



Determinan Sosial, Ketahanan Pangan, Praktik Hygiene, dan Kondisi Rumah Pasien TB Paru BTA (+) sebagai Faktor Risiko Penularan TB Riwayat Kontak Serumah

Tri Sofiyani✉, Yuni Wijayanti
Universitas Negeri Semarang, Indonesia

Article Info

Article History:
Submitted 16 Februari 2022
Accepted 10 Maret 2022
Published 31 Juli 2022

Keywords:
TB Paru BTA (+), Food Security, Practice Hygiene, Social Determinants

DOI:
<https://doi.org/10.15294/ijphn.v2i2.54916>

Abstrak

Latar Belakang: Berdasarkan data per Desember 2020, terdapat 34,47% dari total 376 kasus TB Paru BTA (+) dan terdapat 206 kasus baru BTA (+) dengan riwayat kontak serumah. Tujuan penelitian untuk mengetahui determinan sosial, ketahanan pangan, praktik hygiene, dan kondisi rumah pasien sebagai faktor risiko kejadian TB Paru BTA (+) dengan riwayat kontak serumah.

Metode: Jenis penelitian menggunakan metode kasus kontrol dengan 74 sampel. Data analisis menggunakan uji Chi-Square dan uji regresi logistik.

Hasil: Berdasarkan hasil bivariat ditemukan bahwa faktor risiko yang terbukti berhubungan dengan kejadian TB Paru BTA (+) adalah tingkat pendidikan, tingkat ketersediaan pangan, stabilitas pangan, kualitas pangan, kebiasaan menjemur alat tidur, kebiasaan membuka jendela rumah, kebiasaan mencuci tangan, luas ventilasi, jenis dinding, dan jenis lantai. Probabilitas responden untuk mengalami kejadian TB Paru BTA (+) berdasarkan analisis multivariabel dengan memiliki faktor risiko tingkat pendidikan yang rendah, tingkat ketersediaan pangan yang buruk, tidak memiliki kebiasaan membuka jendela rumah, tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan, luas ventilasi yang buruk, dan jenis dinding yang tidak memenuhi syarat adalah sebesar 85,2 %.

Kesimpulan: Meningkatkan penyuluhan dan upaya pencegahan kejadian TB Paru BTA (+).
Kata kunci: TB Paru BTA (+), Ketahanan Pangan, Praktik Hygiene, Sosial Determinan

Abstract

Background: Based on data as of December 2020, there were 34.47% of the total 376 cases of BTA (+) pulmonary and there were 206 new cases of BTA (+) with a history of household contact. The purpose to determine social determinants, food security, hygiene practices, and the condition of the patient's home as a risk factor for the incidence of pulmonary BTA (+) with a history of household contact.

Methods: This type of research uses a case control with 74 samples. Data analysis using Chi-Square test and logistic regression test.

Results: Based on bivariate results, it was found that the risk factors to be associated with the incidence of BTA (+) were of education, food availability, food stability, food quality, drying bedding, opening the windows of the house, washing hands, ventilation area, wall type, and floor type. The probability of respondents based on multivariable analysis by having risk factors for education, food availability, opening house windows, washing hands, ventilation area, and type of wall which does not meet the requirements is 85.2%.

Conclusion: Improve education and efforts to prevent the incidence of pulmonary BTA (+).
Keywords: TB Paru BTA (+), Food Security, Practice Hygiene, Social Determinants.

© 2022 Universitas Negeri Semarang

✉ Correspondence Address:
Universitas Negeri Semarang, Indonesia.
Email : trisofiyani69@students.unnes.ac.id

Pendahuluan

TB menyebabkan 1,3 juta kematian diantara orang dengan HIV negatif, 300.000 kematian diantara orang dengan HIV (+), dan 10 juta kasus TB baru BTA (+) sebanding dengan 133 kasus per 100.000 penduduk (WHO, 2016). Indonesia berada dalam daftar 30 negara dengan beban kasus TB tertinggi di dunia dan menduduki posisi ke tiga tertinggi di dunia setelah India dan Tiongkok. Pada tahun 2018 terdapat 316 per 100.000 penduduk dengan jumlah estimasi kasus sebanyak 845.000 orang atau 60% dari seluruh kasus TB di dunia (WHO, 2019).

Menurut laporan Dinas Kesehatan Kota Semarang, tingkat insiden kasus TB di Jawa Tengah mengalami peningkatan dari tahun 2017 sampai dengan tahun 2019 dengan jumlah kasus baru mencapai 15,7%. Jumlah kasus baru pada tahun 2019 sebanyak 211 per 100.000 penduduk meningkat dibanding tahun 2018 sebesar 134 per 100.000 penduduk (Dinkes Kota Semarang, 2019).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pemalang, insidensi kasus TB Paru di Pemalang tahun 2019 mengalami peningkatan sebesar 105,23 per 100.000 penduduk atau sebesar 1364 kasus dibandingkan tahun 2018 sebanyak 103,53 per 100.000 penduduk atau sebanyak 1342 kasus (Dinkes Kabupaten Pemalang, 2019).

Tuberkulosis menyebar dari satu orang ke orang lain melalui udara (droplet dahak penderita). Dahak penderita Tuberkulosis mengandung basil kuman TB. Orang yang menghirup basil kuman TB pada penderita TB pada saat batuk, bersin, atau berbicara dapat terinfeksi Tuberkulosis. Kemungkinan terinfeksi TB akan lebih besar pada kelompok yang memiliki hubungan dekat dengan penderita, seperti anggota keluarga serumah (Ernst Jd, 2016). Pernyataan ini diperkuat oleh penelitian dari (Eunice Atsuko Cunha, 2020) di Brazil dimana 29 strain terdistribusi pada tiga keluarga. Studi di rumah sakit di Taiwan menunjukkan 284 dari 4595 (6,7%) pasien kontak serumah selama lebih dari tiga tahun memiliki rontgen paru (+) TB (Lin, 2001).

Faktor yang mempengaruhi TB paru BTA (+) adalah determinan sosial. Determinan

sosial merupakan faktor penting dalam kejadian TB. Komponen determinan sosial antara lain usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan. Usia dewasa memiliki mobilitas dan interaksi sosial yang tinggi karena berbagai kegiatan pekerjaan, pendidikan, keagamaan, hobi, olahraga, dan lain-lain, saat berinteraksi dengan banyak orang sangat memungkinkan terjadinya penularan TB (WHO, 2016). Penelitian Mangngi (2018) mengatakan usia produktif berisiko tiga kali menularkan TB Paru BTA (+) ($p = 0,031$; $OR = 2,7$). Penelitian Anggraini (2021) menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kejadian TB Paru BTA (+) ($p = 0,031$). Peneliti Darmin (2020) menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kejadian TB Paru BTA (+) ($p = 0,000$).

