

ANALISIS FAKTOR RISIKO PENULARAN TUBERKULOSIS PARU PADA PENDERITA TUBERKULOSIS PARU BASIL TAHAN ASAM POSITIF DI WILAYAH KERJA UPTD PUSKESMAS TAMPA

Ririn Fristanti¹, Ridha Hayati², Edy Ariyanto³.

¹Program Studi Kesehatan Masyarakat,13201, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Kalimantan Muhammad Arsyad Al Banjari Banjarmasin, NPM 18.07.0357

²Program Studi Kesehatan Masyarakat,13201, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Kalimantan Muhammad Arsyad Al Banjari Banjarmasin, NIDN 1122028802

³Program Studi Kesehatan Masyarakat,13201, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Kalimantan Muhammad Arsyad Al Banjari Banjarmasin, NIDN 1124028301

Email: ririnfristanti@gmail.com

ABSTRAK

TB Paru disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* dengan sumber penularan dari penderita TB Paru BTA positif melalui droplet. Studi ini bertujuan untuk mengetahui faktor risiko penularan TB Paru pada penderita TB Paru BTA Positif di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Tampa. Penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif pendekatan fenomenologi dengan metode *in-depth interview* terhadap 16 partisipan dan observasi kondisi rumah. Analisis data menggunakan teknik Colaizzi (1978). Hasil penelitian didapatkan 6 tema yaitu perilaku merokok informan, pengetahuan informan terhadap kebiasaan merokok dengan kejadian tb paru, riwayat paparan, resiko penularan berdasarkan ketidakpatuhan terhadap pencegahan tb paru, tingkat pendidikan, status pekerjaan dan hasil observasi kondisi rumah, luas ventilasi dan jenis dinding partisipan berpengaruh terhadap faktor resiko penularan TB paru sedangkan jenis lantai dan kepadatan hunian tidak termasuk kedalam faktor yang berpengaruh terhadap kejadian TB Paru. Pendidikan, pekerjaan, kebiasaan merokok, riwayat kontak dengan penderita dan kondisi rumah meningkatkan tingkat penularan TB Paru.

Kata Kunci : BTA Positif, Faktor Resiko, Penularan, Studi Kualitatif, Tuberkulosis Paru.

Daftar Pustaka , 45 (1999-2019)

ABSTRAC

Pulmonary TB is caused by the bacteria *Mycobacterium Tuberculosis* with a source of transmission from smear positive Lung TB patients through droplets. This study aims to determine the risk factors for transmission of pulmonary tuberculosis in patients with smear positive lung tuberculosis in the working

area of the Tampa Puskesmas UPTD. This study used a qualitative research design with a phenomenological approach with in-depth interviews with 16 participants and observation of house conditions. Data analysis using Colaizzi technique (1978). The results obtained 6 themes, namely the informant's smoking behavior, the informant's knowledge of smoking habits with pulmonary tuberculosis, history of exposure, risk of transmission based on non-compliance with prevention of pulmonary tuberculosis, education level, occupational status and observation results of home conditions, the extent of ventilation and type of walls of the participants. on the risk factors for pulmonary TB transmission, while the type of floor and occupancy density are not factors that influence the incidence of pulmonary TB. Education, employment, smoking habits, history of contact with patients and home conditions increase the rate of pulmonary TB transmission.

Keywords: Positive BTA, Risk Factors, Transmission, Qualitative Studies, Pulmonary Tuberculosis.
Literatures , 45 (1999-2019)

PENDAHULUAN

Tuberkulosis atau TB Paru adalah salah satu penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. Dimana gejala utama pasien TB Paru yaitu batuk berdahak selama dua minggu lebih dengan gejala tambahan dahak bercampur darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan turun, berat badan turun dan lain sebagainya (Risdayani,2016) . Secara global pada tahun 2016 terdapat 10,4 juta kasus TB Paru yang setara dengan 120 kasus per 100.000 penduduk. Sebagian besar estimasi insiden TB Paru pada tahun 2016 terjadi di kawasan Asia Tenggara (45 %) dimana Indonesia merupakan salah satu negara dengan insiden kasus TB Paru tertinggi dan menempati urutan ke-3 setelah Tiongkok dan India. Pada tahun 2017 di Indonesia terdapat sebanyak 420.994 kasus baru. Berdasarkan jenis kelamin jumlah kasus TB Paru di Tahun 2017 pada laki-laki 1,4 kali lebih besar dibandingkan pada perempuan (Pusat Data dan informatika Kementerian Kesehatan RI.2018; Ketut, 2019).

Provinsi Kalimantan Tengah sendiri penemuan kasus baru TB Paru pada tahun 2012 sebesar 1.522 kasus dengan jumlah perkiraan kasus baru pada tahun 2012 sebesar 4796 kasus dan 29,7% merupakan TB paru BTA positif (Profil Kesehatan Kalimantan Tengah, 2012). Kemudian berdasarkan data yang diambil dari Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia pada tahun 2018 terdapat sebanyak 2.277 kasus pada laki-laki dan 1.271 kasus pada perempuan dengan jumlah total 3.548 kasus. Hal ini terjadi kemungkinan karena laki-laki lebih terpapar faktor TB paru misalnya kebiasaan merokok dan kurangnya kepatuhan minum obat.

Pada tanggal 12 Agustus – 14 september 2019 peneliti melakukan kegiatan magang di UPTD Puskesmas Tampa yang terletak di desa Tampa RT 01 Kecamatan Paku Kabupaten Barito Timur Provinsi Kalimantan Tengah dibawah naungan Dinas Kesehatan Barito Timur. Berdasarkan data yang didapat pada saat magang terdapat 16 kasus baru TB paru yang terdiri dari 10

orang laki-laki dan 6 perempuan. Dimana data tersebut menunjukkan masih tingginya kasus TB Paru di wilayah kerja UPTD Puskesmas Tampa bila dibandingkan dengan jumlah penduduk kecamatan paku pada tahun 2019 yang mencapai 8866 jiwa. Dimana berdasarkan Permenkes No 67 Tahun 2016 tentang penanggulangan TB Paru bahwa dalam proses tahap eliminasi TB Paru harus tercapainya jumlah kasus TB paru 1 per 1.000.000 penduduk kasus TB Paru. Kejadian TB paru di wilayah kerja UPTD Puskesmas Tampa ini terjadi karena pasien gagal mengenali gejala TB paru sehingga tertundanya diagnosa dan keterlambatan pengobatan, hal inilah yang menyebabkan pasien TB paru aktif menjadi sumber penularan.

