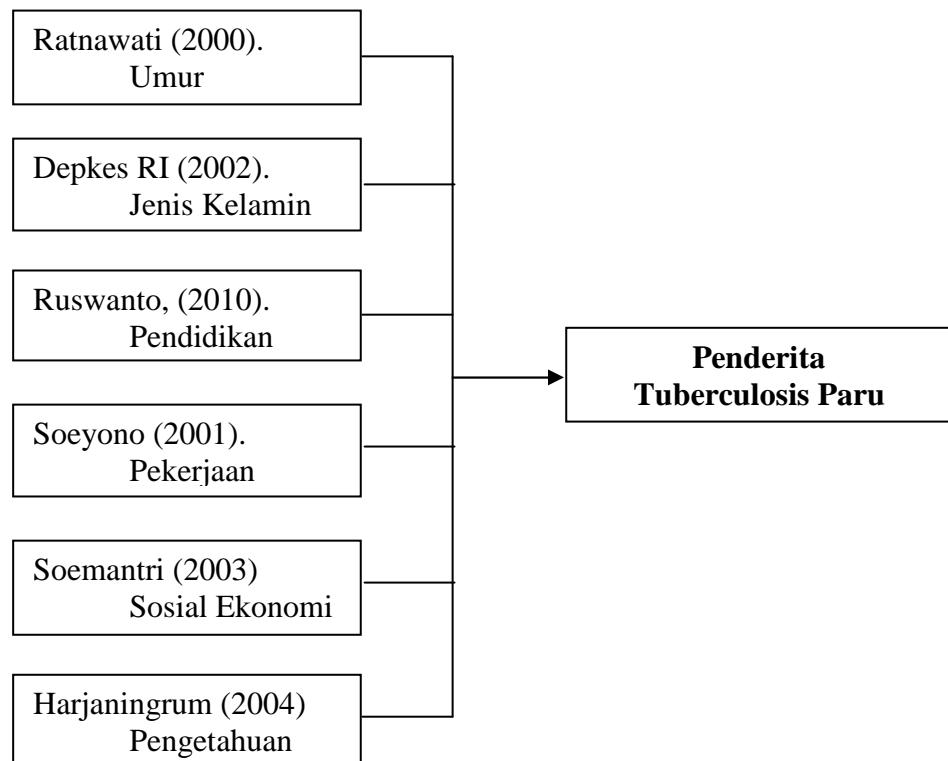
Pengetahuan adalah keseluruhan pengetahuan yang belum tersusun, baik mengenai matafisik maupun fisik. Dapat juga dikatakan pengetahuan adalah informasi yang berupa *common sense*, tanpa memiliki metode, dan mekanisme

tertentu. Pengetahuan berakar pada adat dan tradisi yang menjadi kebiasaan dan pengulangan-pengulangan. Dalam hal ini landasan pengetahuan kurang kuat cenderung kabur dan samar-samar. Pengetahuan tidak teruji karena kesimpulan ditarik berdasarkan asumsi yang tidak teruji lebih dahulu. Pencarian pengetahuan lebih cendrung *trial and error* dan berdasarkan pengalaman belaka.

Perkembangan penyakit TBC selain disebabkan oleh status gizi masyarakat yang buruk juga karena krisis ekonomi dan sulitnya mendapatkan pekerjaan yang tetap dan juga rendahnya pengetahuan penderita untuk mengobati penyakit ke pusat pelayanan kesehatan (Darmaji, 2002).

Menurut Harjaningrum (2004), kasus penularan TBC pada anak-anak dari orang dewasa sering terjadi dan jarang terdeteksi, hal ini juga disebabkan karena pengetahuan masyarakat yang masih rendah mengenai penyakit TBC terutama cara penularannya menyebabkan kewaspadaan terhadap adanya sumber penularan di lingkungan tempat tinggal berkurang. Risiko penularan penyakit TBC lebih besar karena kurangnya pengetahuan penderita untuk mengobati penyakitnya secara teratur sehingga kuman Mycobacterium Tuberculosis tetap aktif.

## 2.22. Kerangka Teoritis

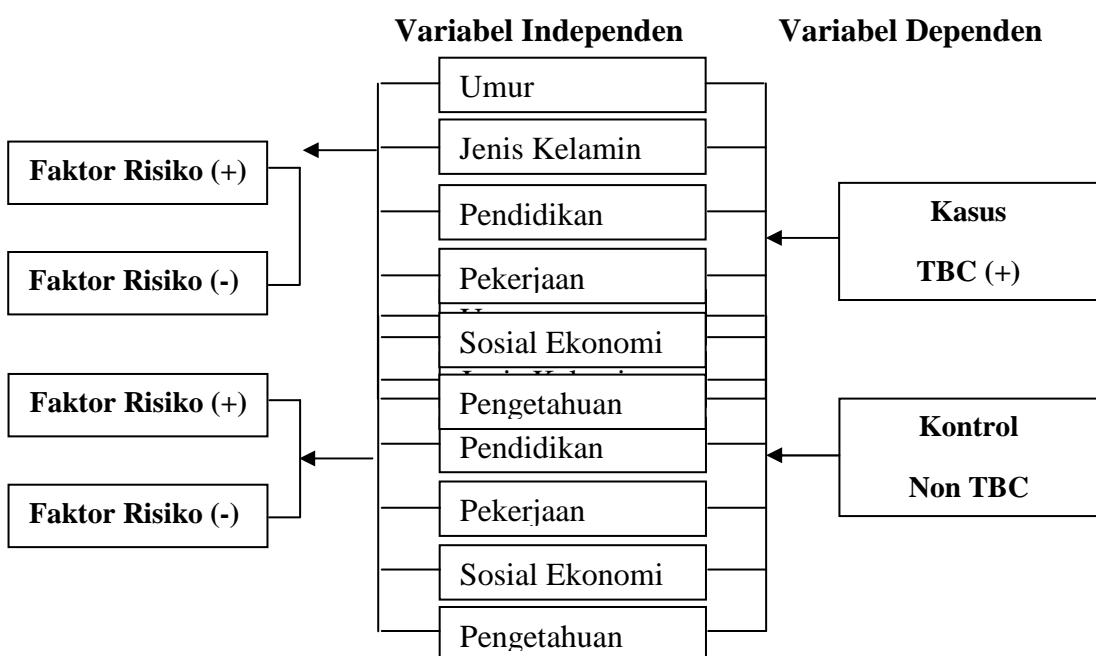


## **BAB III**

### **KERANGKA KONSEP PENELITIAN**

#### **3.6. Kerangka Konsep**

Kerangka konsep pada penelitian ini merujuk pada faktor-faktor yang berhubungan dengan karakteristik penderita TBC seperti yang dikemukakan oleh para ahli seperti Ratnawati (2000), Depkes RI (2002), Notoadmodjo (2007), Sooeyono, dkk (2001), Soemantri (2003), dan Harjaningrum (2004). Maka terbentuklah kerangka konsep sebagai berikut :



#### **3.7. Variabel Penelitian**

##### **3.7.1. Variabel Bebas**

Pada penelitian ini teradapat enam variabel bebas yaitu Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Pengetahuan dan Sosial Ekonomi.

### **3.7.2. Variabel Terikat**

Yang menjadi variabel terikat pada penelitian ini adalah penderita Tuberculosis Paru di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

### 3.8. Definisi Operational

**Tabel 3.1**  
**Definisi Operational dan Metode Pengukuran Terhadap Variabel Penelitian**

No	Variable	Definisi Operational	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<b>Dependen</b>						
1	Penderita TBC	Pasien dengan gejala tertentu seperti batuk >2 minggu disertai dahak maupun darah, sesak nafas, kurang Nafsu Makan, Berat badan menurun, hasil Laboratorium dan Rontgen Positif atas dasar kepurusan medis, di Kabupaten Nagan Raya, tahun 2012.	Laporan Dinas Kesehatan, Kab, Nagan Raya	Laporan	- Kasus - Kontrol	Nominal
<b>Independen</b>						
1	Umur	Usia Penderita dihitung semenjak lahir sampai dia di vonis menderita TBC dan mulai berobat, di Kabupaten Nagan Raya, tahun 2012.	Pembagian Kuisoner	Kuisoner	- Bayi dan Anak (6-14 tahun) - Muda dan dewasa (15-49 tahun) - Lansia (> 50 tahun)	Ordinal
2	Jenis Kelamin	Jenis kelamin penderita TBC yang terdata pada dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya, tahun 2012.	Pembagian Kuisoner	Kuisoner	- Laki-laki - Perempuan	Nominal
3	Pendidikan	Merupakan tingkat pendidikan formal yang pernah dialami oleh penderita TBC dengan memperoleh Ijazah, di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.	Pembagian Kuisoner	Kuisoner	- Baik - Kurang Baik	Ordinal
4	Pekerjaan	Kegiatan rutinitas yang dilakukan penderita TBC yang merupakan kewajiban untuk mendapatkan pendapatan, di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.	Pembagian Kuisoner	Kuisoner	- Mendukung - Tidak Mendukung	Ordinal
5	Pengetahuan	Informasi Atau Segala Sesuatu Yang Diketahui Penderita TBC Terhadap Penyakit TBC, Di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012	Pembagian Kuisoner	Kuisoner	- Baik - Kurang Baik	Ordinal