Ketahanan pangan merupakan suatu cara yang dilakukan oleh seseorang untuk mengorganisir ketersediaan, distribusi, dan konsumsi pangan secara seragam dan aman sebagai pemenuhan kehidupan sehari-hari, sehingga pasokan pangan untuk kebutuhan seluruh penduduk baik segi kuantitas maupun kualitas tercukupi (BPK Pertanian, 2009). Berdasarkan ketetapan FAO (2008) terdapat empat indikator yang harus terpenuhi untuk mencapai kondisi tahan pangan yaitu tingkat ketersediaan pangan, stabilitas ketahanan pangan, aksesibilitas atau keterjangkauan pangan dan kualitas atau keamanan pangan. Tingkat ketersediaan pangan adalah tersedianya kebutuhan pangan yang cukup dalam jumlah yang dapat memenuhi kebutuhan konsumsi rumah tangga dalam 1 bulan dengan kriteria lama ketersediaan kebutuhan pokok (beras) dalam satu bulan, stabilitas pangan berupa frekuensi makan rumah tangga dalam 1 hari 3 kali makan, dan kualitas pangan ditentukan dengan mengetahui makanan pendukung berupa lauk pauk yang dikonsumsi rumah tangga berupa protein hewani dan protein nabati. Penelitian Purwanti (2016) mengatakan bahwa tingkat ketersediaan pangan, stabilitas pangan, dan kualitas pangan merupakan faktor risiko kejadian TB Paru BTA (+) ($OR = 2,137$, $OR = 1,32$, dan $OR = 1,72$) (Purwanti, 2016).

Praktik hygiene yang abai dilakukan

seperti kebiasaan menjemur alat tidur, kebiasaan membuka jendela rumah setiap pagi, dan juga kebiasaan mencuci tangan di 5 waktu kritis dapat menularkan bakteri TB. Penelitian Mariana (2020) mengatakan ada hubungan yang bermakna antara kebiasaan membuka jendela rumah dan kebiasaan menjemur alat tidur dengan kejadian TB Paru BTA (+) ($p = 0,035$ dan $p = 0,025$) (Mariana, 2020).

Kondisi rumah merupakan suatu keadaan fisik yang dapat dilihat dan diamati oleh mata. Kondisi rumah yang sesuai dengan persyaratan rumah sehat akan meminimalisir terjadinya penyebaran penyakit dan meningkatkan derajat kesehatan. Penelitian Budi (2018) mengatakan terdapat hubungan antara kepadatan hunian dengan kejadian TB Paru BTA (+) ($p = 0,00$; $OR = 6,42$). Penelitian Village (2019) menunjukkan bahwa ventilasi rumah yang buruk mempunyai risiko delapan kali lebih besar untuk mengalami kejadian TB Paru daripada responden yang menghuni rumah dengan tingkat luas ventilasi yang baik ($p = 0,006$; $OR = 7,8$) (Village, 2019). Jenis dinding mempengaruhi terjadinya TB Paru BTA (+) disebabkan karena dinding sulit dibersihkan sehingga menimbulkan debu yang sulit dibersihkan. Kondisi tersebut akan dijadikan media yang baik dalam perkembangbiakan kuman (Alberta, 2021). Penelitian Suparman (2018) menunjukkan jenis lantai merupakan faktor risiko penularan TB Paru BTA (+) dan berisiko enam kali menularkan penyakit TB Paru BTA (+) ($OR = 5,958$).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan terhadap 20 penderita TB Paru BTA (+) di wilayah kerja UPT Puskesmas klareyan menunjukkan bahwa jumlah kasus pada usia produktif sebanyak 16 orang (80%), jenis kelamin laki-laki sebesar 11 orang (55%), 13 orang (65%) memiliki tingkat pendidikan yang rendah, 14 orang (70%) memiliki tingkat ketersediaan yang rendah, 13 orang (65%) memiliki akses pangan yang buruk, 14 orang (70%) tidak memiliki kebiasaan menjemur alat tidur, 11 orang (55%) tidak memiliki kebiasaan membuka jendela rumah pada saat pagi hari, 12 orang (60%) tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan di 5 waktu kritis, 13 orang (65%) memasuki kriteria padat hunian, 15

orang (75%) tidak memenuhi jenis dinding, 12 orang (60%) tidak memenuhi syarat jenis lantai, 11 orang (55%) tidak memenuhi syarat luas ventilasi, dan 11 orang (55%) memiliki riwayat kontak serumah dengan penderita TB Paru BTA (+).

Berdasarkan wawancara, pasien TB Paru BTA (+) mengaku kesulitan dalam memenuhi kebutuhan pokok yang cukup, frekuensi makan 2 kali dalam sehari dengan porsi kecil dan dengan lauk pauk nabati atau hanya dengan nasi putih saja karena rasa dimulut yang tidak enak. Diketahui pula, praktik hygiene seperti kebersihan menjemur alat tidur, kebiasaan membuka jendela, dan kebiasaan mencuci tangan jarang dilakukan karena malas atau sering lupa dilakukan.

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah penelitian mengenai determinan sosial, ketahanan pangan, praktik hygiene, dan kondisi rumah pasien TB paru BTA (+) merupakan faktor risiko penularan TB dengan riwayat kontak serumah belum pernah dilakukan, variabel yang berbeda dengan penelitian terdahulu adalah jenis pekerjaan, tingkat ketersediaan pangan, akses pangan, dan jenis lantai, dan penelitian dilakukan di Wilayah Kerja puskesmas Klareyan Kecamatan Petarukan Kabupaten Pemalang.

Dalam upaya pencegahan dan pengendalian penyakit perlu dilakukan baik dari segi penderita sendiri, kontak serumah, maupun lingkungan untuk mencegah terjadinya kasus TB Paru. Untuk mengupayakan secara maksimal, perlu diketahui faktor manakah yang lebih dominan terjadinya kasus TB Paru. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Determinan Sosial, Ketahanan Pangan, Praktik Hygiene, dan Kondisi Rumah Pasien TB Paru BTA (+) sebagai Faktor Risiko Penularan TB Riwayat Kontak Serumah (Studi Case Control di Puskesmas Klareyan Kabupaten Pemalang)”.

Metode

Penelitian ini merupakan jenis penelitian analitik observasional dengan menggunakan desain penelitian case control. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan November tahun 2021

di wilayah kerja Puskesmas Klareyan. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah determinan sosial yang meliputi usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan, ketahanan pangan yang meliputi tingkat ketersediaan pangan, stabilitas pangan, dan kualitas pangan, praktik hygiene yang meliputi kebiasaan menjemur alat tidur, kebiasaan membuka jendela rumah, dan kebiasaan mencuci tangan, dan kondisi rumah pasien TB Paru BTA (+) meliputi kepadatan hunian, luas ventilasi, jenis dinding, dan jenis lantai. Variabel terikat dalam penelitian ini yaitu kejadian TB Paru BTA (+). Instrumen yang digunakan adalah lembar kuesioner dan lembar observasi. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita TB Paru BTA (+) yang bertempat tinggal di Wilayah Kerja Puskesmas Klareyan Kabupaten Pemalang, yaitu sebanyak 376 penderita TB Paru BTA (+). Populasi kasus dalam penelitian ini adalah Penderita TB Paru BTA (+) dengan riwayat kontak serumah di Wilayah Kerja Puskesmas Petarukan Kabupaten Pemalang yaitu sebanyak 206 penderita. Sedangkan populasi kontrol dalam penelitian ini adalah penderita TB Paru BTA (+) yang tidak dengan riwayat kontak serumah di Wilayah Kerja Puskesmas Klareyan Kabupaten Pemalang yaitu sebanyak 170 penderita. Jumlah sampel minimal dalam penelitian ini adalah 37 responden kasus dan 37 responden kontrol.

Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik purposive sampling dengan kriteria inklusi pada kelompok kasus: usia responden >15 tahun, penderita bersedia menjadi responden penelitian, penderita TB Paru BTA (+) dengan riwayat kontak serumah, dan berada dalam wilayah kerja Puskesmas Klareyan. Sedangkan kriteria eksklusi pada kelompok kasus: penderita meninggal dunia dan alamat responden tidak dapat ditemukan atau berada di luar wilayah kerja Puskesmas Klareyan. Adapun kriteria inklusi pada kelompok kontrol: usia responden >15 tahun, penderita bersedia menjadi responden penelitian, penderita TB Paru BTA (+) tidak memiliki riwayat kontak serumah, dan berada dalam wilayah kerja Puskesmas Klareyan. Sedangkan kriteria eksklusi pada

kelompok kasus: penderita meninggal dunia dan alamat responden tidak dapat ditemukan atau berada di luar wilayah kerja Puskesmas Klareyan. Penelitian ini telah mendapatkan Ethical Clearance dengan Nomor: 344/KEPK/EC/2021 dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Negeri Semarang.

Teknik pengambilan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik kuesioner yang berisi pertanyaan-pertanyaan kepada responden dan lembar observasi berdasarkan hasil pengamatan. Sumber data dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari wawancara kepada responden penelitian menggunakan kuesioner dan pengamatan langsung menggunakan lembar observasi. Sedangkan data sekunder diperoleh dari Puskesmas Klareyan terkait kejadian TB Paru BTA (+) di Wilayah Kerja Puskesmas Klareyan Kabupaten Pemalang. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat, bivariat, dan Multivariabel. Analisis data bivariat menggunakan uji chi square dan analisis data multivariabel menggunakan uji regresi logistik. Data dianalisis menggunakan SPSS dan kajian kuantitatif disajikan dalam bentuk tabel dan narasi.

Hasil dan Pembahasan

Berdasarkan hasil uji statistik pada tabel 1 dapat diketahui bahwa jumlah responden usia 15-64 tahun menunjukkan jumlah lebih banyak dibandingkan dengan jumlah responden dengan usia > 65 tahun. Responden dengan usia 15-64 tahun sebanyak 68 orang terdiri atas 35 orang (94.6%) responden kasus dan 33 (89.2%) orang responden kontrol. Responden dengan usia > 65 tahun memiliki jumlah lebih sedikit yaitu 2 orang (5.4%) responden kasus dan 4 orang (10.8%) responden kontrol.

Berdasarkan jenis kelamin dari kelompok kasus sebanyak 20 orang (54.1%) berjenis kelamin laki-laki dan 17 orang (45.9%) berjenis kelamin perempuan. Sedangkan dari 37 kelompok kontrol 24 orang (64.9%) berjenis kelamin laki-laki dan 13 orang (35.1%) berjenis kelamin perempuan. Berdasarkan tingkat pendidikan dari kelompok kasus, sebanyak 31

orang (83.8%) lulus pendidikan ≤ 12 tahun dan 6 orang (16.2%) lulus pendidikan > 12 tahun. Sedangkan dari 37 kelompok kontrol 21 orang (56.8%) lulus pendidikan ≤ 12 tahun dan 16 orang (43.2%) lulus pendidikan > 12 tahun.

Berdasarkan tingkat ketersediaan pangan dari kelompok kasus, sebanyak 31 orang (83.8%) tidak memiliki tingkat ketersediaan pangan yang memenuhi syarat dan 6 orang (16.2%) memiliki tingkat ketersediaan pangan yang memenuhi syarat. Sedangkan dari 37 kelompok kontrol 20 orang (54.1%) memiliki tingkat ketersediaan pangan yang memenuhi syarat dan 17 orang (45.9%) tidak memiliki tingkat ketersediaan pangan yang memenuhi syarat. Berdasarkan stabilitas pangan dari kelompok kasus, sebanyak 28 orang (75.7%) tidak memiliki stabilitas pangan yang memenuhi syarat dan 9 orang (24.3%) memiliki stabilitas pangan yang memenuhi syarat. Sedangkan dari 37 kelompok kontrol 20 orang (54.1%) memiliki stabilitas pangan yang memenuhi syarat dan 17 orang (45.9%) tidak memiliki stabilitas pangan yang memenuhi syarat. Berdasarkan kualitas pangan dari kelompok kasus, sebanyak 30 orang (81.1%) tidak memiliki kualitas pangan yang memenuhi syarat dan 7 orang (18.9%) memiliki kualitas pangan yang memenuhi syarat. Sedangkan dari 37 kelompok kontrol 20 orang (54.1%) memiliki kualitas pangan yang memenuhi syarat dan 17 orang (45.9%) tidak memiliki kualitas pangan yang memenuhi syarat.

Berdasarkan kebiasaan menjemur alat tidur dari kelompok kasus, sebanyak 30 orang (83.8%) tidak memiliki kebiasaan menjemur alat tidur dan 7 orang (18.9%) memiliki kebiasaan menjemur alat tidur. Sedangkan dari 37 kelompok kontrol 18 orang (48.7%) tidak memiliki kebiasaan menjemur alat tidur dan 19 orang (51.3%) memiliki kebiasaan menjemur alat tidur. Berdasarkan kebiasaan membuka jendela rumah dari kelompok kasus, sebanyak 25 orang (67.6%) tidak memiliki kebiasaan membuka jendela rumah dan 12 orang (32.4%) memiliki kebiasaan membuka jendela rumah. Sedangkan dari 37 kelompok kontrol 22 orang (59.4%) memiliki kebiasaan membuka jendela rumah dan 15 orang (40.6%) tidak

memiliki kebiasaan membuka jendela rumah. Berdasarkan kebiasaan mencuci tangan dari kelompok kasus, sebanyak 30 orang (81.1%) tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan dan 7 orang (18.9%) memiliki kebiasaan mencuci tangan. Sedangkan dari 37 kelompok kontrol 18 orang (48.7%) tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan dan 19 orang (51.3%) memiliki kebiasaan mencuci tangan.