Penularan TB Paru sendiri terjadi pada saat penderita TB Paru positif batuk atau bersin, penderita menyebarkan bakteri ke udara dalam bentuk percikan dahak. Kemudian selain batuk dan bersin faktor penularnya penyakit TB Paru adalah kebiasaan buruk pasien TB Paru yang meludah sembarangan. Kebersihan lingkungan juga dapat mempengaruhi penyebaran bakteri. Misalnya, rumah yang kurang baik dalam pengaturan ventilasi sehingga kondisi lembab akibat kurang lancarnya pergantian udara dan sinar matahari dapat membantu berkembangbiaknya bakteri (Sindi, 2018). Oleh karena itu orang sehat yang serumah dengan penderita TB Paru positif merupakan kelompok yang sangat rentan terhadap penularan penyakit tersebut. Lingkungan rumah, lama kontak, dan perilaku pencegahan baik oleh penderita maupun orang yang rentan sangat mempengaruhi proses penularan penyakit TB Paru.

Proses penularan TB Paru akan dapat dijelaskan dengan melakukan penelitian secara kualitatif. Melalui penelitian kualitatif peneliti dapat mengenal penderita TB Paru secara pribadi dan mengetahui proses penularan TB Paru menurut cara pandang penderita sendiri dengan lebih mendalam. Berdasarkan latar belakang di atas peneliti tertarik untuk mengetahui penularan TB Paru pada penderita TB BTA positif di wilayah kerja UPTD Puskesmas Tampa.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif dengan desain penelitian fenomenologi. Dimana Metode fenomenologi menekankan pada pengalaman-pengalaman manusia dan bagaimana manusia menginterpretasikan pengalamannya.

Informan adalah penderita TB paru BTA positif yang tercatat di register penderita TB di wilayah kerja UPTD Puskesmas Tampa pada Januari-Desember 2019 dengan jumlah total sebanyak 16 orang.

Informan kunci yaitu keluarga pasien TB paru yang mengetahui secara keseluruhan tentang kehidupan informan sekaligus hal-hal yang bersifat pribadi dengan maksud untuk mengkonfirmasi kebenaran informasi dari informan. Informan kunci yang dibutuhkan berpartisipasi dalam proses wawancara dibutuhkan minimal sebanyak 2 orang.

Informan penelitian ini diambil secara *total sampling* yaitu mengambil seluruh pasien TB Paru BTA positif yang tercatat diregister penderita TB

Paru positif diwilayah kerja UPTD Puskesmas Tampa pada Januari-Desember 2019.

HASIL DAN PEMBAHASAN

UPTD Puskesmas Tampa merupakan salah satu Pusat Kesehatan Masyarakat yang terletak di kabupaten Barito Timur Provinsi Kalimantan tengah dengan pelayanan rawat jalan yang terletak di wilayah kecamatan paku, terdiri dari 12 desa dengan luas wilayah 272 km².

ANALISIS TEMA

Keseluruhan tema yang telah teridentifikasi merupakan hasil wawancara mendalam dan catatan lapangan selama proses pengambilan data. Penelitian ini menghasilkan tema yang dijabarkan sesuai tujuan penelitian yang memaparkan tentang faktor resiko penularan TB Paru pada penderita TB BTA Positif di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Tampa.

Tema 1. Perilaku Merokok

Tema pertama yang didapatkan yaitu Perilaku Merokok. Terbagi menjadi dua subtema yaitu perokok aktif/pekerja merokok dan perokok pasif/tidak merokok

1) Perokok Aktif/Pernah Merokok

Partisipan dikategorikan sebagai perokok aktif/pekerja merokok karena memiliki kebiasaan merokok sebelum terkena TB Paru .

a) Jumlah rokok (batang/hari)

P2 : aku lana galis 12 batang kira-kira sebungkus sehari (Bahasa maanyan :kalo saya habis 12 batang ya kira kira satu bungkuslah sehari)

P3: galis 4 batang ae sehari (Bahasa maanyan: habis 4 batang aja sehari)

P4 : erang andrau ru tau galis 16 batang (Bahasa maanyan : sehari 16 batang)

P5 : pernah ngerokok, habis 2 bungkus kurang lebih 32 batang/hari

P7 : daya gawian uyuh jari supi sawit amun puang ngudut balalu mengantuk jari erang andrau ru tau galis 16 batang ka udut (Bahasa maanya : sayakan kerja capek jadi sopir sawit kalo tidak ngerokok ngantuk jadi sehari bisa habis 16 batang)

P8 : galis ekat 4 batang ae sehari (Bahasa maanyan: habis 4 batang aja sehari)

P9 : kira-kira erang andrau ru tau galis 16 batang (Bahasa maanyan: ya kira-kira kalo sehari 16 batang lah)

P10 : sekitar 16 batang/hari

P14: amun aku lana paling galis 6 batang erang andrau, paling amun udi kuman balalu kaiyat andri kamalem pas marisak (Bahasa maanyan:kalo saya sehari cuma

6 batang aja paling kalo habis makan pagi sama malam pas dingin

P15 : erang andrau ru lana 8 batang (Bahasa maanyan : kalo sehari kira-kira 8 batang aja)

b) Lama merokok

P2 : haut 26 taun tika umur 28 taun (bahasa maanyan : dari umur 28 kalo dihitung-hitung 26 tahun ngerokok)

P3 : 6-7 taun kira-kita (6-7 tahun kita-kira)

p4 : amun ngudut tika umur 36 taun aku, pas bagawi jari satpam na tiap malem bagadang eleh balalu mulai ngudut jari amun na hitung-hitung tau sa 30 taunan (Bahasa maanyan : kalo ngerokok dari umur 36 saya, waktu kerja jadi satpam tiap malam begadang terus jadi mulai ngerokoknya sekitar 30 tahun)

P5 : mungkin ngerokok sekitar berjalan 6 tahun

P7 : amun aku tika kakaiya haut ngudut pas umur 18 taun haut ngudut biasa leh daya pergaulan, amun hamper sahanan sakit ru tau sakitar 38 taun ngudut (Bahasa maanyan : saya dari muda udah ngerokok pas SMA umur 18 tahun udah ngerokok biasa lah pergaulan kalo sampe sebelum sakit 38 tahun udah ngerokok)

P8 : sekitar 52 taun (Bahasa maanyan : udah 52 tahun)

P9 : amun na total-total tau sa hamper 22 tau lawah ngudut (Bahasa maanyan : sekitar 22 tahun kalo ditotal-total ngerokoknya)

P10 : tika tau 98 ngudut pas umur 15an jari haut sekitar 21 taun (bahasa maanyan : dari tahun 98 ngerokok pas umur 15an jadi 21 tahunan)