No	Variabel	Divinisi Operational	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
6	Sosial Ekonomi	Kondisi Kehidupan Sehari-Hari dan Kemasyarakatan dengan Pendapatan Untuk Kehidupan keluarga penderita TBC, di Kabupaten Nagan Raya, tahun 2012.	Pembagian Kuisoner	Kuisoner	- Tinggi - Rendah	Ordinal

### 3.9. Pengukuran Variabel

#### 3.9.1. Variabel Dependen

a. BTA positif adalah bila hasil diagnose dan pemeriksaan sputum 10-99

BTA per 100 lapang pandang (LP) = +, atau (1+), 1-1- BTA lapang pandang (LP) = ++, atau (2+), > 10 BTA per 1 lapang pandang (LP) = +++ atau (3+). B yang ditetapkan pada laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

b. BTA negatif adalah bila BTA per 100 lapang pandang (LP) = Neg (-)

#### 3.9.2. Variabel Independen

Variabel Independen terbagi dalam 6 karakteristik, yaitu :

##### 3.9.2.1. Variabel Umur dikelompokkan atas :

a. Bayi sampai dengan Anak-anak yaitu penderita TBC yang berumur 6-14 tahun

b. Muda sampai dengan dewasa 15-49

c. Lansia > 50 tahun.

##### 3.9.2.2. Variabel Jenis Kelamin dikelompokkan atas :

a. Laki-laki yaitu penderita TBC dengan jenis kelamin sesuai dengan laporan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya, tahun 2011.

- b. Perempuan yaitu penderita TBC dengan jenis kelamin sesuai dengan laporan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya, tahun 2011.

#### 3.9.2.3.Variabel Pendidikan dikelompokkan atas :

- a. Kurang Baik bila penderita TBC tidak sekolah atau tamatan SD dan SMP
- b. Baik bila penderita TBC tamatan SMA, Akademi atau Perguruan Tinggi.

#### 3.9.2.4.Variabel Pekerjaan

Variabel pekerjaan yaitu kegiatan utama yang dilakukan penderita TBC sehari-hari sesuai dengan hasil wawancara dengan penderita TBC, yang dikelompokkan sebagai berikut :

- a. Mendukung jika  $x \geq 17.3$
- b. Tidak mendukung jika  $x < 17.3$

#### 3.9.2.5.Variabel Pengetahuan dikelompokkan atas :

- a. Baik jika  $x \geq 36.8$
- b. Kurang baik jika  $x < 36.8$

#### 3.9.2.6.Variabel Sosial Ekonomi

Variabel sosial dan ekonomi mengacu bedasarkan Upah Minimum Provinsi (UMP) Aceh bedasarkan SK Gubernur No. 76, Tahun 2012, yang dikelompokkan atas :

- a. Tinggi bila penderita TBC dengan pendapatan perbulan rata-rata sebanyak  $\geq Rp\ 1.400.000,-$
- b. Rendah bila penderita TBC dengan pendapatan perbulan rata-rata sebanyak  $< Rp\ 1.400.000,-$

### **3.10. Hipotesis atau Pertanyaan Penelitian**

Hipotesis pada penelitian ini adalah sebagaimana merujuk pada tujuan khusus penelitian yang peneliti buat maka hipotesis adalah:

3.10.1. Ada hubungan antara Umur dengan penyakit TBC di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

3.10.2. Ada hubungan antara Jenis Kelamin dengan penyakit TBC di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

3.10.3. Ada hubungan antara Pendidikan dengan penyakit TBC di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

3.10.4. Ada hubungan antara Pekerjaan dengan penyaki TBC di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

3.10.5. Ada hubungan antara Sosial Ekonomi dengan penyakit TBC di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

3.10.6. Ada hubungan antara Pengetahuan dengan penyakit TBC di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

## **BAB IV**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **4.8. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan pendekatan Kasus Pembanding (Kontrol) yaitu suatu penelitian dengan cara membandingkan antara kelompok kasus dengan kelompok kontrol berdasarkan paparannya (Retrospektif) arah pengusutannya. Rancangan ini bergerang dari akibat (penyakit) ke sebab (paparan), dengan penyusuaian kasus adalah peserta TBC positif yang terdata pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

Tujuan dari penelitian dengan design case control ini adalah untuk mencari seberapa jauh hubungan faktor risiko mempengaruhi terjadinya penyakit.

#### **4.9. Populasi dan Sampel**

##### **4.9.1. Populasi Penelitian**

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh penderita TB paru yang terdata di Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya sebanyak 69 kasus dan pembanding (kontrol) masyarakat yang tidak menderita TB paru dalam kawasan Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

##### **4.9.2. Sampel Penelitian**

Sampel pada penelitian ini adalah Total dari Populasi penderita TB paru yang berjumlah 69 orang yang terdata pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya, dan pembanding (kontrol) berjumlah 69 orang masyarakat Kabupaten Nagan Raya yang tidak menderita TB paru, namun merupakan populasi yang

memiliki karakteristik sama dengan kasus dan mempunyai kesempatan yang sama untuk terpajan oleh faktor risiko yang diteliti.

#### **4.10. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini akan dilakukan di Kabupaten Nagan Raya, pada bulan September 2012.

#### **4.11. Tehnik Pengumpulan Data**

Tehnik pengumpulan data pada penelitian ini dengan melakukan pembagian kuisioner kepada responden penderita TB paru dan kontrol di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012, dengan jenis data sebagai berikut :

##### **4.11.1. Data Primer**

Data primer pada penelitian ini adalah hasil jawaban responden dari Kuisioner yang dibagikan yang meliputi tentang Pendidikan, Pekerjaan dan Sosial Ekonomi dengan Menggunakan Kuisioner pada penderita TB paru di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

##### **4.11.2. Data Sekunder**

Data Sekunder pada penelitian ini diperoleh dari laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya (P2TB).

#### **4.12. Pengolahan Data**

Data yang telah diperoleh hasil pengumpulan data diteliti dan diperiksa validitas serta kelengkapannya dengan langkah-langkah sebagai berikut:

#### *4.12.1. Editing*

Editing ialah memeriksa data yang telah dikumpulkan, baik itu kuisioner maupun laporan lain untuk melihat kelengkapan pengisian data identitas responden (Budiarto, Eko, 2002).

#### *4.12.2. Coding (Pemberian Kode)*

Coding dilakukan untuk mempermudah pengolahan dengan cara memberikan code pada jawaban hasil penelitian guna memudahkan dalam proses pengelompokan dan pengolahan data (Budiarto,Eko, 2002).

#### *4.12.3. Trnsferring*

Yaitu data yang telah diberikan kode disusun secara berurutan untuk dimasukkan ke dalam tabel sesuai dengan variabel yang diteliti.

#### *4.12.4. Tabulasi (Penyusunan Data)*

Tabulasi merupakan pengorganisasian data sedemikian rupa dengan mudah dapat dijumlahkan, disusun, dan ditata untuk disajikan dan dianalisis bedasarkan jawaban hasil penelitian yang serupa dan menjumlahkannya dengan teliti dan teratur ke dalam tabel (Budiarto,Eko, 2002).