Berdasarkan kepadatan hunian dari kelompok kasus, sebanyak 25 orang (67.6%) tidak memiliki rumah dengan kepadatan hunian yang memenuhi syarat dan 12 orang (32.4%) memiliki rumah dengan kepadatan hunian yang memenuhi syarat. Sedangkan dari 37 kelompok kontrol 18 orang (48.7%) tidak memiliki rumah dengan kepadatan hunian yang memenuhi syarat dan 19 orang (51.3%) memiliki rumah dengan kepadatan hunian yang memenuhi syarat. Berdasarkan luas ventilasi dari kelompok kasus, sebanyak 28 orang (75.7%) tidak memiliki rumah dengan luas ventilasi yang memenuhi syarat dan 9 orang (24.3%) memiliki rumah dengan luas ventilasi yang memenuhi syarat. Sedangkan dari 37 kelompok kontrol 21 orang (56.8%) memiliki rumah dengan luas ventilasi yang memenuhi syarat dan 16 orang (43.2%) tidak memiliki rumah dengan luas ventilasi yang memenuhi syarat. Berdasarkan jenis dinding dari kelompok kasus, sebanyak 27 orang (73%) memiliki rumah dengan jenis dinding yang tidak memenuhi syarat dan 10 orang (27%) memiliki rumah dengan jenis dinding yang memenuhi syarat. Sedangkan dari 37 kelompok kontrol 23 orang (62.1%) memiliki rumah dengan jenis dinding yang memenuhi syarat dan 14 orang (37.9%) memiliki rumah dengan jenis dinding yang tidak memenuhi syarat. Berdasarkan jenis lantai dari kelompok kasus, sebanyak 26 orang (70.2%) tidak memiliki rumah dengan jenis lantai yang memenuhi syarat dan 11 orang (29.8%) memiliki rumah dengan jenis lantai yang memenuhi syarat. Sedangkan dari 37 kelompok kontrol 24 orang (64.9%) memiliki rumah dengan jenis lantai yang memenuhi syarat dan 13 orang (35.1%) tidak memiliki rumah dengan jenis lantai yang memenuhi syarat.

Tabel 1. Analisis Univariat Penderita TB Paru BTA (+) dan Variabel yang Diteliti

Variabel	Kategori	Kelompok			
		Kasus	%	Kontrol	%
Determinan Sosial					
Usia (Tahun)	15-64	35	94,6	33	89,2
	> 65	2	5,4	4	10,8
Jenis Kelamin Balita	Laki-laki	20	54,1	24	59,5
	Perempuan	17	45,9	13	40,5
Tingkat Pendidikan	Tidak Sekolah	7	19,0	7	19,0
	SD	12	32,4	10	27,0
	SMP	12	32,4	4	10,8
	SMA	6	16,2	13	35,1
	Diploma/ S1	0	0	3	8,1
Ketahanan Pangan					
Tingkat Ketersediaan Pangan	Memenuhi syarat	6	16,2	20	54,1
	Tidak memenuhi syarat	31	83,8	17	45,9
Stabilitas Pangan	Memenuhi syarat	9	24,3	20	54,1
	Tidak memenuhi syarat	28	75,7	17	45,9
Kualitas Pangan	Memenuhi syarat	7	18,9	20	54,1
	Tidak memenuhi syarat	30	81,1	17	45,9
Praktik Hygiene					
Kebiasaan Menjemur Alat Tidur	Memenuhi syarat	7	18,9	19	51,3
	Tidak memenuhi syarat	30	81,8	18	48,7
Kebiasaan Membuka Jendela Rumah	Memenuhi syarat	12	32,4	22	59,4
	Tidak memenuhi syarat	25	67,6	15	40,6
Kebiasaan Mencuci Tangan	Memenuhi syarat	7	18,9	19	51,3
	Tidak memenuhi syarat	30	81,1	18	48,7
Kondisi Rumah Penderita TB Paru BTA (+)					
Kepadatan Hunian	Memenuhi syarat	12	32,4	19	51,3
	Tidak memenuhi syarat	25	67,6	18	48,7
Luas Ventilasi	Memenuhi syarat	9	24,3	21	56,8
	Tidak memenuhi syarat	28	75,7	16	43,2
Jenis Dinding	Memenuhi syarat	10	27,0	23	62,1
	Tidak memenuhi syarat	27	73,0	14	37,9
Jenis Lantai	Memenuhi syarat	11	29,8	24	64,9
	Tidak memenuhi syarat	26	70,2	13	35,1

Pada tabel 2 menunjukkan hasil bahwa terdapat hubungan tingkat pendidikan (p 0,011; OR 3,937; CI 10,250-1,623), tingkat ketersediaan pangan (p 0,001; OR 6,19; CI 2,19-17,51), stabilitas pangan (p 0,009; OR 5,6; CI 1,539-20,492), kualitas pangan (p 0,002; OR 2,048; CI 1,318-3,181), kebiasaan menjemur alat tidur (p 0,003; OR 1,949; CI 1,263-3,006), kebiasaan membuka jendela rumah (p 0,020; OR 1,725; CI 1,078-2,763), kebiasaan mencuci tangan (p 0,003; OR 4,407; CI 1,260-15,414), luas ventilasi (p 0,004; OR 1,925; CI 1,220-3,036), jenis dinding (p 0,002; OR 2,041; CI 1,262-3,302), dan jenis lantai (p 0,002; OR

2,057; CI 1,251-3,382) dengan kejadian TB Paru BTA (+). Sedangkan variabel yang tidak memiliki hubungan dengan kejadian TB Paru BTA (+) yaitu usia (p 0,674; OR 0,47; CI 0,008-2,75), jenis kelamin (p 0,344; OR 0,637; CI 0,250-1,623), dan kepadatan hunian (p 0,099; OR 0,455; CI 0,177-1,168).

Secara teori, usia berperan dalam kejadian TB Paru BTA (+). Insidensi TB Paru BTA (+) terjadi pada usia dewasa, pra lansia, dan lansia. Kelompok dewasa merupakan kategori kelompok produktif yang lebih banyak berinteraksi secara sosial yang akan berisiko jika terpapar dari orang yang positif TB. Usia

dewasa memiliki mobilitas dan interaksi sosial yang tinggi karena berbagai kegiatan pekerjaan, pendidikan, keagamaan, hobi, olahraga, dan lain-lain, saat berinteraksi dengan banyak orang sangat memungkinkan terjadinya penularan TB (WHO, 2016). Risiko untuk mendapatkan TB Paru dapat dikatakan seperti halnya dengan kurva normal terbalik, dimana kurva akan semakin tinggi di awal kemudian menurun diatas 2 tahun hingga dewasa. Usia produktif memiliki daya tahan terhadap TB Paru BTA (+) yang baik. Puncaknya terjadi pada usia dewasa muda dan menurun kembali pada kelompok menjelang tua (Sapto, 2021). Menurut Kemenkes RI (2011) menyatakan bahwa 79,05% kasus baru Tuberkulosis adalah kelompok usia dewasa (15-64 tahun) atau kategori kelompok produktif (Kemenkes, 2011). Penelitian yang dilakukan oleh Damayanti (2018) juga menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara usia dengan kejadian TB Paru BTA (+) ($p = 0,182$, $OR = 0,103$), serta usia bukan merupakan faktor risiko kejadian TB Paru BTA (+) di Wilayah Kerja Puskesmas Liukang Tupabbiring. Hasil penelitian dilapangan ditemukan bahwa terdapat responden kontrol usia produktif yang juga menderita TB Paru BTA (+). Tidak terdapat hubungan antara usia dengan kejadian TB Paru BTA (+) bisa terjadi karena pengaruh faktor risiko lingkungan yang mendukung penularan kejadian TB Paru BTA (+). Disamping itu, faktor risiko yang mempengaruhi kejadian TB Paru BTA (+) tidak hanya terkait dengan usia, namun juga dipengaruhi faktor lainnya. Faktor riwayat keluarga TB juga memainkan peran penting karena efeknya muncul secara tidak langsung, tetapi dampaknya berlangsung dalam jangka panjang (Clement Lifoia, 2018).