P14 : lawah tuu aku ngudut, 50 taunan tau (Bahasa maanyan: lama ya udah ngerokoksaya 50 tahun bias)

P15 : hau tika taun pire kah pakaitung pada, pokok ni tika kawaiya haut ngudut mungkin tau sa hamper 48 taun (Bahasa maanyan : dari tahun berapa ya lupa dari muda lah udah rokok mungkin 48 tahun)

Dari hasil wawancara mendalam semua informan laki-laki merupakan perokok aktif/pernah merokok dimana mereka menyatakan bahwa mereka merokok/pernah merokok dengan jumlah rokok berkisaran antara 4 -32 batang /hari dan durasi lamanya merokok dengan kisaran 6-52 tahun. Berdasarkan pernyataan informan kebiasaan merokok ini dilakukan informan dikarenakan pergaulan dan kebiasaan merokok sejak muda, sebagian lagi mengatakan diakibatkan karena faktor pekerjaan seperti sebagai penambah semangat disaat bekerja dikarenakan kelelahan kerja dan supaya tidak mengantuk disaat bekerja. Dosis

efek dari merokok dapat dihitung dengan menggunakan Indeks Brinkman (IB). IB merupakan hasil perhitungan dari jumlah rokok yang dihisap perhari (batang) dikali lama merokok (tahun). Klasifikasi untuk IB dapat dikategorikan sebagai perokok ringan (0-199), perokok sedang (200-599), perokok berat (≥ 600) (yufa, 2016).

Kemudian dari hasil wawancara mendalam didapatkan bahwa terdapat 1 orang dengan kategori perokok berat yaitu dengan jumlah rokok yang dihisap sekitar 16 batang/hari dikalikan lama merokok yaitu 38 tahun dengan hasil IB 608 dan 8 orang perokok sedang dengan kisaran 6-32 batang/ hari dan durasi merokok sekitar 6-52 tahun dengan IB berkisar antara 192-480 dan 1 orang perokok ringan yaitu dengan jumlah rokok 4 batang/hari dan durasi lama merokok 7 tahun sehingga didapatkan IB berjumlah 28.

Kebiasaan merokok dan kejadian TB Paru berdasarkan data di atas sejalan dengan beberapa penelitian yang mengatakan bahwa mereka yang merokok (termasuk yang masih merokok dan yang sudah berhenti merokok) mempunyai risiko menderita TB Paru 3 kali lebih tinggi terkena TB Paru bila dibandingkan dengan yang tidak merokok. Banyaknya pajanan asap rokok ini dipengaruhi oleh kuantitas rokok yang dihisap serta faktor lain yang mendukung seperti lamanya merokok seseorang yang telah merokok bertahun-tahun akan mengalami dampak buruk yang ditimbulkan dari asap rokok, dimana hasil dari asap rokok dapat mengganggu efektifitas sebagian mekanisme pertahanan respirasi sehingga merangsang pembentukan mukus dan menurunkan pergerakan silia akibatnya terjadi penimbunan mukosa dan meningkatkan risiko pertumbuhan bakteri tuberkulosis. Semakin lama durasi merokok seseorang maka semakin besar pula risiko terserang TB Paru, hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fansiskus Tandang tahun 2018, menyatakan bahwa responden dengan riwayat lama merokok ≥ 15 tahun lebih banyak menderita TB Paru. Kemudian dalam sebuah penelitian menyebutkan bahwa seseorang yang menghisap rokok >10 batang/hari memiliki risiko 3,98 kali terkena TB paru dibandingkan dengan orang yang tidak merokok dan seseorang yang menghisap rokok > 10 tahun memiliki risiko 2,96 kali terkena TB paru dibandingkan dengan orang yang tidak merokok (yufa, 2016).

2) Perokok pasif/tidak Merokok

Partisipan dikategorikan sebagai perokok pasif/tidak merokok karena bukan perokok namun memiliki riwayat paparan asap rokok sebelum terkena TB Paru .

a) Paparan dari anggota keluarga

P6 : ada anak saya ada yang ngerokok

P13 : naan nantu ku ngudut tiap andrau panalu daya isa lewu (Bahasa maanyan: ada menantu saya bu ngerokok, ya tiap hari ketemu)

P11 : amah ni sa ngudut (Bahasa maanyan : suami yang ngerokok)

P12 : amah ni baya anak ku ngudut (Bahasa maanyan :suami sama anak saya)

P16: amun hang lewu amah ni sa ngudut (Bahasa maanyan : kalo dirumah bapaknya yang ngerokok)

b) Paparan dari luar rumah

P1: kalo ditempat kerja masih ada yang ngerokok kadang kadang dekat kalo lg ngobrol

Berdasarkan pernyataan informan dari wawancara mendalam, 5 orang informan yang berjenis kelamin perempuan terpapar asap rokok dari anggota keluarga serumah baik dari suami, anak dan menantu, dan 1 orang dari teman kerja/dari luar rumah dimana dari beberapa partisipan menyatakan tidak menjaga jarak saat ada yang merokok. Paparan rokok terhadap perokok pasif juga dapat meningkatkan risiko terkena penyakit TB Paru. Semakin sering paparan asap rokok yang dialami oleh perokok pasif maka semakin tinggi pula risiko terkena TB Paru dibandingkan dengan perokok aktif, hal ini disebabkan karena pada perokok aktif sebagian kecil saja asap yang masuk ke tubuh dan paru-paru, sementara asap sisanya di hembuskan ke udara dan bisa secara langsung terhirup oleh orang lain selaku perokok pasif. Asap rokok yang di hembuskan ke udara oleh perokok aktif bisa bertahan lama sampai 2,5 jam. Meskipun asap rokok sudah menghilang dan tidak tercium lagi, namun 4.500 bahan kimia yang memiliki berbagai efek racun, mutagenik, dan karsinogenik seperti zat nikotin, tar, dan gas *CO* masih beterbangan di udara dan bahaya ini akan semakin besar apabila berada di ruangan tertutup dan sempit. Hal ini yang menyebabkan risiko terkena TB Paru akan meningkat 9 kali lipat bila ada satu perokok dalam satu rumah (Kemenkes RI,2013). Penelitian Yulistianingrum di tahun 2010 juga menyatakan bahwa orang yang tinggal pada keluarga yang mempunyai kebiasaan merokok dan terdapat penderita TB positif dalam lingkungan keluarga tersebut mempunyai risiko 4 kali lebih besar terkena TB Paru. Zat-zat tersebut di atas memiliki efek proinflamasi dan immunosupresif pada sistem imun saluran pernafasan sehingga apabila terdapat sumber penularan TB Paru maka ketika sistem imun pernafasan lemah bakteri tuberkulosis akan dengan mudah masuk dan berkembang di dalam paru-paru.