### **4.13. Analisa Data**

Analisa data yang digunakan pada penelitian ini menggunakan metode sebagai berikut:

#### *4.13.1. Analisa Univariat*

Analisa yang digunakan dengan menjabarkan secara distribusi frekuensi variabel-variabel yang diteliti, baik variabel dependen maupun variabel

independen. Untuk analisa ini semua variabel dibuat dalam bentuk proporsi dengan skala ordinal. Sesuai dengan rumus :

$$P = \frac{f_1}{n} \times 100 \%$$

**Ket :**

**P** : Persentase

**f<sub>1</sub>** : Jumlah Skore Jawaban yang Benar

**n** : Jumlah Skore Maksimal jika Semua Jawaban Benar.

#### 4.13.2. Analisa Bivariat

Analisa yang digunakan untuk menguji hipotesis dengan menentukan hubungan variabel dependen dan variabel independen melalui uji statistic Chi-Square ( $X^2$ ) dan dinyatakan bermakna apabila  $\alpha$  (alpha) atau  $\rho < 0.05$ , data yang diolah dengan menggunakan program komputer (SPSS),

Berikut rumus pada analisa bivariat :

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

**Keterangan :**

**X<sup>2</sup>** : Chi Square

**O** : Frekuensi Pengamatan

**E** : Frekuensi Harapan

Keputusan hipotesis Ha diterima bila nilai P (P value) lebih kecil dari dari  $\alpha$  (alpha)  $< 0,05$ , maka hipotesis Ha diterima, dan sebaliknya jika P (P value) lebih besar dari  $\alpha$  (alpha)  $> 0,05$ , maka hipotesis Ha ditolak (Budiarto, eko, 2002).

Untuk melihat tingkat asosiasi atau hubungan dilakukan perhitungan odds ratio (OR) dengan rumus dan ketentuan sebagai berikut :

$$\mathbf{OR} = \frac{axd}{bc} = \frac{ad}{bc}$$

Dengan ketentuan sebagai berikut :

OR = 1 Berarti tidak ada hubungan dengan faktor risiko

OR > 1 Berarti ada suatu peningkatan risiko dengan adanya peningkatan paparan

OR < 1 Berarti risiko yang menurun dengan adanya peningkatan paparan (protektif).

#### **4.14. Penyajian Data**

Setelah data dianalisa maka informasi akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, narasi dan tabel silang.

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **5.4. Gambaran Umum**

##### **5.4.1. Gambaran Geografi**

Kabupaten Nagan Raya merupakan salah satu Kabupaten Pemekaran di Provinsi Aceh yang dibentuk berdasarkan Undang-undang nomor 04 tahun 2002 tentang pemekaran Kabupaten baru. Secara geografis Kabupaten Nagan Raya terletak pada posisi 03.40' – 04.38' Lintang Utara dan 96.11' – 96.48' Bujur Timur dengan luas wilayah 3.363.72 Km<sup>2</sup> (336.372 hektar) atau 5.85 % dari luas Provinsi Aceh, dengan batas wilayah :

1. Sebelah Utara berbatasan dengan Kabupaten Aceh Barat dan Aceh Tengah.
2. Sebelah Selatan berbatasan dengan Samudera Hindia.
3. Sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Gayo Lues dan Aceh Barat Daya.
4. Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Aceh Barat.

Secara Administratif Kabupaten Nagan Raya 10 Kecamatan, dan terbagi dalam 222 Gampong.

Dinas Kabupaten Nagan Raya memiliki wilayah kerja skala Kabupaten yaitu seluruh Kabupaten Nagan Raya yang terbagi dalam 10 Kecamatan dan memiliki 13 Puskesmas di seluruh Kabupaten Nagan Raya tahun 2012.

#### **5.4.2. Gambaran Demografi**

Berdasarkan data Kependudukan Kabupaten Nagan Raya pada tahun 2012 jumlah penduduk Kabupaten Nagan Raya sebanyak 153.694 Jiwa dengan karakteristik penduduk Kabupaten Nagan Raya dengan mata pencaharian petani dan wiraswasta.

### **5.5. Hasil Penelitian**

#### **5.5.1. Analisi Univariat**

##### **5.5.1.1. Penderita Tuberculosis dan Kontrol**

**Tabel 5.1  
Distribusi Frekuensi Penderita Tuberculosis dan Kontrol  
di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012**

No	Penderita	Jumlah	Persentase (%)
1	Kasus	69	50.0
2	Kontrol	69	50.0
<b>Total</b>		<b>138</b>	<b>100</b>

*Sumber : Data Primer 2012*

Berdasarkan tabel 5.2 dapat disimpulkan bahwa dari 138 responden terdapat 69 responden (50%) katagori Kasus merupakan Tuberculosis Positif yang terdata pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya tahun 2012, dan 69 responden (50%) katagori Kontrol merupakan kelompok non Tuberculosis yaitu masyarakat yang berdomisili di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

### **5.5.1.2.Umur**

**Tabel 5.2**  
**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Umur**  
**di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012**

No	Umur	Jumlah	Persentase (%)
1	Lansia	62	44,9
2	Muda-Dewasa	76	55,1
	<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>

*Sumber : Data Primer 2012.*

Berdasarkan tabel 5.2 dapat disimpulkan bahwa dari 138 responden terdapat 62 responden (44.9%) berumur Lansia, dan 76 responden (55.1%) berumur Muda-Dewasa, di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

### **5.5.1.3.Jenis Kelamin**

**Tabel 5.3**  
**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin**  
**di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012**

No	Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase (%)
1	Laki-laki	92	66,7
2	Perempuan	46	33,3
	<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>

*Sumber : Data Primer 2012.*

Berdasarkan tabel 5.3 dapat disimpulkan bahwa dari 138 responden terdapat 92 responden (66.7%) dengan Jenis Kelamin Laki-laki, dan 46 responden (33.3%) dengan Jenis Kelamin Perempuan, di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

#### **5.5.1.4.Pendidikan**

**Tabel 5.4**  
**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat pendidikan**  
**di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.**

No	Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
1	Kurang Baik	74	53.6
2	Baik	64	46.4
	<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>

*Sumber : Data Primer 2012.*

Berdasarkan tabel 5.4 dapat disimpulkan bahwa dari 138 responden terdapat 74 responden (53.6%) dengan Tingkat Pendidikan Kurang baik, dan 64 responden (46.4%) dengan Tingkat Pendidikan Baik, di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

#### **5.5.1.5.Pekerjaan**

**Tabel 5.5**  
**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan**  
**di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.**

No	Pekerjaan	Jumlah	Persentase (%)
1	Mendukung	81	58.7
2	Tidak Mendukung	57	41.3
	<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>

*Sumber : Data Primer 2012.*

Berdasarkan tabel 5.5 dapat disimpulkan bahwa dari 138 responden terdapat 81 responden (58.7%) dengan Pekerjaan Mendukung terjadinya Tuberculosis, dan 57 responden (41.3%) dengan Pekerjaan Tidak Mendukung terjadinya Tuberculosis, di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

### **5.5.1.6.Pengetahuan**

**Tabel 5.6**  
**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan**  
**di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.**

No	Pengetahuan	Jumlah	Persentase (%)
1	Kurang Baik	70	50,7
2	Baik	68	49,3
	<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>

*Sumber : Data Primer 2012.*

Berdasarkan tabel 5.6 dapat disimpulkan bahwa dari 138 responden terdapat 70 responden (50.7%) berpengetahuan Kurang Baik, dan 68 responden (49.3%) berpengetahuan Baik, di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

### **5.5.1.7.Sosial Ekonomi**

**Tabel 5.7**  
**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Sosial Ekonomi**  
**di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.**

No	Sosial Ekonomi	Jumlah	Persentase (%)
1	Rendah	74	53,6
2	Tinggi	64	46,4
	<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>

*Sumber : Data Primer 2012*

Berdasarkan tabel 5.7 dapat disimpulkan bahwa dari 138 responden terdapat 74 responden (53.6%) dengan Tingkat Sosial Ekonomi Rendah, dan 64 responden (46.4%) dengan Tingkat Ekonomi Tinggi, di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

## 5.5.2. Analisa Bivariat

### 5.5.2.1. Hubungan Umur dengan Kejadian Tuberculosis

**Tabel 5.8**  
**Hubungan Umur dengan Kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya**  
**Tahun 2012**

No	Umur	Penderita/Responden				Total		OR	P Value		
		Kasus		Kontrol							
		Frek	%	Frek	%	Frek	%				
1	Lansia	31	44.9	31	44.9	62	44,9	<b>1.000</b>			
2	Muda-Dewasa	38	55.1	38	55.1	76	55,1	(0.511-1.956)	<b>1.000</b>		
<b>Jumlah</b>		<b>69</b>	<b>100</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>138</b>	<b>100</b>				

Sumber : Data Primer 2012.

Berdasarkan tabel 5.8 dapat disimpulkan bahwa dari 69 responden dengan katagori kasus yang terbagi dalam kelompok Umur Lansia sebanyak 31 responden (44.9%), dan Kelompok Umur Muda-Dewasa sebanyak 38 responden (55.1%). Sedangkan dengan katagori kontrol juga terdapat 69 responden yang terbagi dalam kelompok Umur Lansia sebanyak 31 responden (44.9%), dan kelompok Umur Muda-Dewasa sebanyak 38 responden (55.1%) dan di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

Berdasarkan Hasil Uji Statistik dengan Uji Chi-Square diperoleh hasil dengan nilai P Value = 1.000 ( $P > 0.05$ ) sehingga dapat disimpulkan  $H_a$  ditolak, dengan arti lain tidak ada hubungan bermakna antara Umur dengan kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya pada Tahun 2012.

