

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN TB PARU DI WILAYAH KOTA TIDORE

Ilyas Ibrahim
(FKM Universitas Bumi Hijrah Maluku Utara)
E-mail: kerajaan_tidore@yahoo.co.id

ABSTRAK

Tuberkulosis paru adalah suatu penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman *mycobacterium tuberculosis*. Tuberkulosis masih menjadi masalah kesehatan global utama karena menyebabkan gangguan kesehatan antara jutaan orang setiap tahun dan menjadi penyebab utama kedua kematian akibat penyakit menular di seluruh dunia setelah HIV/AIDS. Indonesia menduduki peringkat ketiga setelah India, dan Cina. Jumlah kasus baru sekitar 539.000 setiap tahunnya dan jumlah kematian sekitar 101.000 per tahun. TB Paru adalah salah satu penyakit menular yang prevalensinya masih cukup tinggi di Maluku Utara Kasus baru tuberkulosis paru di Propinsi Maluku Utara berdasarkan laporan dari tiap kabupaten terlihat ada peningkatan kasus tuberkulosis paru dari tahun ketahun, diantaranya dilihat dari cakupan penemuan penderita tuberkulosis BTA positif atau Case Detection Rate(CDR). Tujuan penelitian ini adalah menganalisis beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian TB Paru diwilayah Kota Tidore Kepulauan. Teknik pengambilan sampel penelitian ini menggunakan *Accidental sampling*. Pengambilan data dengan dokumentasi, kuesioner, dan observasi dengan analisis data *univariate dan bivariat*. Hasil Penelitian bahwa ada dua variable yang berpengaruh dengan kejadian TB Paru yaitu variable pengetahuan dengan hasil $p\text{-value} = 0.002$ dan kebiasaan merokok dengan $p\text{-value}=0.004$. Sedangkan tiga variable lain tidak berpengaruh diantaranya variable Status gizi dengan hasil $p\text{-value} = 0.789$, pencahayaan dengan hasil $p\text{-value}=0.422$, serta ventilasi dengan hasil $p\text{-value}=1.000$.

Kata Kunci: Tuberkulosis paru, pengetahuan, status gizi, kebiasaan merokok, pencahayaan, ventilasi.

PENDAHULUAN

Pada tahun 1993 World Health Organization (WHO) menyatakan TB (tuberculosis) sebagai suatu problema kesehatan masyarakat yang sangat penting dan serius di seluruh dunia dan merupakan penyakit yang menyebabkan kedaruratan global (*Global Emergency*) karena pada sebagian besar negara di dunia penyakit TB paru tidak terkendali, ini disebabkan banyaknya penderita yang tidak berhasil disembuhkan, dan tidak dapat mengendalikan penyakit TB ini disebabkan banyak penderita yang tidak berhasil ditemukan. Serta sebagai penyebab utama kematian yang diakibatkan oleh penyakit infeksi. (Depkes RI, 2008).

Indonesia menduduki peringkat ketiga setelah India, Cina. Jumlah kasus baru sekitar 539.000 setiap tahunnya dan jumlah kematian sekitar 101.000 per tahun. Secara kasar diperkirakan setiap 100.000 penduduk Indonesia terdapat 130 penderita baru tuberkulosis paru BTA (*basilTahan Asam*) positif. (Depkes RI, 2007).

TB Paru adalah salah satu penyakit menular yang prevalensinya masih cukup tinggi di Maluku Utara dan telah mendapatkan perhatian yang sangat serius dalam upaya penanganannya. Indikator yang digunakan untuk program tuberkulosis (TB) antara lain adalah *case detection rate (CDR)*/standar angka penemuan kasus *dan case notification rate (CNR)*. *CDR (case detection rate)* menggambarkan proporsi jumlah pasien baru BTA positif yang ditemukan dan diobati terhadap jumlah pasien baru BTA positif yang diperkirakan ada dalam suatu wilayah. WHO (*World Health Organization*) dan Kementerian Kesehatan menetapkan standar angka penemuan kasus atau CDR (*case detection rate*) untuk TB adalah sebesar 70% Pada tahun 2012, CDR TB di Maluku

Utara baru mencapai 42%, yang mengisyaratkan kemungkinan masih banyak kasus TB dalam populasi yang belum ditemukan (*under reporting*).