Tema 2. Pengetahuan informan terhadap kebiasaan merokok dengan kejadian TB Paru

Tema kedua yang didapatkan yaitu Pengetahuan informan terhadap kebiasaan merokok dengan kejadian TB Paru dengan subtema mempengaruhi kesehatan dan pengobatan

1) Mempengaruhi kesehatan dan pengobatan

Dari hasil wawancara mendalam yang informan tahu mengenai kebiasaan merokok dan kejadian TB Paru yaitu dapat mempengaruhi kesehatan dan pengobatan seperti kondisi makin parah, memperburuk paru, memperlambat proses kesembuhan.

a). Kondisi makin parah

P1 : bisa memperparah penyakit

P2 : amun ngudut tau tamah batuk-batuk ni, balalu tau magin para emah ni (Bahasa maanyan : kalo ngerokok bisa tambah batuk-batuk terus)

P6 : ya makin parah lah kira-kira

P10 : nyata ni tau makin parah penyakit ni (bahasa maanyan:bertambah parah itu penyakitnya)

P16 : tau sa kira ku makin parah (bahasa maanyan : kira-kira bias makin parah)

b). Memperburuk paru

P3:tau nanrusak paru-paru (bahasa maanyan : paru-paru bisa rusak)

P4 : dami atuk udut ru masuk ma paru-paru tau nguklah rusak (bahasa maanyan :asap masuk ke paru bikin rusak kan)

P5: kalo merokok menghirup asap ke dalam paru-paru membuat paru rusak

P7 : tau nyanrusak paru-paru (bahasa maanyan:merusak paru-paru)

P8 : amun atuk ni terhirup tau rusak paru-par, taduh pas sakit (bahasa maanyan : kalo asap rokok terhirup paru-paru jadi rusa, berhenti pas sakit)

P9: paru-paru tau palus rusak wuah atuk udut ru, puang lagi daya sayang nyawa (bahasa maanyan : Paru-paru rusak kalo kena asap rokok, engga lagi karena sayang sama nyawa)

P14: memperburuk kondisi, paru-paru tau rusak (bahasa maanyan : memperburuk kondisi, paru bisa rusak)

P15 : amun ngudut tau makin parah paru-paru , taduh (bahasa maanyan : ya kalo merokok paru-parunya bisa lebih parah,berhenti)

c) Memperlambat proses kesembuhan

P11 : memperlambat proses kesembuhan

P12 : pengobatan ni makin lawah amun ngudut (bahasa maanyan :pengobatan bisa lama kalo rokok)

P13 :ware ni tau lawah (bahasa maanyan : sembuhnya bisa lama)

Dari hasil wawancara semua partisipan mengatakan bahwa kebiasaan merokok dengan kejadian TB Paru dapat mempengaruhi kesehatan dan pengobatan yang didapat dari kata kunci pernyataan informan yaitu seperti “*kondisi makin parah*” dinyatakan oleh 5 partisipan, “*memperburuk paru*” dinyatakan oleh 8 partisipan dan , “*memperlambat proses kesembuhan*” dinyatakan oleh 3 partisipan. Hal tersebut menunjukkan bahwa pengetahuan informan terhadap kebiasaan merokok dengan kejadian TB paru cukup baik. Dalam skripsi sigit tahun 2011 mengatakan bahwa pengobatan pasien tb yang masih memiliki kebiasaan merokok memiliki resiko 38,5 kali lebih besar untuk gagal dibandingkan dengan pasien tidak memiliki kebiasaan merokok . Merokok dapat memberi efek merusak dari tuberculosis melalui berbagai mekanisme seperti menyebabkan kerusakan fungsi hati sehingga memperburuk penyakit tuberculosis itu sendiri. Hal ini dapat dijelaskan karena zat kimia yang terkandung didalam asap rokok dapat menyebabkan inflamasi dan pada akhirnya menyebabkan sirosis hati. Merokok juga dapat meningkatkan produksi sitokin, zat kimia yang memperparah inflamasi dan kerusakan sel-sel hati. Ketika hati mengalami masalah maka proses pengobatan juga akan terkendala, dimana ada tiga obat antibiotik yang digunakan pada saat pengobatan TB Paru seperti *isoniazid*, *rifampisin*, dan *pirazinamid* yang di minum selama 6 bulan, dimana semuanya diproses oleh tubuh di organ hati.

Tema 3. Riwayat Paparan

Tema ketiga yang didapatkan yaitu riwayat paparan dengan subtema adanya interaksi dengan pasien TB Paru BTA positif ≥ 3 bulan

1) adanya interaksi dengan pasien TB Paru BTA Positif ≥ 3 bulan

Berdasarkan pernyataan dari informan dari hasil wawancara mendalam kejadian TB Paru yang dialami karena adanya kontak dengan pasien TB Paru baik kontak serumah atau kontak dari luar rumah

a) Kontak serumah

P1 : dulu ada nenek, tinggal sama kami 2-3 bulan

P4 : ha hie amah ku pada wuah TBC ri , tiap andrau (bahasa maanyan : ada dulu bapak kena TBC juga, tiap hari)

P11: naan amah ku sadi wuah TB,kude berobat ni puang selesai, kami sadi muneng isa lewu andri here sahuan naan lewu raerai (bahasa

maanyan : ada dulu bapak saya kena TB, tp berobatnya gk selesai, kami tinggal satu rumah dengan beliau sebelum punya rumah sendiri dulu)

b) Kontak di luar rumah

P2 : tika tetangga kami, tiap andrau naan-naan leh panalu (bahasa maanyan: dari tetangga, tiap hari ketemu)

P3: hau pakarasa pada tika awe sa pandapat penyakit iri, amun kami erang lewu mahi kecuali amun tika kawan hengau (bahasa maanyan: gk tau juga dari mana dapatnya soalnya kami di rumah gk ada yang kena kecuali dari teman)

P7: amun keluarga mahi sa wuah iru kecuali tetangga pada hie suah wuah tiap andrau pasti panalu (bahasa maanyan: kalo keluarga tidak ada yang kena ada dari tetangga kan dulu pernah kena juga, tiap hari ketemu)

P8: naan sadi tika unengan bagawi, tiap andrau panalu (bahasa maanyan: ada dulu dari tempat kerja, tiap hari ketemu)