Dari hasil uji Statistik dengan melihat Odds Ratio maka diperoleh nilai OR=1.000 (CI : 0.511-1.956), maka dapat disimpulkan bahwa Umur Lansia bukan

merupakan faktor risiko terjadinya Tuberculosis, di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

#### **5.5.2.2. Hubungan Jenis Kelamin dengan Kejadian Tuberculosis**

**Tabel 5.9**  
**Hubungan Jenis Kelamin dengan Kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012**

No	Jenis Kelamin	Penderita/Responden				Total		OR	P Value		
		Kasus		Kontrol							
		Frek	%	Frek	%	Frek	%				
1	Laki-laki	46	66.7	46	66.7	<b>92</b>	<b>66,7</b>	<b>1.000</b> (0.493-2.030)	<b>1.000</b>		
2	Perempuan	23	33.3	23	33.3	<b>46</b>	<b>33,3</b>				
<b>Jumlah</b>		<b>69</b>	<b>100</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>138</b>	<b>100</b>				

*Sumber : Data Primer 2012.*

Berdasarkan tabel 5.9 dapat disimpulkan bahwa dari 69 responden dengan katagori kasus yang terbagi dalam kelompok Jenis kelamin Laki-laki sebanyak 46 responden (66.7%), dan Kelompok kelompok Jenis Kelamin Perempuan sebanyak 23 responden (33.3%). Sedangkan dari 69 dengan katagori kontrol terdapat 46 responden (66.7%) dengan Jenis kelamin Laki-laki, dan 23 responden (33.3%) Jenis kelamin Perempuan, di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

Berdasarkan Uji Chi Square diperoleh hasil dengan nilai p Value =1.000 ( $P > 0.05$ ), maka dapat disimpulkan bahwa Ha ditolak, artinya tidak ada hubungan antara Jenis Kelamin dengan kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

Dari hasil uji Statistik dengan melihat Odds Ratio maka diperoleh nilai OR=1.000 (CI : 0.493-2.030), maka dapat disimpulkan bahwa Jenis Kelamin

Laki-laki bukan merupakan faktor risiko terjadinya Tuberculosis, di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

### **5.5.2.3. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kejadian Tuberculosis**

**Tabel 5.10**  
**Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012**

No	Tingkat Pendidikan	Penderita/Responden				Total		OR	P Value		
		Kasus		Kontrol							
		Frek	%	Frek	%						
1	Kurang Baik	37	53.6	37	53.6	74	53.6	<b>1.000</b> (0.512-1.953)	<b>1.000</b>		
2	Baik	32	46.4	32	46.4	64	46.4				
<b>Jumlah</b>		<b>69</b>	<b>100</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>138</b>	<b>100</b>				

*Sumber : data primer 2012.*

Berdasarkan tabel 5.10 dapat disimpulkan bahwa dari 69 responden dengan katagori kasus yang memiliki Tingkat Pendidikan Kurang Baik sebanyak 37 responden (53.6%), dan Tingkat Pendidikan Baik sebanyak 32 responden (46.4%). Sedangkan dari 69 dengan katagori kontrol terdapat 37 responden (53.6%) dengan Tingkat Pendidikan Kurang Baik, dan 32 responden (46.4%) dengan Tingkat Pendidikan Baik, di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

Berdasarkan Uji Chi Square diperoleh hasil dengan nilai p Value =1.000 ( $P > 0.05$ ), maka dapat disimpulkan bahwa Ha ditolak, artinya tidak ada hubungan antara Tingkat Pendidikan dengan kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

Dari hasil uji Statistik dengan melihat Odds Ratio maka diperoleh nilai OR=1.000 (CI : 0.512-1.953), maka dapat disimpulkan bahwa Tingkat Pendidikan

kurang Baik bukan merupakan faktor risiko terjadinya Tuberculosis, di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

#### **5.5.2.4. Hubungan Pekerjaan dengan Kejadian Tuberculosis**

**Tabel 5.11**  
**Hubungan Pekerjaan dengan Kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012**

No	Pekerjaan	Penderita/Responden				Total		OR	P Value		
		Kasus		Kontrol							
		Frek	%	Frek	%	Frek	%				
1	Mendukung	48	69.6	33	47.8	72	52,2	2.494 (1.242-5.007)	0.016		
2	Tidak Mendukung	21	30.4	36	52.2	66	47,8				
<b>Jumlah</b>		<b>69</b>	<b>100</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>138</b>	<b>100</b>				

*Sumber ; Data primer 2012.*

Berdasarkan tabel 5.11 dapat disimpulkan bahwa dari 69 responden dengan katagori kasus yang memiliki Pekerjaan Mendukung terjadinya Tuberculosis sebanyak 48 responden (69.6%), dan Pekerjaan yang Tidak Mendukung terjadinya Tuberculosis sebanyak 21 responden (30.4%). Sedangkan dari 69 dengan katagori kontrol terdapat 33 responden (47.8%) dengan Pekerjaan Mendukung terjadinya Tuberculosis, dan 36 responden (52.2%) dengan Pekerjaan Tidak mendukung Terjadinya Tuberculosis, di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

Dari hasil olah statistik dengan Uji Chi Square diperoleh hasil dengan nilai P Value = 0.016 ( $P < 0.05$ ), maka dapat disimpulkan bahwa  $H_a$  diterima artinya ada Hubungan yang bermakna antara Pekerjaan dengan Kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

Dari hasil uji statistik dengan melihat Odds Ratio maka diperoleh nilai OR=2.494 (CI : 1.242-5.007), maka dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan

Risiko Pekerjaan Mendukung terjadinya kejadian Tuberkulosis sebanyak 2.494 kali dibandingkan dengan Pekerjaan tidak Mendukung Terjadinya Tuberculosis, di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

#### **5.5.2.5.Hubungan Pengetahuan dengan Kejadian Tuberculosis**

**Tabel 5.12  
Hubungan Pengetahuan dengan Kejadian Tuberculosis di Kabupaten  
Nagan Raya Tahun 2012**

No	Pengetahuan	Penderita/Responden				Total		OR	P Value				
		Kasus		Kontrol									
		Frek	%	Frek	%								
1	Kurang Baik	26	37.7	39	56.5	<b>70</b>	<b>50.7</b>	<b>2.278</b> (1.088-4.248)	<b>0.027</b>				
2	Baik	43	62.3	30	43.5	<b>68</b>	<b>49.3</b>						
<b>Jumlah</b>		<b>69</b>	<b>100</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>138</b>	<b>100</b>						

Sumber : Data Primer 2012.

Berdasarkan tabel 5.12 dapat disimpulkan bahwa dari 69 responden dengan katagori kasus yang memiliki Pengetahuan Kurang Baik sebanyak 26 responden (37.7%), dan Pengetahuan Baik sebanyak 43 responden (62.3%). Sedangkan dari 69 dengan katagori kontrol terdapat 39 responden (56.5%) dengan Pengetahuan Kurang Baik, dan 30 responden (43.5%) dengan Pengetahuan Baik, di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

Berdasarkan hasil Uji Chi Square maka diperoleh hasil dengan nilai P Value = 0.027 ( $P < 0.05$ ), maka dapat disimpulkan bahwa Ha diterima artinya ada Hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan Kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

Dari hasil uji statistik dengan melihat Odds Ratio maka diperoleh nilai OR=2.278 (CI : 1.088-4.248), maka dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan

Risiko Pengetahuan Kurang Baik untuk Terjadinya Kejadian Tuberculosis sebanyak 2.278 kali dibandingkan dengan Pengetahuan Baik, di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

#### **5.5.2.6. Hubungan Tingkat Sosial Ekonomi dengan Kejadian Tuberculosis**

**Tabel 5.13  
Hubungan Sosial Ekonomi dengan Kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.**

No	Sosial Ekonomi	Penderita/Responden				Total		OR	P Value				
		Kasus		Kontrol									
		Frek	%	Frek	%								
1	Rendah	30	43.5	44	63.8	<b>74</b>	<b>53.6</b>	<b>0.437</b> (0.221-0.866)	<b>0.026</b>				
2	Tinggi	39	56.5	25	36.2	<b>64</b>	<b>46,4</b>						
<b>Jumlah</b>		<b>69</b>	<b>100</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>138</b>	<b>100</b>						