CNR adalah angka yang menunjukkan jumlah pasien baru yang ditemukan dan tercatat diantara 100.000 penduduk pada suatu wilayah. Selain CDR (*case detection rate*) dan CNR (*case notification rate*), indikator kinerja program TB lainnya adalah proporsi pasien baru BTA positif. Indikator ini menggambarkan prioritas penemuan pasien TB yang menular di antara seluruh pasien TB paru yang diobati. Angka ini diharapkan tidak lebih rendah dari 65% untuk menunjukkan mutu diagnosis yang baik dan prioritas penemuan pasien yang menular. Proporsi BTA positif diantara semua kasus TB di Maluku Utara untuk tahun 2012 sebesar 72% yang menunjukkan adanya perbaikan mutu diagnosis TB yang telah mengarah lebih baik dibandingkan tahun sebelumnya. (kemenkes RI, 2014).

Kasus baru tuberculosis paru Di Propinsi Maluku Utara berdasarkan laporan dari tiap kabupaten terlihat ada peningkatan kasus tuberculosis paru dari tahun ketahun, diantaranya dilihat dari cakupan penemuan penderita tuberculosis BTA positif atau Case Detection Rate(CDR) pada tahun 2014 sebesar 1006 (1,06 %) penderita, tahun 2015 sebesar 1037 (1,037 %), Serta 256 (0,26 %) di tahun 2016 pada triwulan pertama. Hal ini menunjukkan bahwa di Propinsi Maluku Utara kasus penyakit tuberculosis paru masih tinggi (Data: Dinkes malut, 2016).

Di wilayah kerja puskesmas galala di temukan kasus TB sebanyak 80 dari 17 desa. Desa dengan jumlah kasus tertinggi yaitu Guraping dengan kasus 14 penderita. (Data: Puskesmas Galala.2016).

Penyakit tuberculosis paru yang terjadi pada orang dewasa sebagian besar terjadi pada orang-orang yang mendapatkan infeksi primer pada waktu kecil yang tidak ditangani dengan baik. Beberapa faktor yang erat hubungannya dengan terjadinya infeksi basil tuberculosis adalah adanya sumber penularan, tingkat paparan, virulensi, daya tahan tubuh yang erat kaitannya dengan factor genetik, factor lain, usia, status gizi, perumahan kebiasaan meroko dan lainnya. (Gerdunas, Profil Nasional, 2006-2007) Tujuan penelitian ini adalah Menganalisis faktor yang mempengaruhi kejadian TB Paru diwilayah Tidore Kepulauan dengan menganalisis pengetahuan, status gizi, kebiasaan merokok, pencahayaan, ventilasi.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan desain cross sectional. Sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 60 responden penderita TB yang diperiksa dahak di puskesmas galala kec Oba Utara. Teknik pengambilan sampel yaitu *Accidental sampling* yaitu sampel diambil pada saat penelitian berlangsung. Selain itu menggunakan koesioner dan wawancara, lis observasi untuk mengungkap kejadian dan data sekunder untuk mendukung kebenaran data. Dalam penelitian ini, variable bebas meliputi faktor Pengetahuan, status Gizi, kebiasaan meroko, pencahayaan, serta Ventilasi dan Variabel terikat adalah kejadian TB Paru. Analisis data yang digunakan adalah univariat dan bivariat dengan menggunakan uji chi square

HASIL PENEITIAN

Gambaran Umum

UPTD Puskesmas Galala merupakan salah satu dari Sembilan Puskesmas yang ada di Kota Tidore Kepulauan, yang terletak di desa galala, kecamatan Oba Utara dengan luas wilayah 39 Km² dengan batas wilayah sebagai berikut : Sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Jailolo Selatan, Kabupaten Halmahera Barat, Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Wasilei Selatan, Kabupaten Halmahera Timur, Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Oba Kota Tidore Kepulauan, Sebelah Barat berbatasan dengan perairan Maluku Utara.