Berdasarkan analisis pada penelitian sebelumnya terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian TB Paru BTA (+). Insidensi kejadian TB Paru BTA (+) pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan pada perempuan. Laki-laki berisiko mengidap TB Paru BTA (+), hal ini dimungkinkan karena laki-laki lebih berat beban kerjanya, kurang istirahat, gaya hidup yang tidak sehat di luar rumah seperti merokok dan minum alkohol, lebih banyak berinteraksi sosial, paparan polusi udara, paparan polusi industri maupun kegiatan

bermasyarakat lainnya (Sapto, 2021). Data Kemenkes (2018) menunjukkan persentasi penderita TB lak-laki sebesar 58,7% (Kemenkes RI, 2018). Berdasarkan data dari WHO (2019) menyebutkan bahwa rasio laki-laki : perempuan adalah 2:1 (WHO, 2019). Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Mangngi (2018) yang menunjukkan bahwa jenis kelamin merupakan faktor risiko dominan yang mempengaruhi peningkatan TB Paru dimana angka kejadian TB Paru BTA (+) berisiko lima kali lebih tinggi terpapar TB Paru BTA (+) dibandingkan dengan jenis kelamin perempuan ($p = 0,001$, $OR = 4,7$) (Mangngi, 2018). Hasil penelitian dilapangan menunjukkan bahwa jenis kelamin pada responden kasus maupun responden kontrol lebih banyak laki-laki dibandingkan perempuan. Hal ini disebabkan karena aktivitas yang dilakukan laki-laki diluar rumah lebih banyak dibandingkan perempuan. Selain itu, perempuan lebih patuh dalam menjaga kebersihan lingkungan rumah dan pola hidup yang sehat dibandingkan pada laki-laki. Walaupun demikian, perempuan lebih mudah menularkan bakteri TB dirumah dibandingkan dengan laki-laki. Lama kontak tinggal serumah memiliki risiko tujuh kali lebih besar terkena TB Paru BTA (+) (Samsugito, 2020). Pada penelitian Anhui China menunjukkan laki-laki pada lansia memiliki angka kejadian TB Paru BTA (+) RO lebih tinggi dibandingkan dengan wanita ($p = 0,001$). Adapun temuan kasus TB Paru BTA (+) laki-laki di fasilitas kesehatan lebih banyak dibandingkan pada perempuan karena pada umumnya laki-laki lebih aktif menjangkau fasilitas kesehatan. Diprediksi bahwa kasus baru TB Paru BTA (+) akan terus meningkat dengan jumlah kasus tertinggi pada jenis kelamin laki-laki sejumlah 222 kasus dan pada jenis kelamin perempuan sejumlah 141 kasus (Andayani, 2020).

Pendidikan adalah proses pembelajaran yang didapatkan secara berkelanjutan, dimulai dari pembelajaran lingkungan sekitar. Pendidikan dikatakan memadai apabila pengajar atau seseorang menyampaikan pengetahuannya dengan cara membimbing kepada orang lain agar maksud dan tujuannya tercapai (Fadilah, 2019). Pada penelitian yang dilakukan oleh Muhammad (2019) didapatkan p value 0,000 yang berarti terdapat hubungan yang bermakna

antara tingkat pendidikan dengan kejadian TB Paru BTA (+) pada kelompok yang memiliki pendidikan rendah. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin tinggi perkembangan pola pikir manusia sehingga memiliki kesadaran dalam menjaga kesehatan diri dan keluarga (Muhammad, 2019). Masyarakat yang memiliki tingkat pendidikan tinggi dapat mampu menyerap informasi yang nantinya akan berpengaruh pada tingkat pendapatannya sehingga secara tidak langsung tingkat ketahanan pangan dalam memenuhi gizi maupun kesehatannya sendiri dapat terpenuhi dengan baik (Ulfa W Rachman, 2021). Berdasarkan penelitian Yufa (2019), indikator pendidikan yang memiliki nilai OR > 1 menyebutkan bahwa pendidikan merupakan faktor risiko terhadap kejadian TB Paru BTA (+) (yufa, 2019). Temuan ini juga didukung oleh peneliti lainnya yaitu Darmin (2020) bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kejadian TB Paru BTA (+) ($p = 0,000$) (Darmin, 2020).

Ketersediaan pangan merupakan kemampuan seseorang dalam memenuhi pangan yang untuk kebutuhan dasar (BPK Pertanian, 2009). Ketersediaan pangan dalam rumah tangga yang dipakai dalam pengukuran mengacu pada pangan kebutuhan pangan yang cukup dan tersedia dalam jumlah yang dapat memenuhi kebutuhan konsumsi rumah tangga dalam jangka waktu satu bulan (FAO, 2008). Temuan ini sejalan dengan penelitian Lathifah (2017) yang menyatakan bahwa tingkat ketersediaan pangan rumah tangga memiliki AHFSI 65,04 yang artinya tingkat ketersediaan pangan dalam level rendah (Lathifah, 2017). Berdasarkan penelitian Taufiqoh (2018) menunjukkan 84% rumah tangga memiliki tingkat ketersediaan pangan yang buruk dan 16% rumah tangga memiliki tingkat ketersediaan pangan yang baik (Taufiqoh, 2018). Penelitian lain dari Purwanti (2016) menunjukkan orang dengan tingkat ketersediaan pangan yang kurang berisiko dua kali lebih tinggi terkena TB Paru BTA (+) dibandingkan dengan orang yang memiliki tingkat ketersediaan pangan yang cukup (OR = 2,137) (Purwanti, 2016).