P9: amun panrasaen ku mahi pang keluarga sa wuah, kude amun tika luar rumah kemungkinan naan, amun pire lawah kontak ni pang iyuh na hitung daya panalu ni sa gaha, ha kawan hengau (bahasa maanyan: kalo yang saya tahu keluarga tidak ada yang kena tapi kalo dari luar rumah kemungkinan ada, kalo berapa lama kontaknya tidak bias dihitung soalnya sering , ya teman-teman lah)

P13: naan dihang tata ku sadi sakit iru pada, amun na eyau gaha panalu ya puang jua lana 2 minggu sekali nyuwuk hanye papalusan nganyu kawan weah baya kenah papalusan selama hanye sakit (bahasa maanyan : ada almarhum kakak saya dulu sakit itu juga, kalo dibilang sering ketemu ya tidak juga biasanya 2 minggu sekali jenguk dia sekalian ngasih beras sama ikan selama dia sakit)

P14: amun panrasaen ku naan sadi ru hengau isa kantor wuah TB ri, tiap andrau panalu dami bagawi nelang bataun-taun ni (bahasa maanyan: kalo yang saya tahu ada teman satu kantor kena TB dulu, tiap hari ketemu pas kerja bertahun tahun sama sama)

Berdasarkan pernyataan dari informan dari hasil wawancara mendalam kejadian TB Paru yang dialami karena adanya kontak serumah dengan pasien TB Paru yaitu oleh 4 informan, maupun kontak dari luar rumah yaitu oleh 6 informan.

Riwayat kontak penderita dalam satu keluarga dengan anggota keluarga yang lain atau pun riwayat kontak dari luar rumah dengan orang yang menderita TB paru merupakan hal yang sangat penting, dengan adanya anggota keluarga maupun orang lain yang menderita TB paru aktif (seseorang yang sudah menderita penyakit TB Paru dan mengalami gejala-gejala TB Paru sehingga memungkinkan untuk menularkan) , serta sering berinteraksi atau kontak maka seluruh anggota keluarga ataupun orang yang sering berinteraksi dengan pasien TB tersebut akan rentan dengan kejadian TB paru termasuk juga anggota keluarga yang dekat. Hal ini dikarenakan bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* memiliki ukuran yang sangat kecil, bersifat aerob dan mampu bertahan hidup dalam dahak yang kering dan sangat mudah menular melalui ekskresi inhalasi baik melalui nafas, batuk, bersin ataupun berbicara.

Riwayat kontak anggota keluarga yang serumah dan orang yang sering kontak dengan pasien TB paru lebih dari atau sama dengan 3 bulan berisiko untuk tertular. Dari penelitian sebelumnya didapatkan sebesar 63,8% yang terdeteksi menderita TB paru yang berasal dari kontak serumah dengan keluarga atau orang tua yang menderita TB paru positif (Rusnoto, 2007). Riwayat penularan anggota keluarga jika ada yang menderita TB paru juga akan mampu menularkan 79,781 kali dari keluarga yang tidak ada menderita TB paru Sedangkan responden yang memiliki riwayat kontak bisa dikatakan memiliki risiko tinggi menderita TB paru BTA positif yaitu 5 kali lebih besar dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki riwayat kontak.

Orang yang memiliki riwayat paparan ini dapat mengalami TB aktif jika daya tahan tubuhnya lemah namun orang dengan daya tahan tubuh yang baik bisa mengalami TB laten. Dimana TB laten ini sendiri terjadi ketika tubuh sudah didiami bakteri tuberkulosis namun sel darah putih dapat melawan bakteri ini sehingga tidak mengalami gejala-gejala penyakit TB Paru dan tidak berpotensi menularkan orang lain. Meskipun demikian bakteri dapat aktif kembali ketika daya tahan tubuh melemah sehingga memberi ruang untuk bakteri berkembang menjadi lebih parah . Oleh sebab itu meski tidak mengalami gejala tuberkulosis, pasien TB laten

perlu melakukan pengobatan guna mencegah aktifnya infeksi bakteri tuberkulosis .

Untuk yang terdeteksi TB Paru aktif maka akan dilakukan pengobatan selama 6 bulan dan harus dilakukan secara rutin serta tidak boleh berhenti di tengah pengobatan karena akan mengakibatkan bakteri kebal terhadap obat. Untuk TB Laten dapat dideteksi dengan melakukan uji tuberkulin, pemeriksaan dahak di laboratorium, tes darah dan pemeriksaan rontgen. Untuk pengobatannya sendiri berbeda dengan TB aktif dimana pemberian obat anti TB dapat dilakukan dengan pemberian isoniazid saja, rifamin saja atau kombinasi isoniazid dan rifampine. Pemberian obat dan lamanya pengobatan harus sesuai dengan kondisi masing-masing pasien.

Tema 4. Resiko Penularan Berdasarkan Ketidak Patuhan Terhadap Pencegahan TB Paru

Tema keempat yang didapatkan yaitu resiko penularan berdasarkan ketidakpatuhan terhadap pencegahan TB Paru dengan subtema cara batuk dan pembuangan dahak, cara berkomunikasi, kebiasaan makan minum, kebiasaan mandi, kebiasaan tidur, kebiasaan menjemur peralatan mandi

1) Cara batuk dan pembuangan dahak

a). Batuk tidak ditutup

P3 : dami batuk lana aku menjauh jaga jarak (bahasa maanyan : kalo batuk biasanya saya menjauh jaga jarak aja)

P6 : kalo batuk ya batuk seperti biasa

P8 :tulak jaga jarak amun naan ulun (bahasa maanyan : pergi jaga jarak kalo ada orang)

P9 : amun lagi batuk agak menjauh jaga jarak, takut hampit (bahasa maanyan: kalo lagi batuk agak menjauh jaga jarak, takut nularin).

P10: amun batuk palus tulak aku puang riet here, amun batuk ru pada hame ang sawat nutup wawa (bahasa maanyan: kalo batuk langsung pergi tidak dekat mereka, kalo batuk jua tidak sempat nutup mulut).

b). Pembuangan dahak ke udara terbuka

P1 : tidak ada buang dahak lewat jendela keluar rumah

P3 : ngumpe dahak ru ma luar lewu ae (bahasa maanyan: kalo buang dahak biasanya keluar rumah)