Wilayah kerja Puskesmas Rawat Inap Galala terdiri dari dua Kelurahan dan 11 desa, yaitu : kelurahan Guraping dan Kelurahan Sofifi, desa Kayasa, desa Gosale, desa Galala, desa Balbar, desa Bukit Durian, Desa Ampera, desa Akekolano, desa Oba, desa Somahode, desa Gorojou, dan desa Kusu.

Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Galala sebanyak 15.748 jiwa serta 3.605 Kepala Keluarga yang terdiri dari desa dan kelurahan sebagai berikut:

1.	Kelurahan Sofifi	: 1997 Jiwa	(pustu)
2.	Kelurahan Guraping	: 2892 Jiwa	(pustu)
3.	Desa Somahode	: 603 jiwa	(pustu)
4.	Desa Kayasa	: 644 Jiwa	(pustu)
5.	Desa Akekolano	: 942 Jiwa	(pustu)
6.	Desa Oba	: 698 Jiwa	(polindes)
7.	Desa Gorojou	: 832 Jiwa	(polindes)
8.	Desa Kusu	: 1199 Jiwa	(polindes)
9.	Desa Ampera	: 647 Jiwa	(polindes)
10.	Desa Bukit Durian	: 1552 Jiwa	(polindes)
11.	Desa Gosale	: 518 Jiwa	(polindes)
12.	Desa Galala	: 2037 Jiwa	
13.	Desa Balbar	: 1155 Jiwa	

Penelitian ini dilaksanakan di puskesmas. Pengumpulan data dimulai pada tanggal 2 september Sampai tanggal 29 September 2016. Banyaknya sampel yang diperoleh dari penelitian ini berjumlah 60 responden dengan menggunakan teknik *Accidental sampling*.

Karakteristik Subjek Penelitian

Tabel 1. Distribusi respon berdasar jenis kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase
Laki – laki	25	41,7
Perempuan	35	58,3
Total	60	100

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan dari 60 subjek penelitian terdiri dari responden laki-laki sebanyak 25 orang dan Perempuan 35 orang yang diperoleh dengan teknik *Accidental sampling* di Puskesmas Galala.

Tabel 2. Distribusi Responden berdasarkan kelompok umur

Kelompok Umur	Jumlah	Persentase
Usia produktif 15 -45 tahun	22	36.7
Usia Nonproduktif < 15 dan > 45	38	63.3
Total	60	100

Pada tabel. 2 ini dapat dijelaskan bahwa dari 60 subjek penelitian terdiri dari usia produktif antara 15-45 tahun sebanyak 22 orang (36,7%) sementara pada usia non produktif kurang dari 15 dan lebih dari 45 tahun sebanyak 38 orang (63,3%)

Tabel 3. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase
Tinggi (SMA – seterusnya)	19	31.7
Rendah (SD – SMP)	41	68.3
Total	60	100

Pada tabel 3 dapat dilihat masih didominasi Responden yang berpendidikan tingkat Rendah, yaitu sebanyak 41 (68.3 %) responden Sedangkan yang berpendidikan Tinggi sebanyak 19 (31.7 %) Responden. Hal ini menunjukkan bahwa masi bayaknya Responden yang berpendidikan rendah, hingga dalam menyikapi permasalahan kesehatan terutama masalah penyakit TB Paru ini mereka masih merasa kesulitan.

HSIL PENELITIAN

Setelah melalui proses pengumpulan data penelitian kemudian dilakukan pengujian statistik untuk menguji hubungan antar variabel. Berikut ini adalah hasil uji statistik:

Tabel 3. Distribusi Hasil Penelitian

Karakteristik perilaku subjek	n	TB Paru				P	PR	95% CI	Keterangan
		Ya	%	Tidak	%				
Pengetahuan									
Baik	28	8	26,7%	20	66,7%	0,002	5,500	1,813-16,681	Signifikan
Kurang	32	22	73,3%	10	33,3%				
Status Gizi									
Baik	22	12	40%	10	33,3%	0,789	1,33	0,465-3,823	Tdk signifikan
Buruk	38	18	60%	20	66,7%				
Kebiasaan Merokok									
Ya	28	20	66,7%	8	26,7%	0,004	5,60	1,931-17,681	Signifikan
Tidak	32	10	33,3%	22	75,3%				
Pencahayaan									
Baik	38	21	70%	17	56,7	0,422	1,78	0,616-5,165	Tdk signifikan
Buruk	22	9	30%	13	43,3				
Ventilasi									
Baik	41	21	70%	20	66,7	1,000	1,167	0,393-3,468	Tdk signifikan
Buruk	19	9	30%	10	33,3				

Tabel 3 ini menunjukan bahwa ada beberapa variabel yang berpengaruh terhadap kejadian TB Paru diantaranya, pada faktor pengetahuan subjek penelitian proporsi pengetahuan baik pada kelompok psitif TB sebanyak 8 orang (26,7%) lebih sedikit dibanding kelompok dengan pengetahuan kurang baik sebanyak 22 orang (73,3%). Hasil uji statistik diperoleh p-value 0,002 (<0,05) PR 5,500 95%CI 1,813-16,681 artinya ada pengaruh yang sangat signifikan dan pada factor kebiasaan merokok menunjukan bahwa kebiasaan merokok yang psitif TB proporsinya 20 orang (66,7%) lebih banyak dibanding kelompok tidak biasa merokok 10 orang (33,3%) dengan p-value 0,004 (<0,05) PR 5,60 95%CI 1,931-17,681 sehingga ada pengaruh yang sangat signifikan factor kebiasaan mereokok dengan kejadian TB.

Sementara ada beberapa faktor yang tidak signifikan diantaranya pada factor Status Gizi yaitu responden dengan positif Tb memiliki status gizi baik 12 orang (40%) dibanding proporsi kelompok status gizi buruk 18 orang (60%). P-value 0,789(>0,05) PR 1,33 95%CI 0,465-3,823 (tidak signifikan) dan pada factor pencahayaan kelompok positif TB dengan pencahaya baik di rumah yaitu 21 orang (70%) lebih banyak dibanding kelompok pencahayaan yang buruk 9 orang (30%) p-value 0,422 (>0,05) PR 1,78 95%CI 0,616-5,165 (tidak signifikan). Factor lain yaitu ventilasi rumah, pada kelompok positif TB proporsi yang memiliki ventilasi rumah baik sebanyak 21 orang (70%) lebih banyak dibandingkan dengan kelompok yang memiliki ventilasi rumah buruk 9 orang (30%) p-value 1,000 (>0,05) PR 1,167 95%CI 0,393-3,468 (tidak signifk)

PEMBAHASAN

Tuberculosis adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri berbentuk batang yang dikenal dengan nama Mycobacterium Tuberculosis. Penularan bakteri ini dengan cara batuk penderita TB mengeluarkan dahak yang mengandung basil-basil virus

TB parah dan virus yang mengandung dan bertebaran di udara sehingga terhirup orang sehat dan masuk ke paru-paru kemudian mengakibatkan penyakit TB paru dengan berbagai tahapan. TB dapat menular yang tinggal dirumah padat, kurang sinar matahari, dan siklus buruk atau lembab karena bakteri *Micobacterium Tuberculosis* akan dapat menetap lama dan berkembangbiak tapi jikalau banyak udara dan sinar matahari, sirkulasi dan ventilasi baik maka bakteri tidak akan bertahan lama sekitar 1-2 jam.

Mekanisme imun yang utama pada TB adalah respons imun nonspesifik maupun spesifik terhadap antigen yang berasal dari kuman TB. Kuman TB hidup sebagai parasit intrasel, sehingga daya pertahanan tubuh yang terpenting terhadap kuman tersebut dilakukan oleh cellular mediated immunity (CMI) dan delayed type hypersensitivity (DTH). Respons CMI akan menimbulkan akumulasi dan aktivasi makrofag melalui sel limfosit T spesifik, sedangkan DTH akan menghasilkan kerusakan jaringan.