Stabilitas pangan diukur berdasarkan

indikator kecukupan pangan dan frekuensi makan anggota rumah tangga dalam sehari (FAO, 2008). Sebuah rumah tangga dikatakan memiliki stabilitas pangan yang baik apabila memiliki persediaan pangan diatas cutting point (20 hari untuk makanan pokok berupa beras dan 30 hari untuk makanan pokok berupa jagung) dan anggota rumah tangga dapat makan 3 kali dalam sehari (BPK Pertanian, 2009). Temuan ini sejalan dengan penelitian Purwanti (2016) menunjukkan orang dengan tingkat stabilitas pangan yang tidak stabil berisiko 1,32 kali lebih tinggi terkena TB Paru BTA (+) dibandingkan dengan orang yang memiliki tingkat stabilitas pangan yang cukup (OR = 1,321) (Purwanti, 2016). Penelitian lain yang juga sejalan adalah penelitian Taufiqoh (2018) menunjukkan 65% rumah tangga memiliki tingkat stabilitas pangan yang buruk dan 35% rumah tangga memiliki stabilitas pangan yang baik (Taufiqoh, 2018).

Pengukuran indikator kualitas pangan dapat dilakukan dengan melihat bahan makanan yang mengandung protein hewani atau protein nabati yang dikonsumsi dalam rumah tangga. Rumah tangga dengan kualitas pangan yang baik adalah rumah tangga yang mengkonsumsi bahan makanan berupa protein hewani dan nabati atau protein hewani saja, sedangkan rumah tangga dengan kualitas pangan yang tidak baik adalah rumah tangga yang mengkonsumsi bahan makanan berupa protein nabati saja atau tidak sama sekali (FAO, 2008). Berdasarkan penelitian dari (Firza Tria Kumala, 2020) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara kualitas pangan, tetapi kualitas pangan bukan variabel prediktor yang berpengaruh signifikan terhadap kasus penderita TB Paru BTA (+) di Wilayah Tengah Kota Surabaya ($p = 0,012$). Rumah tangga dikatakan memiliki ketahanan pangan yang baik jika ketersediaan pangan yang kontinyu dan kualitas pangan yang baik (Lathifah, 2017).

Bakteri TB dapat menular melalui percikan dahak (droplet nuclei) dengan transmisi udara. Ketika seorang pasien TB Paru Batuk, bersin atau berbicara, maka secara tidak sengaja akan keluar percikan dahak dan dapat jatuh ke peralatan tidur seperti kasur/ bantal/ guling atau tempat lainnya. Orang yang tidak memiliki kebiasaan menjemur alat tidur

akan mendukung pertumbuhan bakteri TB di peralatan tidur yang biasa digunakan (J Pertiwi, 2019). Penelitian ini sejalan dengan penelitian Mariana (2020) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kebiasaan menjemur alat tidur dengan kejadian TB Paru BTA (+) ($p = 0,035$) (Mariana, 2020). Penelitian lain yang sejalan adalah penelitian Faturrahman Yuldan (2021) yang menyatakan bahwa responden yang tidak memiliki kebiasaan menjemur kasur minimal 1 minggu sekali berisiko 3,545 kali terkena TB Paru BTA (+) dibandingkan dengan responden yang memiliki kebiasaan menjemur alat tidur ($p = 0,005$; OR = 3,545) (Faturrahman Yuldan, 2021).

Kebiasaan membuka jendela rumah akan memudahkan masuknya sinar matahari masuk ke dalam rumah, dimana cahaya matahari dapat membunuh bakteri. Bakteri *Mycobacterium tuberculosis* sangat sensitif terhadap cahaya matahari sehingga bakteri tidak dapat tumbuh dan berkembang dalam ruangan yang memiliki kualitas sinar matahari yang memenuhi syarat (Ulfa W Rachman, 2021). Penelitian ini sejalan dengan penelitian Mariana (2020) dimana terdapat hubungan yang bermakna antara kebiasaan membuka jendela rumah dengan kejadian TB Paru BTA (+) ($p = 0,025$) (Mariana, 2020). Penelitian lain yang sejalan dengan penelitian ini adalah penelitian Br Ginting (2021) bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kebiasaan membuka dan menutup jendela rumah dengan kejadian TB Paru BTA (+) dan berisiko 0,29 kali lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang tidak memiliki kebiasaan membuka dan menutup jendela rumah ($p = 0,088$; OR = 0,290) (Br Ginting, 2021).

Kebiasaan mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir memiliki peranan penting dalam pencegahan penyakit. Kebiasaan ini dapat lebih efektif dalam menghilangkan kotoran dan debu secara mekanik dari permukaan kulit. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir juga efektif mengurangi jumlah mikroorganisme penyebab penyakit seperti virus, bakteri, maupun parasit lain yang bersarang di tangan. Cuci tangan sebaiknya dilakukan pada 5 waktu kritis yaitu sebelum makan, sesudah buang air besar/ kecil (BAB/

BAK), sesudah bekerja, sesudah memegang hewan peliharaan, atau melakukan aktivitas lainnya (Permenkes RI, 2010). Temuan ini sejalan dengan penelitian (Kevin, 2020) bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kebiasaan mencuci tangan dengan kejadian TB Paru BTA positif ($p = 0,003$). Penelitian Cohort dari Istri AA Ratih (2021) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kebiasaan mencuci tangan dengan kejadian TB Paru BTA (+) dan berisiko 0,43 kali terkena TB Paru BTA (+) dibandingkan dengan orang yang memiliki kebiasaan mencuci tangan ($p = 0,000$; CC = 0,430) (Istri AA Ratih, 2021).

Secara teori, kepadatan merupakan prerequisite atau proses penularan penyakit. Semakin padat tingkat hunian maka pertumbuhan dan perkembangbiakan penyakit khusus yang menular melalui transmisi udara akan semakin mudah dan cepat terjadi (Gasa, 2017). Kepadatan hunian ditentukan berdasarkan jumlah penghuni per luas lantai ruangan. Luas minimum per orang relatif tergantung pada kualitas bangunan dan fasilitas yang tersedia. Menurut Kepmenkes No. 829/Menkes/SK/VII/1999 tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan bahwa untuk rumah sederhana luas minimum sebagai syarat kepadatan hunian adalah 9 m²/ orang (J Pertiwi, 2019). Temuan ini sejalan dengan penelitian Damayati (2018) bahwa tidak ada hubungan antara kepadatan hunian dengan kejadian TB Paru BTA (+) ($p = 0,747$; OR = 0,306) (Damayati, 2018). Penelitian lain yang sejalan adalah penelitian Risti ria (2021) bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kepadatan hunian dengan kejadian TB Paru BTA (+) ($p = 0,094$) (Risti ria, 2021). Proporsi responden yang memenuhi syarat dan yang tidak memenuhi syarat tidak jauh berbeda, sehingga mempunyai peluang yang sama untuk terpapar dan menderita TB Paru BTA (+) (Rahmawati siti, 2021). Hasil penelitian dilapangan menunjukkan hubungan antara variabel kepadatan hunian tidak dengan penularan TB Paru melalui keberadaan bakteri *Mycobacterium tuberculosis* di udara, akan tetapi dari hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar responden kasus mempunyai kepadatan hunian yang tidak memenuhi syarat. Faktor risiko yang mempengaruhi kepadatan

hunian merupakan luas bangunan rumah dan jumlah penghuni yang berada di rumah tersebut (Fenny Etrawati, 2017).