P5 : gk juga sih buang dahak keluar rumah dari jendela/pintu ketanah

- P6 : biasanya buang ke luar lewat jendela, lebih enak enggak ribet ke wc terus)*
- P8 : ma luar lewu daya tau jangkit amun na umpe hang wuang lewu (bahasa maanyan: ke luar rumah soalnya bias jangkit kalo sembarang dibuang didalam rumah)*
- P9 :na umpe ma tane ae amun baran umpe hang wuang lewu tau hampit (bahasa maanyan:dibuang ke tanah kalo sembarang buang di dalam rumah bias jangkit)*
- P10 : ngumpe pi tane lebih praktis itah jendela atau pintu, ngampan ulun hang wuang lewu puang hampit (bahasa maanyan: buang ke tanah aja lebih praktis lewat jendela atau pintu supaya orang rumah tidak jangkit)*
- P12 : keluar rumah (bahasa maanyan : ma luar lewu)*
- P13 : ngumpe ma luar lewu ae ngampan ada wuah here sa hang wuang lewu na (bahasa maanyan: buang keluar rumah aja supaya tidak menjangkiti mereka yang dirumah)*
- P16: mahi la tempat khusus, dami batuk umpe ma luar, ngampan ada jangkit ma here hang lewu (bahasa maanyan: tidak ada menyediakan tempat khusus, kalo batuk buang keluar dahaknya supaya tidak menjangkiti yang lainnya)*

2)Cara berkomunikasi

a). Tidak jaga jarak

- P1 : terkadang tidak jaga jarak karena punya anak kecil susah jaga jarak*
- P2 : puang, biasa ae kala lana sahan sakit (bahasa maanyan : biasa aja kaya dulu sebelum sakit).*
- P6 : enggak, duduk kaya biasa aja*
- P11: puang jaga jarak daya ba anak halus (bahasa maanyan :tidak jaga jarak karena punya anak kecil)*

b). Tidak menggunakan masker

- P3 : kadang-kadang pake kadang kadang engga kadang-kadang pakai kadang-kadang tidak*
- P4 : puang Makai daya nanam ni puang leluasa mahewuk, heke nanam ni (bahasa maanyan: tidak pakai soalnya berasa susah nafas, sesak rasanya)*

P6 :jarang pake masker

*P9 :puang Makai masker (bahasa maanyan :
engga pakai masker)*

*P10 :mahi Makai masker (bahasa
maanyan :tidak menggunakan masker)*

*P13 : puang Makai masker daya heke mahewuk
bulu nelang matueh na agak ribet amun
Makai masker (bahasa maanyan :tidak
pakai masker soalnya berasa susah nafas
dan agak ribet kalo pakai masker)*

*P14 : puang Makai masker (bahasa
maanyan :tidak pakai masker)*

*P15: puang Makai masker (bahasa
maanyan :tidak menggunakan masker*

*P16 :pasuah Makai masker aku (bahasa
maanyan: tidak pernah pakai masker saya)*

3) Kebiasaan makan dan minum

a) Makan bersama

P1 : iya masih makan sama-sama

*P2 : amun kuman kamalem masih sasameh
(bahasa maanyan: kalau makan malam
masih sama-sama)*

*P4 :hiyai masih kuman sasameh hantek ni
(bahasa maanyan : masih makan sama-
sama kadang-kadang)*

P6 :masih

*P7 :amun kuman masih sasameh apalagi amun
kamalem (kalau makan masih sama-sama
apalagi kalo malam).*

*P10 :amun kuman masih sasameh (bahasa
maanyan: kalau makan masih sama-sama)*

*P13 : masih kuman sasameh (bahasa maanyan:
masih makan bersama)*

*P14: masih kuman sasameh hantek ni paling
kamalem (bahasa maanyan:masih makan
bersama apalagi makan malam)*

P15: masih

*P16 : masih sasameh (bahasa maanyan:masih
makan bersama)*

4) Kebiasaan mandi

a) Penggunaan alat mandi bersama

P1 : pake sabun yang sama-sama

P5 : kalo alat mandi masih sama-sama

P6 : iya masih digunakan sama-sama

P7: sasameh amun alat mandi(bahasa maanyan :kalo alat mandi dipakai bersama)

5) Kebiasaan tidur

a) Tidur masih sekamar

P1 :kalo dengan anak masih

P2 : masih andri ineh here daya kamar pas-pasan (bahasa maanyan:masih tidur sekamar dengan istri soalnya kamarnya pas-pasan)

P4 : masih daya andi darangan (bahasa maanyan : masih tidur sekamar dengan istri)

P5: tidur sekamar

P6: masih, soalnya rumah tidak terlalu luas paling beda tilam aja

P7: masih mandre sasameh daya kamar butit (bahasa maanyan:masih tidur bersama soalnya kamarnya sedikit)

P9: masih erang kamar dagana kamar ni butit (bahasa maanyan: masih tidur sekamar soalnya kamarnya sedikit)

P10: masih mandre baya darangan (bahasa maanyan: masih tidur sama istri)

P11 : kadang-kadang mandre sekamar daya sa halus ru pakalepak (bahasa maanyan: kadang-kadang tidur sekamar soalnya anak saya yang paling kecil susah tidur kalo pisah dari saya)

P12: masih mandre andri amah ni (bahasa maanya:masih tidur sama suami)

P13 : masih mandre sasameh daya kamar pas-pasan (bahasa maanyan: masih tidur sama-sama soalnya kamar pas-pasan)

P14 : masih mandre sasameh daya andri itak here (bahasa maanyan: masih tidur sama sitri)

P16 :amun mandre masih andri amah here, dagana kamar naan 3 balalu babagi andri kawan anak (bahasa maanyan:kalo tidur masih sama suami, soalnya kamar ada tiga yang dua punya anak-anak satu kamar buat kami dua bapaknya)

6) Kebiasaan menjemur peralatan tidur

a) Jarang menjemur

P3 : dua minggu sekali

P4: jarang na kekay (bahasa maanyan: jarang dijemur)

P13: jarang 3 minggu paling hindra (bahasa maanyan: jarang 3 minggu paling sekali)

P14 :jarang erang wulan paling hindra (bahasa maanyan : jarang dijemur paling sebulan sekali)

P15 : 2 minggu sekali

Kepatuhan terhadap pencegahan TB Paru sangat penting karena bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* memiliki ukuran yang sangat kecil, bersifat aerob dan mampu bertahan hidup dalam dahak yang kering dan sangat mudah menular melalui ekskresi inhalasi baik melalui nafas, batuk, bersin ataupun berbicara.

Proses penularan melalui riwayat kontak dapat kita liat melalui kebiasaan pasien dan anggota keluarga dalam pencegahan dan penularan Tb Paru seperti pemisahan alat makan, minum dan alat mandi dengan pasien kemudian tidak tidur sekamar dengan pasien, menyediakan tempat khusus untuk pembuangan dahak, menutup mulut dan hidung ketika batuk dan bersin dan lain-lainnya.