Sebagian besar penderita TB paru primer sembuh dan membentuk granuloma. Granuloma terbentuk bila penderita memiliki respons imun yang baik walaupun sebagian kecil mikobakterium hidup dalam granuloma dan menetap di tubuh manusia dalam jangka waktu yang lama. Granuloma membatasi penyebaran dan multiplikasi kuman. Biasanya 2-10 minggu setelah terinfeksi *M.tb*, respons imun akan menghambat multiplikasi dan penyebaran basil TB lebih lanjut, tetapi beberapa berada dalam keadaan dorman dan tetap hidup selama beberapa tahun. Hal ini disebut sebagai infeksi TB laten dan biasanya uji tuberkulin positif tetapi tidak ada gejala TB aktif dan tidak infeksius. Kuman dari 10% individu yang terkena infeksi TB primer akan berkembang menjadi TB aktif dalam beberapa bulan atau beberapa tahun setelah infeksi.

Akumulasi kuman TB akan menstimulasi fokus inflamasi menjadi granuloma yang ditandai oleh gambaran infiltrat sel mononuklear yang mengelilingi inti epiteloid berdegenerasi dan sel raksasa multinuklear yang disebut lesi tuberkel. Tuberkel ini diliputi fibrin dengan bagian sentralnya menjadi nekrosis kaseosa. Pecahnya tuberkel kaseosa akan menghasilkan kaviti yang menyebabkan sejumlah kuman TB dilepaskan ke dalam sputum. Kemudian kuman TB akan menyebar melalui aliran limfatik menuju kelenjar getah bening hilus / mediastinum dan duktus torasikus atau secara langsung masuk sirkulasi melalui erosi tuberkel ke dalam pembuluh darah (Hpewel, 1988)

Dalam penelitian ini beberapa factor yang diteliti yaitu pengetahuan, status gizi, kebiasaan merokok, pencahayaan dan ventilasi rumah. Penelitian ini dilakukan dengan subyek sebanyak 60 orang yang didapat dengan cara *Accidental sampling* di Puskesmas Galala. wilayah puskesmas ini diambil sebagai tempat penelitian karena pertimbangan angka kejadian TB cukup tinggi. Pada survei awal dirumah responden terlihat bahwa konstruksi bangunan rumah dan higen sanitasi rumah yang kurang baik sehingga kurangnya pencahayaan dan ventilasi yang tidak memadai sementara itu hampir 60% responden memiliki kebiasaan merokok. Konsumsi makanan tidak memenuhi kebutuhan gizi seimbang karena ekonomi responden dibawah rata-rata, hal ini menjadi factor pendukung dalam kejadian TB.

Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukan ada dua factor yang mempengaruhi kejadian TB pada responden yang diteliti. Pertama, factor pengetahuan, pada factor ini berdasarkan hasil uji statistic diperoleh p-value 0,002 ini artinya ada pengaruh yang sangat signifikan antara pengetahuan dengan kejadian TB, sesuai data yang terkumpul bahwa berdasarkan tingkat pendidikan responden dari 60 orang yang pendidikan rendah (SD-SMP) sebanyak 41 orang (68,3%) artinya bahwa dengan pendidikan yang rendah ini tentu respon tidak memiliki pengetahuan yang memadai selain itu dalam wawancara pun menunjukan 52 subyek tidak mengetahui apa itu TB hal ini mengakibatkan perilaku subyek yang tidak memperhatikan factor pemicu terjadinya TB.

Hasil penelitian factor pengetahuan ini searah dengan penelitian Sarce Depo Parrangan, dan Suarnianti 2016 tentang faktor yang berhubungan dengan kejadian tb paru di RSUD Labuang Baji Makassar, penelitian ini menyebutkan bahwa pengetahuan sangat berhubungan dengan TB Paru dengan p-value 0,002 artinya sangat signifikan, sangatlah beresiko jika rendahnya pengetahuan maka seseorang akan berperilaku yang tidak sehat. Kedua, factor yang berpengaruh terjadinya TB dalam penelitian ini adalah

factor kebiasaan merokok. Seorang mantan perokok memiliki peluang lebih besar 2,7 kali untuk terkena TB dibandingkan dengan seseorang yang tidak pernah merokok. Selain itu, standar ekonomi yang masih dibawah rata-rata merupakan salah satu penyebab TB (Kemenkes RI, 2014).