*Sumber : Data Primer 2012.*

Berdasarkan tabel 5.13 dapat disimpulkan bahwa dari 69 responden dengan katagori kasus yang memiliki Tingkat Sosial Ekonomi Rendah sebanyak 30 responden (43.5%), dan Tingkat Sosial Ekonomi Tinggi sebanyak 39 responden (56.4%). Sedangkan dari 69 dengan katagori kontrol terdapat 44 responden (63.8%) dengan Tingkat Sosial Ekonomi Rendah, dan 25 responden (36.2%) dengan Tingkat Sosial Ekonomi Tinggi, di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

Berdasarkan hasil Uji Chi Square di peroleh P Value dengan nilai 0.026 ( $P < 0.05$ ) maka dapat disimpulkan bahwa  $H_a$  diterima artinya ada hubungan antara Tingkat Sosial Ekonomi dengan kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

Dari hasil uji statistik dengan melihat Odds Ratio maka diperoleh nilai OR=0.437 (CI : 0.221-0.866), maka dapat disimpulkan bahwa adanya risiko yang menurun peningkatan paparan (protektif) Tingkat Sosial Ekonomi rendah dengan Kejadian Tuberculosis sebanyak 0.437 kali di bandingkan dengan Sosial Ekonomi Tinggi, di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

## **5.6. Pembahasan**

### **5.6.1. Hubungan Umur dengan Kejadian Tuberculosis**

Berdasarkan tabel 5.8 dapat disimpulkan bahwa dari 69 responden dengan katagori kasus yang terbagi dalam kelompok Umur Lansia sebanyak 31 responden (44.9%), dan Kelompok Umur Muda-Dewasa sebanyak 38 responden (55.1%). Sedangkan dengan katagori kontrol juga terdapat 69 responden yang terbagi dalam kelompok Umur Lansia sebanyak 31 responden (44.9%), dan kelompok Umur Muda-Dewasa sebanyak 38 responden (55.1%) dan di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

Berdasarkan Hasil Uji Statistik dengan Uji Chi-Square diperoleh hasil dengan nilai P Value = 1.000 ( $P > 0.05$ ) sehingga dapat disimpulkan  $H_a$  ditolak, dengan arti lain tidak ada hubungan bermakna antara Umur dengan kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya pada Tahun 2012.

Dari hasil uji Statistik dengan melihat Odds Ratio maka diperoleh nilai OR=1.000 (CI : 0.511-1.956), maka dapat disimpulkan bahwa Umur Lansia bukan merupakan faktor risiko terjadinya Tuberculosis, di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

Harjaningrum (2004), Kejadian Tuberculosis paru sangat berhubungan dengan Lingkungan dan prilaku, dimana aspek lingkungan mempengaruhi kejadian dan penularan Tuberculosis paru, sedangkan prilaku sangat mempengaruhi tentang kepatuhan minum obat penderita, namun aspek lain hanya merupakan faktor tidak langsung untuk terjadinya Tuberculosis paru.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Purnomo (2008) yang menyatakan bahwa yang paling berkepentingan dan

berperan untuk terjadinya suatu penyakit dalam tubuh manusia memiliki karakteristik yang sangat berpengaruh yaitu jenis kelamin, ras, pekerjaan, kebiasaan hidup dan kebiasaan sosial.

Penyakit TB-Paru paling sering ditemukan pada usia muda atau usia produktif (15 – 50) tahun. Dewasa ini dengan terjadinya transisi demografi menyebabkan usia harapan hidup lansia menjadi lebih tinggi. Pada usia lanjut lebih dari 55 tahun sistem imunologis seseorang menurun, sehingga sangat rentan terhadap berbagai penyakit, termasuk penyakit TB-Paru (Hiswani, 2000).

Insidensi tertinggi tuberkulosis paru biasanya mengenai pada usia dewasa muda, pada usia produktif, yaitu umur 15 – 44 tahun (Crofton, 2002). Berdasarkan penelitian kohort Gustafson, et all (2004) terdapat suatu efek dosisrespon, yaitu semakin tua umur akan meningkatkan risiko menderita tuberkulosis dengan odds rasio pada usia 25-34 tahun adalah 1, 36 dan odds rasio pada kelompok umur > 55 tahun adalah 4,08. Di Indonesia sendiri diperkirakan 75% penderita TB paru adalah kelompok usia produktif (Depkes, 2006). Usia yang lebih tua, melebihi 60 tahun, memiliki 4-5 kali risiko terinfeksi tuberkulosis, karena adanya defisit imun seiring dengan bertambahnya umur (Rao, 2009), Namun, berdasarkan penelitian meta analisis Guzman (1999) tidak ada perbedaan gejala klinis dan evaluasi diagnostik pada penderita TB dengan usia tua (>60tahun) dan penderita TB dengan usia muda.

Namun Beberapa faktor resiko penularan penyakit tuberkulosis di Amerika yaitu umur, jenis kelamin, ras, asal negara bagian, serta infeksi AIDS. Dari 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 (Prabu, 2008).

Penelitian waskito (2009) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian penyakit Tuberculosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Ulu Palembang yang menunjukkan bahwa nilai Chi Square adalah 2.121 ( $P > 0,05$ ). Hal ini berarti Tidak ada hubungan antara umur responden dengan kejadian penyakit Tuberculosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Ulu Palembang.

Penelitian yang sama di lakukan oleh Riswan (2007), tentang Faktor yang mempengaruhi Tuberculosis primer pada balita di depok, hasil dari penelitian ini memperolah hasil bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan kejadian Tuberculosis primer di depok, dengan OR=1.237, dan P value 1.001.

Berdasarkan analisis peneliti, seiring dengan perkembangan dan peningkatan pengetahuan masyarakat Nagan Raya, khusus nya pengetahuan tentang Tuberculosis, sehingga tingkat umur merupakan sebuah masa untuk mengetahui tentang pengetahuan tersebut, pada usia 15-40 tahun mereka yang sudah banyak mengetahui tentang gejala, penularan, pengobatan dan pencegahan tentang Tuberculosis.

Penderita Tuberculosis diKabupaten Nagan Raya pada umumnya didapatkan pada usia Muda-Dewasa, hal ini merupakan masa yang masih aktif dengan tingkat Imunitas yang masih tinggi, berbeda dengan lansian dan anak-anak, dari itu tidak hubungan Umur dengan Kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

### **5.6.2. Jenis Kelamin**

Berdasarkan tabel 5.9 dapat disimpulkan bahwa dari 69 responden dengan katagori kasus yang terbagi dalam kelompok Jenis kelamin Laki-laki sebanyak 46 responden (66.7%), dan Kelompok kelompok Jenis Kelamin Perempuan sebanyak 23 responden (33.3%). Sedangkan dari 69 dengan katagori kontrol terdapat 46 responden (66.7%) dengan Jenis kelamin Laki-laki, dan 23 responden (33.3%) Jenis kelamin Perempuan, di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

Berdasarkan Uji Chi Square diperoleh hasil dengan nilai p Value =1.000 ( $P > 0.05$ ), maka dapat disimpulkan bahwa Ha ditolak, artinya tidak ada hubungan antara Jenis Kelamin dengan kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

Dari hasil uji Statistik dengan melihat Odds Ratio maka diperoleh nilai OR=1.000 (CI : 0.493-2.030), maka dapat disimpulkan bahwa Jenis Kelamin Laki-laki bukan merupakan faktor risiko terjadinya Tuberculosis, di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Subari dkk (2004) yang menyatakan hal-hal yang terjadinya penyakit pada manusia antara lain:

1. Umur, ras, kelompok etnik (suku) hubungan keluarga
2. Anatomi tubuh
3. Fungsi fisiologis tubuh
4. Status kesehatan
5. Kebiasaan hidup dan kehidupan Sosial

### **5.6.3. Pekerjaan**

Menurut Ruswanto (2002), Jenis Kelamin Merupakan hal yang tidak berpengaruh secara signifikan untuk terjadinya TB paru, yang dikarenakan aspek Penularan yang sangat berat pada siapa saja, tergantung kontaminasi dengan Kuman Mycobakterium Tuberculosis.

Penyakit TB-Paru cenderung lebih tinggi pada jenis kelamin laki-laki dibandingkan perempuan. Menurut WHO, sedikitnya dalam periode setahun ada sekitar 1 juta perempuan yang meninggal akibat TB-Paru, dapat disimpulkan bahwa pada kaum perempuan lebih banyak terjadi kematian yang disebabkan oleh TB-Paru dibandingkan dengan akibat proses kehamilan dan persalinan. Pada jenis kelamin laki-laki penyakit ini lebih tinggi karena merokok tembakau dan minum alkohol sehingga dapat menurunkan sistem pertahanan tubuh, sehingga lebih mudah terpapar dengan agent penyebab TB-Paru (Hiswani, 2000).