Dalam penelitian Didin (2015) menyatakan penting bagi pasien TB Paru sendiri untuk mengetahui etika batuk, bersin dan pembuangan dahak yang benar ketika sedang berada di rumah maupun di luar rumah. Dari hasil wawancara yang berhubungan dengan cara batuk dan pembuangan dahak, 4 dari 16 informan menyatakan bahwa ketika batuk mereka tidak menutup mulut. Penerapkan etika batuk sangatlah penting untuk mencegah terjadinya proses penularan. Beberapa cara batuk dan bersin yang benar adalah ketika batuk dan bersin wajib memalingkan wajah dari orang lain, menutup hidung dan mulut dengan bagian dalam lengan, atau dapat pula dengan menggunakan tisu atau sapu tangan , atau menutup mulut dengan tangan dan segera mencuci tangan setelahnya dan menghindari batuk di tengah orang banyak.

10 informan menyatakan bahwa mereka masih melakukan pembuangan dahak ke udara terbuka seperti ketanah melalui jendela atau pintu. Kebiasaan membuang dahak ke sembarang tempat atau pada tempat terbuka mempunyai peran terhadap terjadinya kejadian TB Paru. Bakteri yang berasal dari dahak ini dapat menguap dan menyebabkan bakteri yang terdapat dalam dahak tersebut akan bertebaran di udara dan mampu bertahan selama 20-30 jam pada tempat yang tidak terkena mata hari sehingga bisa terhirup oleh orang disekitarnya. Terkait etika berdahak dirumah, pasien TB sebaiknya perlu menyediakan wadah khusus untuk membuang dahak dan sebelum digunakan tuangkan cairana anti bakteri atau

karbol ke dalam wadah untuk membuang dahak dimana fungsi dari cairan tersebut untuk membunuh bakteri TB yang ada didalam dahak kemudian setelah wadah terisi banyak bisa dibuang ke kloset lalu disiram ataupun ketika batuk langsung membuang dahak ke kloset kemudian disiram. Penelitian Didin tahun 2015 juga mengatakan tentang praktik meludah pada tempat khusus dimana memiliki risiko penularan yang rendah terhadap anggota keluarga yang lainnya.

Kemudian dari hasil wawancara tentang cara berkomunikasi yang tidak jaga jarak masih dilakukan oleh 4 informan dari total semua informan yang ada, karena dari beberapa partisipan masih memiliki anak kecil sehingga sangat sulit untuk memberi pemahaman kepada anak kecil untuk jaga jarak. Kemudian dari semua informan 9 diantaranya menyatakan bahwa mereka tidak menggunakan masker, beberapa partisipan tersebut beralasan dikarenakan terasa sesak atau kesulitan bernafas apabila menggunakan masker. Ketidapatuhan pasien dalam menggunakan masker dapat menularkan orang lain melalui percikan droplet di udara ketika pasien batuk ataupun bersin. Itulah sebabnya pasien TB selalu disarankan untuk menggunakan masker saat berada dirumah, di tempat umum hingga di tempat keramaian dimana masker bermanfaat untuk mencegah agar percikan droplet dari pasien TB tidak menyebar ke udara dan untuk masker yang sudah digunakan pasien tidak boleh dibuang sembarangan agar tidak tersentuh oleh orang lain.

Kebiasaan makan dan minum yang dilakukan pasien TB Paru yaitu masih makan bersama dengan anggota keluarga yang lain selama sakit. Hal ini masih dilakukan oleh 10 informan. Kebiasaan makan bersama ini akan menimbulkan risiko penularan apabila pada saat makan tidak jaga jarak dengan pasien TB paru dan menggunakan alat makan bersama dengan pasien TB Paru yang sudah terkontaminasi oleh bakteri tuberkulosis. Dalam penelitian Didin tahun 2015 penderita TB Paru tidak disarankan untuk makan dengan anggota keluarga yang lainnya, perlengkapan makan seperti piring, gelas dan lainnya yang digunakan penderita sebaiknya direbus dahulu sebelum dipakai oleh orang lain.

Kebiasaan mandi seperti penggunaan alat mandi bersama dengan pasien TB Paru masih dilakukan oleh 4 informan. Walaupun penularan TB Paru berasal dari udara yang terkontaminasi droplet namun penggunaan alat mandi bersama dengan pasien TB paru pun dapat

menjadi jembatan penularan TB Paru. Menurut Depkes RI (2009) pencegahan juga dapat dilakukan dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yaitu makan makanan bergizi, tidak merokok dan minum-minuman keras, olah raga secara teratur, beristirahat cukup, dan tidak tukar menukar peralatan mandi.

Dari 16 informan sebanyak 13 informan yang masih memiliki kebiasaan tidur sekamar dengan pasien TB Paru, hal tersebut dikarenakan berdasarkan keterangan dari informan bahwa mereka memiliki kamar yang pas-pasan dan karena merupakan pasangan suami istri sehingga umumnya tidur pada kamar yang sama. Berdasarkan data tersebut dapat kita simpulkan kejadian tb paru juga berhubungan dengan perilaku tidur bersama pasien TB paru dimana penularan penyakit TB Paru ini terjadi ketika seseorang menghirup udara yang terkontaminasi bakteri karena pada saat tidur kemungkinan pasien akan batuk dan mengeluarkan droplet ke udara. Itulah sebabnya pasien TB Paru disarankan untuk jaga jarak dan tidur dikamar terpisah agar tidak terjadi kontak secara langsung dengan anggota keluarga lain. Dalam penelitian meithyra tahun 2019 menyatakan apabila pasien TB paru memiliki kebiasaan tidur dengan anggota keluarga lain, akibatnya frekuensi dan durasi kontak dengan penderita menjadi lebih sering dan lama. Frekuensi batuk semalaman dapat meningkat karena pasien tidak menutup mulut disaat batuk dan bersin serta tidak menggunakan masker sehingga orang yang sekamar dengan pasien TB Paru dapat terpapar oleh bakteri tuberculosis sepanjang malam sehingga resiko untuk tertular semakin besar.

Kebiasaan jarang menjemur peralatan tidur masih dilakukan oleh 5 informan yang dilakukan 2 minggu sekali bahkan lebih. Pentingnya untuk menjemur peralatan tidur pasien TB secara rutin karena pada saat tidur bisa jadi pasien TB tidak sadar batuk sehingga dropletnya menempel pada peralatan tidur. Menjemur peralatan tidur di bawah sinar matahari langsung dapat membunuh bakteri TB Paru, dimana sinar matahari sendiri mengandung sinar ultraviolet (Didin, 2015)

Uraian di atas sejalan dengan penelitian Rusnoto tahun 2007 dimana risiko penularan anggota keluarga jika ada yang menderita TB paru akan mampu menularkan 79,781 kali dari keluarga yang tidak ada menderita TB paru apabila pencegahan penularan TB Paru tidak dilakukan.