Ventilasi merupakan kondisi rumah yang memiliki sirkulasi udara keluar masuk yang cukup dengan luas ventilasi minimal 10% dari luas lantai (Fadila May, 2018). Ruangan dengan luas ventilasi yang tidak memenuhi syarat ($< 10\%$ luas lantai) menyebabkan tingginya kelembaban dan suhu dalam ruangan karena kurangnya pertukaran udara dari luar rumah. Hal tersebut memberi kesempatan pada bakteri TB untuk dapat bertahan hidup dituangan tersebut karena sifat bakteri yang mampu tumbuh dan berkembang biak dalam kondisi yang gelap dan lembab (Febriyanti, 2020). Berdasarkan penelitian Village (2019) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara luas ventilasi dengan kejadian TB Paru BTA (+). Hasil ini juga menunjukkan bahwa ventilasi rumah yang buruk mempunyai risiko delapan kali lebih besar untuk mengalami kejadian TB Paru daripada responden yang menghuni rumah dengan tingkat luas ventilasi yang baik ($p = 0,006$; $OR = 7,8$) (Village, 2019). Temuan ini sejalan dengan penelitian Suparman (2018) yang menunjukkan bahwa luas ventilasi merupakan faktor risiko penularan TB Paru BTA (+) dan berisiko sembilan kali menularkan penyakit TB Paru BTA (+) ($OR = 8,556$) (Suparman, 2018).

Dinding berfungsi sebagai pelindung dari gangguan apapun baik dari hujan maupun panas. Beberapa bahan pembuat dinding seperti kayu, bambu, pasangan batu bata atau batu dan lainnya. Dari semua bahan tersebut, bahan untuk membuat dinding yang paling baik adalah yang terbuat dari pasangan batu bata atau tembok (permanen) yang tidak mudah terbakar dan kedap air sehingga mudah untuk dibersihkan. Dinding rumah juga harus dilengkapi dengan sarana ventilasi yang dapat berfungsi sebagai pengatur udara. Jenis dinding yang tidak kedap air dan sulit dibersihkan dapat memberikan kontribusi terciptanya kelembaban dan temperatur tertentu sehingga dapat mengakibatkan mati atau berkembangbiaknya jasad renik, seperti kuman *mycobacterium tuberculosis* yang dapat bertahan hidup dan terus berkembang pada kelembaban dan temperatur tertentu

(Andini Safitri, 2020). Berdasarkan penelitian dari (Agustina Maryati, 2021) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara jenis dinding dengan kejadian TB Paru BTA (+) ($p = 0,000$). Penelitian lain yang sejalan adalah penelitian Alberta (2021) yang menyatakan bahwa jenis dinding yang tidak memenuhi syarat memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian TB Paru BTA (+), tetapi bukan merupakan faktor risiko paling dominan ($p = 0,000$; $OR = 1,031$).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 829/Menkes/SK/VII/1999 tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan menyatakan bahwa persyaratan komponen rumah untuk lantai, yaitu yang kedap air dan mudah untuk dibersihkan. Lantai kedap air seperti keramik, ubin, dan plester (Kepmenkes, 2015). Sedangkan lantai yang tidak kedap air yaitu tanah atau plester yang sudah rusak. Jenis lantai yang baik adalah jenis lantai ubin atau yang terbuat dari semen (Fadila May, 2018). Temuan ini sejalan dengan penelitian Suparman (2018) yang menunjukkan bahwa jenis lantai merupakan faktor risiko penularan TB Paru BTA (+) dan berisiko enam kali menularkan penyakit TB Paru BTA (+) ($OR = 5,958$) (Suparman, 2018).

Pada Tabel 3 Berdasarkan analisis multivariable yang dilakukan dengan menggunakan uji regresi logistik diperoleh hasil bahwa variabel yang memiliki hubungan dengan kejadian TB Paru BTA (+) yaitu tingkat pendidikan, tingkat ketersediaan pangan, kebiasaan membuka jendela rumah, kebiasaan mencuci tangan, luas ventilasi, dan jenis lantai. Variabel yang diprediksi memiliki kontribusi terkuat untuk menduga kejadian TB Paru BTA (+) di Wilayah Kerja Puskesmas Klareyan yaitu luas ventilasi ($p \text{ value} = 0.003$; $wald = 9.097$; $OR \text{ adj} = 25.858$; $95\% \text{ CI} = 3.123-214.073$). Responden yang memiliki rumah dengan luas ventilasi tidak memenuhi standar memiliki risiko 26 kali lebih besar terkena TB Paru BTA (+) dibandingkan dengan responden yang memiliki rumah dengan luas ventilasi yang telah memenuhi standar. probabilitas responden mengalami kejadian TB Paru BTA (+) dengan memiliki faktor risiko tingkat pendidikan dengan jenjang kelulusan < 12 tahun, tingkat ketersediaan pangan yang buruk,

tidak memiliki kebiasaan membuka jendela rumah setiap pagi, tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan, memiliki luas ventilasi < 10%,

dan jenis dinding yang tidak memenuhi syarat adalah sebesar 85,2%.

Tabel 2. Hasil Analisis Bivariat

Variabel Bebas	P value	OR	95% CI	Keterangan
Usia	0,674	0,47	0,008-2,75	Tidak ada hubungan
Jenis Kelamin	0,344	0,637	0,250-1,623	Tidak ada hubungan
Tingkat Pendidikan	0,011	3,937	0,250-1,623	Ada hubungan
Tingkat Ketersediaan Pangan	0,001	6,19	2,19-17,51	Ada hubungan
Stabilitas Pangan	0,009	5,6	1,539-20,492	Ada hubungan
Kualitas Pangan	0,002	2,048	1,318-3,181	Ada hubungan
Kebiasaan Menjemur Alat Tidur	0,003	4,407	1,260-15,414	Ada hubungan
Kebiasaan Membuka Jendela Rumah	0,020	1,725	1,078-2,763	Ada hubungan
Kebiasaan Mencuci Tangan	0,003	1,949	1,263-3,006	Ada hubungan
Kepadatan Hunian	0,099	0,455	0,177-1,168	Tidak ada hubungan
Luas Ventilasi	0,004	1,925	1,220-3,036	Ada hubungan
Jenis dinding	0,002	2,041	1,262-3,302	Ada hubungan
Jenis Lantai	0,002	2,057	1,251-3,382	Ada hubungan

Tabel 3. Analisis Multivariabel

Faktor Risiko	B	wald	Sig.	Exp (B)	95% CI
Tingkat Pendidikan	-2,714	6,837	0,009	0,066	0,009-0,507
Tingkat Ketersediaan Pangan	3,295	8,666	0,003	26,973	3,008-241,889
Kebiasaan Membuka Jendela Rumah	3,165	8,258	0,004	23,682	2,735-205,030
Kebiasaan Mencuci Tangan	2,460	5,585	0,018	11,703	1,522-90,019
Luas Ventilasi	3,253	9,097	0,003	25,858	3,123-214,073
Jenis Lantai	2,466	6,943	0,008	11,780	1,881-73,778