Dalam penelitian ini menunjukkan bahwa kebiasaan merokok ada pengaruh terhadap TB dengan p-value 0,004 dengan risiko sebesar 5,60 kali. Hasil ini searah dengan penelitian Yach D 2000, Melaporkan pajanan perokok sigaret akan meningkatkan resistensi saluran napas dan permeabiliti epitel paru. Hal itu berinteraksi dengan produksi mukosilier yang akan mengganggu kerja silia. Rokok akan mempengaruhi makrofag menurunkan responsif antigen, meningkatkan sintesis elastase dan menurunkan produksi antiprotease. Apabila dipergunakan bersama akan meningkatkan risiko perokok untuk mendapatkan infeksi termasuk TB. Jadi insidens dan beratnya TB berhubungan dengan penggunaan rokok.

Adapun beberapa factor dalam penelitian ini yang tidak berpengaruh pada kejadian TB yaitu factor status gizi. Apabila kualitas dan kuantitas gizi yang masuk dalam tubuh cukup akan berpengaruh pada daya tahan tubuh sehingga tubuh akan tahan terhadap infeksi kuman tuberkulosis paru. Namun apabila keadaan gizi buruk maka akan mengurangi daya tahan tubuh terhadap penyakit ini, karena kekurangan kalori dan protein serta kekurangan zat besi, dapat meningkatkan risiko tuberkulosis paru. Hasil uji statistic menunjukkan Dari 60 responden diperoleh kelompok Gizi Baik sebanyak 22 (36.7 %) responden, dan Gizi Buruk atau kurang Baik sebanyak 38 (63.3 %) responden. Hasil uji statistic di peroleh nilai $p = 0.789$ serta nilai $OR=1.333$ artinya $p > \alpha (0.005)$, sehingga dapat di simpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara faktor Status Gizi dengan kejadian TB Paru.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Felli Philipus Depok yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara status gizi dengan kejadian TB Paru. Selain itu factor lain adalah factor pencahayaan, uji statistic dari 60 responden diperoleh kelompok responden dengan hunian yang memiliki pencahayaan matahari dengan baik sebanyak 38 (63.3 %) responden, dan responden dengan pencahayaan yang kurang baik sebanyak 22 (36.7 %) respon dengan nilai $p = 0.422$ serta nilai $OR=1.784$ artinya $p > \alpha (0.005)$, sehingga dapat di simpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara faktor Pencahayaan Matahari dengan kejadian TB Paru, hasil survey menunjukan kondisi pencahaya dalam rumah responden masi cukup baik.

Cahaya matahari mempunyai sifat membunuh bakteri terutama Mikrobakterium Tuberkulosis. Rumah yang tidak masuk cahaya matahari mempunyai resiko menderita TB Paru sekitar 3-7 di banding dengan rumah yang masuk matahari. Hasil penelitian ini sejalan dengan Putri Permata Sari Denpasar, yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang sangat berarti antara pencahayaan matahari dengan kejadian TB Paru.

Lubang ventilasi selain sebagai tempat keluar masuknya udara juga sebagai lubang pencahayaan dari luar, menjaga aliran udaradi dalam rumah tersebut tetap segar. Disamping itu tidak cukupnya ventilasi akan menyebabkan peningkatan kelembaban ruangan karena terjadinya proses penguapan cairan dari kulit dan penyerapan. Kelembaban ruangan yan tinggi akan menjadi media yang baik untuk tumbuh dan berkembang biaknya bakteri-bakteri patogen termasuk kuman tuberkulosis. Tidak adanya ventilasi yang baik pada suatu ruangan makin membahayakan kesehatan atau kehidupan, jika dalam ruangan tersebut terjadi pencemaran oleh bakteri seperti oleh penderita tuberkulosis atau berbagai zat kimia organik atau anorganik.