Hampir tidak ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan sampai pada umur pubertas. Namun, menurut penelitian Gustafon P.,et al (2004) menunjukkan bahwa laki-laki mempunyai risiko 2,58 kali untuk menderita tuberkulosis dibandingkan dengan wanita. Mungkin hal ini berhubungan interaksi sosial. Walaupun insiden tuberkulosis paru pada wanita lebih rendah dari pada pria, perkembangan infeksi TB paru menjadi penyakit TB paru pada wanita lebih cepat dibandingkan dengan pria (WHO, 2005).

Penelitian Arini (2010) tentang Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian Tuberculosis TB paru di puskesmas Pakis Surabaya dengan Pengambilan sampel kasus dilakukan secara Accidental Sampling dan Simple Random Sampling untuk kelompok kontrol. Analisis data menggunakan uji  $\chi^2$  (Chi

Square) dan menghitung nilai Odds Ratio (OR) untuk mengetahui faktor risiko dengan kejadian tuberkulosis paru. Hasil penelitian didapatkan kejadian tuberkulosis paru tidak mempunyai hubungan bermakna dengan jenis kelamin dengan nilai p value 0,95 berati P value > 0,05.

Penelitian serupa juga dilakukan oleh Marlita (2006), tentang Faktor yang mempengaruhi TB paru, di kecamatan Telung, dengan menggunakan metode Kasus Kontrol, diperoleh hasil OR=1.139, dan Nilai P Value =1.331, hal ini menunjukkan tidak ada hubungan dan peningkatan risiko antara jenis Kelamin dengan kejadian TB paru.

Pada umumnya Penderita Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya banyak diderita pada Jenis Kelamin Laki-laki, hal ini tingkat interaksi social masyarakat Nagan Raya Lebih tinggi pada kaum Laki-laki.

Menurut peneliti bedasarkan keadaan penderita di Kabupaten Nagan raya Jenis Kelamin tidak terjadi pembatasan dalam melakukan sesuatu dan mendapatkan sesuatu, dalam hal ini termasuk pemenuhan gizi masyarakat yang dapat mengurangi risiko Tuberculosis, selain itu juga pelayanan tidak tidak mesti di utamakan pada sesuatu pihak namun dengan perlakuan yang sama, dari budaya seperti itu maka bisa dikatakan Jenis Kelamin tidak berhubungan dengan kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

#### **5.6.4. Pendidikan**

Berdasarkan tabel 5.10 dapat disimpulkan bahwa dari 69 responden dengan katagori kasus yang memiliki Tingkat Pendidikan Kurang Baik sebanyak 37 responden (53.6%), dan Tingkat Pendidikan Baik sebanyak 32 responden

(46.4%). Sedangkan dari 69 dengan katagori kontrol terdapat 37 responden (53.6%) dengan Tingkat Pendidikan Kurang Baik, dan 32 responden (46.4%) dengan Tingkat Pendidikan Baik, di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

Berdasarkan Uji Chi Square diperoleh hasil dengan nilai p Value =1.000 ( $P > 0.05$ ), maka dapat disimpulkan bahwa Ha ditolak, artinya tidak ada hubungan antara Tingkat Pendidikan dengan kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya, Tahun 2012.

Dari hasil uji Statistik dengan melihat Odds Ratio maka diperoleh nilai OR=1.000 (CI : 0.512-1.953), maka dapat disimpulkan bahwa Tingkat Pendidikan kurang Baik bukan merupakan faktor risiko terjadinya Tuberculosis, di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

Menurut Notoadmodjo (2007), tingkat pendidikan bukan sebuah jaminan untuk terhindar dari penyakit, terkadang pendidikan tinggi juga dapat terjadinya suatu penyakit, begitu juga sebaliknya.

Penelitian ini diperkuat dengan teori oleh Aji (2000), bahwa tingkat pendidikan merupakan faktor derajat untuk mencari pekerjaan, namun tidak berarti untuk terjadinya penyakit Tuberculosis.

Hasil Penelitian ini sesuai dengan penelitian Sulastomo (2008) dengan Jenis penelitian observasional dengan rancangan kasus kontrol. Metode analisis data menggunakan analisis univariat dan bivariat dengan hasil penelitian Faktor pendidikan tidak mempunyai hubungan bermakna dengan kejadian TB Paru BTA+. Hasil analisis statistik diperoleh nilai  $p= 0,100$  lebih besar dari

alfa=0,05.2) Seluruh responden pada kelompok kasus maupun kelompok kontrol, tidak ada suspek penderita TB Paru seluruh, sehingga tidak dianalisis.

Berdasarkan fakta yang ada di Kabupaten Nagan Raya, tingkat pendidikan yang tinggi memiliki tingkat Mobilisasi dan aktivitas yang tinggi, hal ini akan mudah terserang Kuman Mycobakterium Tuberculosis, ketika yang tingkat pendidikan kurang baik, maka aktivitasnya di daerah terdekat tanpa banyak bertemu dengan sumber-sumber penyakit di lingkungan lain dan orang lain.

Penderita Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya sudah banyak yang memiliki tingkat pendidikan Baik, hal itu juga berdampak pada pengetahuan masyarakat tentang Tuberculosis.

#### **5.6.5. Pekerjaan**

Berdasarkan tabel 5.11 dapat disimpulkan bahwa dari 69 responden dengan katagori kasus yang memiliki Pekerjaan Mendukung terjadinya Tuberculosis sebanyak 48 responden (69.6%), dan Pekerjaan yang Tidak Mendukung terjadinya Tuberculosis sebanyak 21 responden (30.4%). Sedangkan dari 69 dengan katagori kontrol terdapat 33 responden (47.8%) dengan Pekerjaan Mendukung terjadinya Tuberculosis, dan 36 responden (52.2%) dengan Pekerjaan Tidak mendukung Terjadinya Tuberculosis, di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

Dari hasil olah statistik dengan Uji Chi Square diperoleh hasil dengan nilai P Value = 0.016 ( $P < 0.05$ ), maka dapat disimpulkan bahwa  $H_a$  diterima artinya ada Hubungan yang bermakna antara Pekerjaan dengan Kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

Dari hasil uji statistik dengan melihat Odds Ratio maka diperoleh nilai OR=2.494 (CI : 1.242-5.007), maka dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan Risiko Pekerjaan Mendukung terjadinya kejadian Tuberkulosis sebanyak 2.494 kali dibandingkan dengan Pekerjaan tidak Mendukung Terjadinya Tuberculosis, di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Soeyono,dkk, 2001) bahwa Penyakit TBC mudah diderita seseorang yang bekerja atau tinggal dalam waktu yang lama di lingkungan yang udaranya tidak bersih, mengkonsumsi makanan dan minuman yang tidak baik serta mempunyai beban yang terlalu meletihkan. Hal ini diperkuat dengan penyelidikan lain yang menyebutkan bahwa peningkatan kasus pada pekerja tambang, buruh kasar, pekerja yang terpapar debu asbes dan silica, pekerja bar, serta pekerja laboratorium juga sangat rentan terpapar penyakit TBC (Yoga, 2000).

Berdasarkan Undang-Undang No 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja pada Pasal 1 menyatakan bahwa tempat kerja ialah tiap ruangan atau lapangan, tertutup atau terbuka, bergerak atau tetap, dimana tenaga kerja, atau yang sering dimasuki tenaga kerja untuk keperluan suatu usaha dan dimana terdapat sumber-sumber bahaya. Termasuk tempat kerja ialah semua ruangan, lapangan, halaman dan sekelilingnya yang merupakan bagian-bagian atau yang berhubungan dengan tempat kerja tersebut.

Pekerjaan yang dilakukan akan memiliki dampak yang negative yang ditinjau dari aspek kesehatan, oleh karena itu diperlukan Alat Pelindung Diri (APD) yang seperangkat alat yang digunakan oleh tenaga kerja untuk melindungi

seluruh/sebagian tubuhnya terhadap kemungkinan adanya potensi bahaya/kecelakaan kerja (Mujianto, 2011).

Jenis pekerjaan menentukan faktor risiko apa yang harus dihadapi setiap individu. Bila pekerja bekerja di lingkungan yang 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 (Prabu, 2008).

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 dibawah UMR akan mengkonsumsi makanan dengan kadar gizi yang tidak sesuai dengan kebutuhan bagi setiap anggota keluarga sehingga mempunyai status gizi yang kurang dan akan memudahkan untuk terkena penyakit infeksi diantaranya TB Paru. Dalam hal jenis kontruksi rumah dengan mempunyai pendapatan yang kurang maka kontruksi rumah yang dimiliki tidak memenuhi syarat kesehatan sehingga akan mempermudah terjadinya penularan penyakit TB Paru (Prabu, 2008).