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa Faktor risiko penularan TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Klareyan yang terbukti berhubungan dengan kejadian TB Paru BTA (+) berdasarkan hasil analisis bivariat adalah tingkat pendidikan ($p=0,011$), tingkat ketersediaan pangan ($p=0,001$), stabilitas pangan ($p=0,009$), kualitas pangan ($p=0,002$), kebiasaan menjemur alat tidur ($p=0,003$), kebiasaan membuka jendela rumah ($p=0,020$), kebiasaan mencuci tangan ($p=0,003$), luas ventilasi ($p=0,004$), jenis dinding ($p=0,002$), dan jenis lantai ($p=0,002$). Faktor risiko penularan TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Klareyan yang tidak terbukti berhubungan dengan kejadian TB Paru BTA (+) berdasarkan hasil analisis bivariat adalah usia ($p=0,674$), jenis kelamin ($p=0,344$), dan kepadatan hunian ($p=0,099$). Hasil analisis multivariabel, menunjukkan probabilitas responden mengalami kejadian TB Paru BTA

(+) dengan memiliki faktor risiko tingkat pendidikan dengan jenjang kelulusan < 12 tahun, tingkat ketersediaan pangan yang buruk, tidak memiliki kebiasaan membuka jendela rumah setiap pagi, tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan, memiliki luas ventilasi < 10%, dan jenis dinding yang tidak memenuhi syarat adalah sebesar 85,2%.

Daftar Pustaka

- Alberta, L. T. (2021). Faktor yang berhubungan dengan kejadian Tuberkulosis Paru di Wilayah Puskesmas Pacarkeling Surabaya. *Jurnal Penelitian Kesehatan (JPK)*, 19 (1), 20-25.
- Anggraini, I. (2021). Pengaruh karakteristik dan perilaku terhadap kejadian TB Paru BTA (+) di Pondok Penyakit TB Paru di Pondok Pesantren Al-Hidayah Kecamatan kejuruan Muda Kabupaten Aceh Tamiang provinsi Aceh Tahun 2019. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*, 8 (3), 119-124.
- Apriliasari Rusliani, d. (2018). Faktor yang

- berhubungan dengan kejadian TB Paru BTA (+) studi di seluruh puskesmas di kabupaten magelang). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6 (1), 298-307.
- Br Ginting, d. (2021). pengaruh faktor lingkungan fisik rumah dan kebiasaan penderita dengan kejadian TB di wilayah kerja puskesmas tanah tinggi kecamatan binjai timur tahun 2021. *Jurnal Health Sains*, 2 (7), 956-965
- Damayati, D. S. (2018). Risiko kejadian TB Paru BTA (+) di Wilayah Kerja Puskesmas Liukang Tupabbiring Kabupaten Pangkep. *Higiene: Jurnal Kesehatan Lingkungan*, 4 (2), 121-130
- Darmin, d. (2020). Faktor yang berhubungan dengan kejadian TB Paru BTA (+) di Wilayah Kerja Puskesmas Inobonto. *MPPKI*, 3 (3), 223-328
- Dinkes Kabupaten Pemalang. (2019). *profil kesehatan kabupaten pemalang tahun 2019*. Pemalang: dinkespemalang.go.id
- Dinkes Kota Semarang. (2019). *profil kesehatan kota semarang*. Semarang: dinkes.semarangkota.go.id
- Elsaputri Desy T, d. (2018). Analisis spasial distribusi tuberkulosis paru basil tahan asam positif di kota manado tahun 2015-2017. *kesmas*, 7 (4), 25-35
- Fadhillah, A. (2018). Determinan sosial dan kondisi rumah pasien TB sebagai faktor risiko penularan TB Riwayat kontak serumah di wilayah kerja puskesmas panjang dan sukaraja. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8 (3), 18-25
- FAO. (2008). *Food Security Information for Action Practical Guides*. New York: The EC-FAOD Food Security Programme
- Faturrahman Yuldan, d. A. (2021). Analisis faktor risiko kejadian TB Paru BTA (+) di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Cipinang Besar Utara Kota Administrasi Jakarta Timur. *Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesia*, 17 (2), 346-354
- Fenny Etrawati, A. A. (2017). The relationship between characteristic of host with incidence of pulmonary tuberculosis at clinic dots RSUD Dr. Ibnu Sutowo Baturaja. *public health*, 2 (3): 173-180
- Firza Tria Kumala, d. (2020). Pemberdayaan wanita dan kader kesehatan melalui pelatihan budidaya jamur tiram dan pembuatan fryer jamur tirama upaya promotif kesehatan TB Paru BTA (+). *Journal Pengabdian Masyarakat Kesehatan*, 1 (1), 1-6
- J Pertiwi, d. (2019). Analisis Faktor Risiko Tuberkulosis Paru Dewasa Di Kabupaten Sukoharjo. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8 (3), 156-165
- Kemendes, R. (2011). *Laporan situasi terkini perkembangan tuberkulosis di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan RI
- Muhammad, Y. E. (2019). Hubungan Tingkat Pendidikan Terhadap Kejadian TB Paru BTA (+). *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10 (2), 288-291
- Purwanti, N. (2016). Hubungan Tingkat Ketahanan Pangan Rumah Tangga Terhadap Penyakit TB Paru di Pesisir Pantai Surabaya. *PRISMA (Prosiding Seminar nasional Matematika)*, 2 (3), 436-442
- Ristia, d. (2021). Faktor risiko kejadian Tuberkulosis paru pada usia produktif di wilayah kerja puskesmas sungai durian. *MPPKI (Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia): The Indonesian Journal of Health Promotion*, 4 (4): 517-523
- Ruliati Bela, d. (2018). Hubungan kondisi fisik lingkungan tempat tinggal dan perilaku penduduk dengan kejadian TB Paru BTA positif di unit pengobatan penyakit paru-paru (UP4) Pontianak. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan*, 9 (2), 19-27
- Samsugito, I. (2020). Hubungan Jenis Kelamin dan Lama Kontak Dengan Kejadian TB Paru di RS A. Wahab Sjahrane Samarinda. *Jurnal Kesehatan Pasak dan Bumi Kalimantan*, 1 (1), 28-39
- Sapto, J. P. (2021). Tinjauan Literatur: Ris Fact Peningkatan angka insidensi TB. *Jurnal Ilmiah Pannmed*, 16 (1), 106-113
- Sastroasmoro & ismael. (2014). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Sagung seto
- siyam, N. (2020). penerapan 4 pilar program pencegahan dan pengendalian infeksi Tb Paru. *higeia journal of public health research and development*, 4 (1): 113-145
- Ulfa W Rachman, d. (2021). Analisis faktor yang mempengaruhi perilaku pencegahan penularan pada pasien TB Paru. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 6 (3), 137-149
- yufa, Z. (2019). hubungan antara faktor host dan lingkungan dengan kejadian TB Paru di wilayah kerja puskesmas Palung. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7 (4), 1-8