Ventilasi berfungsi juga untuk membebaskan udara ruangan dari bakteri-bakteri, terutama bakteri patogen seperti tuberkulosis, karena di situ selalu terjadi aliran udara yang terus menerus. Bakteri yang terbawa oleh udara akan selalu mengalir. Selain itu, luas ventilasi yang tidak memenuhi syarat kesehatan akan mengakibatkan terhalangnya proses pertukaran udara dan sinar matahari yang masuk ke dalam rumah, akibatnya kuman tuberkulosis yang ada di dalam rumah tidak dapat keluar dan ikut terhisap bersama udara pernafasan. Hasil penelitian ini menunjukkan dari 60 responden diperoleh kelompok responden dengan hunian yang memiliki Ventilasi dengan baik sebanyak 41

(68.3 %) responden, dan responden dengan Ventilasi yang kurang baik sebanyak 19 (31.7 %) responden. hasil uji statistic di peroleh nilai p-value 1,000 sehingga dapat di simpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara faktor Ventilasi dengan kejadian TB Paru.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian diatas maka dapat disimpulkan:

1. Ada pengaruh factor pengetahuan dengan kejadian TB Paru p-value 0,002 PR 5,500 95%CI 1,813-16,681
2. Ada pengaruh factor kebiasaan merokok dengan kejadian TB Paru, p-value 0,004 PR 5,60 95%CI 1,931-17,681
3. Tidak ada pengaruh satatus gizi dengan kejadian TB Paru p-value 0,789 PR 1,33 95%CI 0,465-3,823
4. Tidak ada pengaruh pencahayaan dalam rumah dengan kejadian TB Paru p-value 0,422 PR 1,78 95%CI 0,616-5,165
5. Tidak ada pengaruh ventilasi rumah dengan kejadian TB Paru p-value 1,000 PR 1,167 95%CI 0,393-3,468

Saran

1. Perlu dilakukan investigasi terhadap kontak serumah dan tetangga penderita guna menemukan penderita yang belum ditemukan.
2. Meningkatkan program penyuluhan kesehatan dan konseling untuk meningkatkan pengetahuan penyakit tuberkulosis paru tentang tanda dan gejala, cara penularan, cara pencegahan terhadap penderita tuberkulosis paru dan keluarganya oleh petugas kesehatan.
3. Bagi masyarakat; sebagai penghuni atau pemilik rumah atau masyarakat yang sedang dan akan merenovasi atau membangun rumah disarankan agar memperhatikan aspek sanitasi rumah sehat terutama aspek pencahayaan matahari dan ventilasi rumah dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006-2007, *Pedoman Nasional Pengendalian Penyakit Tuberkulosis*.
- Depkes RI. Pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis. Jakarta: Depkes RI; 2008.p.1-72.
- Depkes RI. Dinas Kesehatan Propinsi Maluku, 2016, *Profil Kesehatan Propinsi Maluku Utara*. BALITBANGKES Departemen Kesehatan RI dan BPS. SKRT-1995. Jakarta, 1997; **In1** 32-90.
- Dinkes Maluku Utara, Data 2016
- Gerdunas TB. 2006-2007. Tentang TB. TB di Indonesia. Profile Nasional. indonesia/article/55/000100150017/2, diunduh pada tanggal 2 November 2011
- Hopewell PC, Bloom BR. Tuberculosis and other mycobacterial diseases. In: Murray JF, Nadel JA, editors. Textbook of Respiratory Medicine, 3th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1988.p.1043-105
- Kemenkes RI. 2014. *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Jakarta; Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. <http://spiritia.or.id/dokumen/pedoman-tbnasional2014.pdf> diakses tanggal 15 Mei 2016
- Puskesmas Galala Kota Tidore, Data 2016
- Sarce Depo Parrangan, Suarnianti Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Tb Paru Di Rsud Labuang Baji Makassar
- Yach D. Partnering for better lung health: improving tobacco and tuberculosis control. Int J Tuberc Lung Dis 2000; 4:693-7.