Penelitian mengenai Pekerjaan juga pernah di lakukan oleh Sutrisno (2008) tentang Hubungan Pekerjaan dengan kejadian Tb paru droup Out di Kota Depok Jakarta dengan menggunakan metode Diskriptif Analitik dengan metode Cross Sectional yang dilakukan pada responden sejumlah 46 orang menghasilkan

nilai P value 0.350 ( $P > 0.05$ ) artinya tidak ada hubungan antar Pekerjaan dengan kejadian TB Paru di kota Depok.

Penelitian Rusnoto (2009) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian TB Paru di Depok I Nangulan Yogyakarta dengan Hasil analisa statistik menunjukkan adanya hubungan yang bermakna pekerjaan dengan kejadian TB Paru dengan hasil odds ratio (OR) sebesar 3,816 dengan 95 % Confidence Interval (CI) 1,701 – 8,558, dengan nilai p = 0,001.

Menurut peneliti pekerjaan memang merupakan faktor risiko merupakan faktor langsung dan tidak langsung untuk terjadinya Tuberculosis, hal ini bisa dilihat pada penderita dengan pekerjaan yang berhubungan dengan asap dan debu.

Berdasarkan budaya Responden di Kabupaten Nagan Raya, Usia Produktif itu dituntut untuk memenuhi kebutuhan keluarga, selain itu juga Jenis pekerjaan yang terbatas membuat masyarakat nagan raya tidak dapat memilih-milih pekerjaan yang penting dapat memenuhi kebutuhan hidup dia dan keluarga, yang hasilnya juga tanpa memperhatikan dengan risikio terjadinya suatu penyakit khususnya Tuberculosis dengan asumsi sakit itu akan di rasakan nanti dan kebutuhan sekarang.

Penderita Kabupaten Nagan Raya banyak yang bekerja di daerah yang memiliki risiko kejadia Tuberculosis, seperti di Pabrik perkebunan sawit, Tempat Pencetakan Bata, dan di tempat-tempat terbuka lainnya.

Pekerja di Kabupaten Nagan Raya ketika bekerja tidak menggunakan alat pelindung diri dalam hal ini masker untuk melindungi masuknya zat asing ke dalam rongga pernafasan.

### **5.6.6. Pengetahuan**

Berdasarkan tabel 5.12 dapat disimpulkan bahwa dari 69 responden dengan katagori kasus yang memiliki Pengetahuan Kurang Baik sebanyak 26 responden (37.7%), dan Pengetahuan Baik sebanyak 43 responden (62.3%). Sedangkan dari 69 dengan katagori kontrol terdapat 39 responden (56.5%) dengan Pengetahuan Kurang Baik, dan 30 responden (43.5%) dengan Pengetahuan Baik, di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

Berdasarkan hasil Uji Chi Square maka diperoleh hasil dengan nilai P Value = 0.027 ( $P < 0.05$ ), maka dapat disimpulkan bahwa Ha diterima artinya ada Hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan Kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

Dari hasil uji statistik dengan melihat Odds Ratio maka diperoleh nilai OR=2.278 (CI : 1.088-4.248), maka dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan Risiko Pengetahuan Kurang Baik untuk Terjadinya Kejadian Tuberculosis sebanyak 2.278 kali dibandingkan dengan Pengetahuan Baik, di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Darmaji (2002), Perkembangan penyakit TBC selain disebabkan oleh status gizi masyarakat yang buruk juga karena Krisis Ekonomi dan sulitnya mendapatkan pekerjaan yang tetap dan juga rendahnya pengetahuan penderita untuk mengobati penyakit ke pusat pelayanan kesehatan.

Menurut Harjaningrum (2004), kasus penularan TBC pada anak-anak dari orang dewasa sering terjadi dan jarang terdeteksi, hal ini juga disebabkan karena pengetahuan masyarakat yang masih rendah mengenai penyakit TBC terutama

cara penularannya menyebabkan kewaspadaan terhadap adanya sumber penularan di lingkungan tempat tinggal berkurang. Risiko penularan penyakit TBC lebih besar karena kurangnya pengetahuan penderita untuk mengobati penyakitnya secara teratur sehingga kuman Mycobakterium Tuberculosis tetap aktif.

Penelitian Sufianti (2010) tentang Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tuberculosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Poasia kota Kendari dengan menggunakan metode penelitian deskriptif-analitik dengan pendekatan cross sectional. Sampel pada penelitian ini adalah 165 suspek TB Paru BTA (+) yang ada di wilayah kerja Puskesmas Poasia Kota Kendari Tahun 2010. Analisis dilakukan dengan uji chi square dan uji regresi logistik dengan menggunakan SPSS for Windows versi 15. Hasil penelitian berdasarkan uji chi square menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan ( $p=0,039 < 0,05$ ), dengan kejadian TB Paru BTA (+).

Menurut peneliti hubungan pengetahuan dengan kejadian Tuberculosis memang berhubungan yang didasarkan pada pengetahuan tentang hal-hal yang dapat proses terjadinya penularan Tuberculosis, begitu juga dengan pengenalan gejala penderita yang berinteraksi dengan penderita sehingga dapat terinfeksi. pengenalan gejala, dan tindak lanjuti penyakit Tuberculosis kearah yang salah yang dikarenakan kurangnya pengetahuan terkait Tuberculosis mengakibatkan peningkatan risiko bertambahnya penularan Tuberculosis khusus nya di Kabupaten Nagan Raya.

Pengetahuan juga berperan penting dari pada Kontrol dengan melakukan protektif terkait penularan Tuberculosis dari seseorang, hal ini masih banyak masyarakat Nagan Raya yang belum mengetahui hal tersebut sehingga sangat

mungkin terjadinya Tuberculosis baik itu pada laki-laki dan perempuan. pengetahuan masyarakat juga berdampak pada kepatuhan dan pengawasan minum obat, jadwal lamanya minum obat dan kedisiplinan minum obat, dengan kurang mengetahui tingkat resistensi obat Tuberculosis.

Berdasarkan fakta dilapangan Kabupaten Nagan Raya, kejadian Tuberculosis itu terjadi bukan disebabkan oleh kuman mykrobakterium Tuberculosis, mellainkan dengan ulah manusia lain dengan kata Turbok, hal ini mengabaikan gejala dan penularan dari penderita tersebut, sehingga berisiko tertularnya Tuberculosis.

Selain itu, Konsultasi yang dilakukan oleh masyarakat nagan raya juga kepada dukun, bukan dokter sehingga dapat menularkan kepada orang lain. dan juga orang yang merawat penderita juga berisiko dengan tidak mengetahui gejala, proses penularan dan pencegahan.

#### **5.6.7. Sosial Ekonomi**

Berdasarkan tabel 5.13 dapat disimpulkan bahwa dari 69 responden dengan katagori kasus yang memiliki Tingkat Sosial Ekonomi Rendah sebanyak 30 responden (43.5%), dan Tingkat Sosial Ekonomi Tinggi sebanyak 39 responden (56.4%). Sedangkan dari 69 dengan katagori kontrol terdapat 44 responden (63.8%) dengan Tingkat Sosial Ekonomi Rendah, dan 25 responden (36.2%) dengan Tingkat Sosial Ekonomi Tinggi, di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

Berdasarkan hasil Uji Chi Square di peroleh P Value dengan nilai 0.026 ( $P < 0.05$ ) maka dapat disimpulkan bahwa  $H_a$  diterima artinya ada hubungan antara Tingkat Sosial Ekonomi dengan kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

Dari hasil uji statistik dengan melihat Odds Ratio maka diperoleh nilai OR=0.437 (CI : 0.221-0.866), maka dapat disimpulkan bahwa adanya risiko yang menurun peningkatan paparan (protektif) Tingkat Sosial Ekonomi rendah dengan Kejadian Tuberculosis sebanyak 0.437 kali di bandingkan dengan Sosial Ekonomi Tinggi, di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012.

Hasil Penelitian ini sesuai dengan teori Noor (2008), Status Ekonomi sangat erat hubungannya dengan pekerjaan dan jenis pekerjaan serta besarnya pendapatan keluarga juga berhubungan dengan lokasi tempat tinggal, kebiasaan hidup keluarga termasuk kebiasaan makan, jenis rekreasi keluarga dan lain sebagainya. Status sosial ekonomi juga erat hubungannya dengan psikologis individu dan keluarga dalam masyarakat.

Penyakit TBC masih masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia dan menjadi penyebab kematian ke 3 setelah penyakit jantung. Penyakit ini dapat menyerang masyarakat, namun 70 % dialami oleh keluarga dari golongan ekonomi rendah (Soemantri, 2003).

Kemiskinan (sosial ekonomi rendah) merupakan keadaan keadaan yang mengarah pada perumahan yang terlampau padat atau kondisi kerja yang buruk. Keadaan ini dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga memudahkan terjadinya infeksi. Orang yang hidup engan kondisi ini juga sering mengalami gizi buruk karena tidak mampuan menyediakan makanan bergizi akibat renahnya penghasilan. Kompleks kemiskinan seluruhnya ini memudahkan TB berkembang menjadi penyakit (Crofton, 2002).

Mayoritas responden yang memiliki sosial ekonomi yang rendah. Semakin rendah tingkat sosial ekonomi maka semakin rendah pula kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan keluarga baik primer, sekunder maupun tersier, termasuk didalamnya penyediaan makanan bergizi, lingkungan rumah yang sehat, serta pemeliharaan status kesehatan. Hal ini sangat berpengaruh bagi jasmani, rohani dan sosial sehingga bila kebutuhan tersebut tiak terpenuhi maka dapat menurunkan status kesehatan dimana daya tahan tubuh menurun sehingga mudah terserang penyakit TBC.

Penelitian Sumari (2008) tentang hubungan Sosial Ekonomi dengan angka kejadian Tuberculosis Paru BTA positif di Puskesmas Sedati dengan hasil uji statistik chi square dengan tingkat signifikan = 0,01 dan derajar kebebasan ( $fd$ ) = 2 diperoleh hasil hitung  $\chi^2$  hitung = 6,0 dan  $\chi^2$  tabel = 0,103. Dengan hasil  $\chi^2$  hitung  $\chi^2$  tabel tersebut maka didapatkan hubungan yang bermakna antara sosial ekonomi dengan angka kejadian Tuberculosis Paru BTA positif. Terdapatnya hubungan antara sosial ekonomi dengan angka kejadian Tuberculosis Paru BTA positif kemungkinan disebabkan karena sebagian besar masyarakat dengan tingkat Sosial Ekonomi rendah menderita Tuberculosis Paru BTA positif berat, dimana pada golongan masyarakat ini, kebanyakan berpenghasilan rendah sehingga tidak mampu memenuhi kecakupan gizi, serta menciptakan rumah sehat atau kebiasaan batuk dan meludah disembarang tempat. Kondisi demikian dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga memudahkan seseorang menerima atau tertular penyakit Tuberculosis Paru.

Menurut peneliti, tingkat Sosial Ekonomi masyarakat nagan raya berhubungan dengan kejadian Tuberculosis, hal ini dilihat dengan perkembangan kabupaten nagan raya, membuat pemanfaatan uang untuk hal-hal yang bersifat sekunder dan tersier, bukan pemenuhan kebutuhan gizi keluarga.

Sealain itu juga Tingkat Sosial Ekonomi yang rendah di Kabupaten nagan raya membuat tabu yang dinamakan pengobatan ke dokter dengan alasan tidak ada biaya untuk proses berobat, hal ini mengakibatkan berhubungan antara Sosial Ekonomi dengan kejadian Tuberculosis.

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.3. Kesimpulan**

- 6.1.1. Tidak ada hubungan Umur dengan kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012 dengan nilai P Value = 1.000. OR=1.000, (CI : 0.511-1.956).
- 6.1.2. Tidak ada hubungan Jenis Kelamin dengan kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012 dengan nilai P Value = 1.000. OR=1.000, (CI : 0.493-2.030).
- 6.1.3. Tidak ada hubungan Pendidikan dengan kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2012 dengan nilai P Value = 1.000. OR=1.000, (CI : 0.512-1.953).
- 6.1.4. Ada hubungan Pekerjaan dengan kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya tahun 2012 dengan nilai P Value = 0.016. OR=2.494, (CI : 1.242-5.007).
- 6.1.5. Ada hubungan Pengetahuan dengan kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya tahun 2012 dengan nilai P Value = 0.027. OR=2.278, (CI : 1.088-4.248).
- 6.1.6. Ada hubungan Sosial Ekonomi dengan kejadian Tuberculosis di Kabupaten Nagan Raya tahun 2012 dengan nilai P Value = 0,026. OR=0,437, (CI : 0.221-0.866).

#### **6.4. Saran - Saran**

- 6.2.1. Diharapkan Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya khususnya di bagian P2P&PL agar meningkatkan penemuan kasus suspek di Kabupaten Nagan Raya.
- 6.2.2. Petugas P2P&PL untuk lebih memberikan dorongan kepada pasien atau penderita Tuberculosis yang ada di Kabupaten Nagan Raya.
- 6.2.3. Meningkatkan penyuluhan oleh Dinas Kesehatan terhadap masyarakat tentang bahaya penyakit Tuberculosis sehubungan resiko penularan yang sangat cepat dan luas.

## DAFTAR PUSTAKA

- Budiarto, Eko. 2002. **Biostatistika Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat.** Jakarta: ECG.
- Depkes RI, 2008, **Profil Kesehatan Indonesia 2007.** Jakarta.
- Depkes RI, 2009, **Profil Kesehatan Indonesia 2008.** Jakarta.
- Depkes. 2006. **Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis.** Gerdunas-tb.
- Direktorat Jendral Pembinaan Hubungan Industrial dan Jaminan Sosial Tenaga Kerja. **Upah Minimum Pekerja 2012.** SK Gubernur No. 76, Tahun 2011, NAD.
- Fakhrurrozie. Posted on Juli 31, 2009. **TBC Paru Penyakit Masyarakat Yang Masih Memasyarakat.** Acces 18 juni 2012.
- Ikatan Dokter Indonesia, Cabang Jakarta Barat. 2009. **Indonesia Menempati Ranking III Terbanyak Jumlah Kasus TBC.** the Jurnal tb Indonesia.
- Irawan, Handri. 2007. **Hubungan antara Tuberculosis dengan Merokok dan Polusi Udara.** Dalam : <http://drhandri.blogspot.com/2007/01/hubungan-antara-tuberculosis-dengan.html>. Akses 22 Juni 2012.
- Kemenkes RI. Posted 19 April 2012, **TBC Masalah Kesehatan Dunia.** Akses 18 Juni 2012.
- Kemenkes. 2010. **TB di Indonesia Peringkat ke 5,** dalam <http://www.ppti.info/index.php/component/content/article/46-arsip-ppti/141-tbc-di-indonesia-peringkat-5-dunia>. Akses 21 Juni 2012.
- Menteri kesehatan republik Indonesia. 2011. **Strategi Nasional Pengendalian TB di Indonesia 2010-2014 Nomor 565/Menkes/Per/III/2011.** Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Noor, Nur Nasry. 2008. **Epidemiologi.** Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoadmodjo, Soekidjo. 2007. **Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni.** Jakarta : Rineka Cipta.
- Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia. 2006. **Jurnal Tuberculosis Indonesia.**
- Permatasari, Amira. 2005. **Pemberantasan Penyakit TB paru dan Strategi DOTS.** Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara.

Pratiwi, Lisa. **Desain Studi Epidemiologi**, dalam: <http://lisapratwi.students-blog.undip.ac.id/2010/11/08/desain-studi-epidemiologi/>. Akses 21 juni 2012.

Price, Wilson. 2005. **Patofisiologis Konsep Klinis Proses-proses Penyakit**. Jakarta: ECG.

Ruswanto, Bambang. **Analisis Spasial Sebaran Kasus Tuberkulosis Paru Ditinjau Dari Faktor Lingkungan Dalam dan Luar Rumah Di Kabupaten Pekalongan**. Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang 2010.

Sastroasmoro, Ismael. 2011. **Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis**. Jakarta: Sagung Seto.

Sudrajat, Akhmad. **Definisi Pendidikan Menurut UU No. 20 Tahun 2003**. Dalam : <http://akhmadsudrajat.wordpress.com/2010/12/04/definisi-pendidikan-definisi-pendidikan-menurut-uu-no-20-tahun-2003-tentang-sisdiknas/>. Akses 22 Juni 2012.

**Tempat Kerja dan Potensi Bahaya** , dalam : <http://www.reocities.com/HotSprings/4530/tbc.html>. Akses 21 juni 2012.

UU No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan. **Bicara Jam Kerja Dalam UU**. Dalam <http://www.surabayapagi.com/index.php?3b1ca0a43b79bdfd9f9305b812982962ec8cad542d616084ec49f29736c433b2>. Akses 22 Juni 2012.