Tema 5. Tingkat Pendidikan

Tema Kelima yang didapatkan yaitu Tingkat Pendidikan. Terbagi menjadi satu subtema yaitu pendidikan terakhir.

1). Tingkat Pendidikan

Dari hasil wawancara mendalam pada penelitian didapatkan hasil tingkat pendidikan partisipan dapat dikategorikan menjadi Pendidikan Dasar (SD/SMP), Pendidikan Menengah (SMA), pendidikan Atas (D3/S1)

a). Pendidikan Dasar (SD/SMP)

P4 :SMP

P6 : SD

P8 :SR

P9 :SMP

P10 :SD

P13 :SR

P14 :SR

P15 : SR

P16 : SD

P1 :SMA

P2 :SMA

P3 :SMA

P5:SMA

P7:SMA

P12:SMA

b) Pendidikan Atas (D1/S1)

P11 : SARJANA ADMINISTRAS

Dari hasil wawancara mendalam didapatkan pendidikan yang telah mereka tempuh yakni 9 orang informan menempuh pendidikan dasar, 6 orang partisipan menempuh pendidikan menengah, dan 1 orang partisipan menempuh pendidikan tinggi. Karena tingkat pendidikan informan didominasi pendidikan dasar maka dapat dikatakan bahwa latar belakang pendidikan mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang terhadap pencarian pengobatan, pencegahan penyakit dan pola hidup sehat. Perilaku seseorang berkaitan erat dengan pengetahuan yang dimilikinya. Pengetahuan tersebut diperoleh antara lain melalui pendidikan. Pendidikan itu sendiri adalah dasar terbentuknya perilaku seseorang sehingga pendidikan dikatakan sebagai faktor kedua terbesar dari faktor sosial ekonomi yang mempengaruhi status kesehatan (Azhar, 2013)

Semakin rendah pendidikan seseorang maka semakin besar risiko untuk menderita TB paru. Pendidikan berkaitan dengan pengetahuan yang nantinya berhubungan dengan upaya pencarian pengobatan. Pengetahuan yang dipengaruhi oleh tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor pencetus yang berperan dalam mempengaruhi keputusan seseorang untuk berperilaku sehat. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka pengetahuan tentang TB paru semakin baik sehingga pengendalian agar tidak tertular dan upaya pengobatan bila terinfeksi juga maksimal (Nurjana,2015).

Tema 6. Status Pekerjaan

Tema Keenam yang didapatkan yaitu Status pekerjaan. Terbagi menjadi dua subtema yaitu bekerja dan tidak bekerja.

1). Bekerja

Dari hasil wawancara mendalam pada penelitian didapatkan hasil Status Pekerjaan partisipan dapat dikategorikan menjadi jenis pekerjaan partisipan

a). Jenis Pekerjaan

P1 : Buruh sawit bagian perawatan ,kalo penghasilan tidak menentu tergantung kehadiran dalam sehari, karena sehari tu ada targetnya tersendiri, kalo sesuai target biasanya 100 ribu rupiah dalam sehari

P2 :aku bagawi swasta, amun penghasilan perbulan sekitar 2 hampe 3 juta (bahasa maanyan: saya kerja Swasta, penghasilan perbulan 2-3 jutaan)

P3 : petugas damkar, gaji per bulan sekitar 750 ribu daya status masih kontar (bahasa maanyan: Petugas damkar, penghasilan tiap bulan digajih 750 rb soalnya status kontrak saja)

P4 : satpam, perbulan kaiyuh 2 jutaan lah (bahasa maanyan: Satpam,perbulan dapat 2 jutaan lah)

P7 : Sopir Sawit, lana ni kaiyuh 2 juta per bulan (bahasa maanyan : sopir sawit, biasanya dapat 2 juta per bulan)

P9 : mamantat, amun penghasilan ru puang menantu tergantung haraga gatah, amun sa kasameh taati haraga gatah 5500 tau kaiyuh 400 ribu per bulan ni (bahasa maanyan : Petani Karet, kalua penghasilan tidak menentu tergantung harga karetinya, kalau kaya sekarang harga karet 5500 per kilo jadi perbulan bias dapat 400 ribuan)

P10 :mamantat, daya taati haraga gatah 5500 ha amu eraang wulan tau kaiyuh 400 ribu tau labih tergantung haraga gatah (bahasa maanyan: Petani Karet, karena harga karet sekarang 5500 ya kalo sebulan dapat 400 ribu lebih tergantuh harga karetinya)

P11 :Honorar, gaji perbulan ni sekitar 1,5 juta (bahasa maanyan : honorer gaji perbulan nya sekitar 1,5 juta),

P12 : bertani tika mantat kaiyuh sa sika 400 per bulan (bahasa maanyan : bertani , dari nyadap karet bias dapat 400 per bulan)

b). Tidak Bekerja

Dari hasil wawancara mendalam pada penelitian berdasarkan pernyataan beberapa partisipan dari yang bersangkutan mengatakan bahwa tidak bekerja.

P6 : Gk kerja dirumah aja saya mengurus rumah

P8 : hang lewu ae puang kaile bagawi haut (bahasa maanyan : saya dirumah saja tidak kuat kerja sudah)

P13 : haut puang bagawi, daya haut matueh jari pakaule bagawi, amun penghasilan naan leh tika pension amah ni sekitar 3 juta per bulan ni (bahasa maanyan: tidak kerja,s udah tua jadi sudah tidak sanggup kalo kerja-kerja. Penghasilan dari pensiun bapak ya kira-kira 3 juta per bulan)

P14 : amun taati haut puang bagawi, amun penghasilan perbulan ni sekitar 3 juta tika pensiun, udi iru naan babureh lagi tika sewa ulun ngakarun kabun gatah (bahasa maanyan: Udah tidak kerja, kalau penghasilan perbulannya 3 juta dari pensiun,terus punya sedikit dari sewa orang nyadap kebun karet saya)

P15 :amun aku haut puang bagawi lagi daya pakaule, amun penghasilan haut mahi daya uma anak balalu keperluan run na tanggung anak (bahasa maanyan : Saya sudah tidak kerja lagi soalnya tidak kuat, kalau penghasilan sudah tidak punya karena ikut anak jadi semua keperluan di tanggung anak)

P16 : ibu rumah tangga ae, amun perbulan kaiyuh tika amah ni bagawi sawit ya sekitar 1,5 juta lah tau labih tergantung giyuhan per HK ni (bahasa maanyan: Ibu rumah tangga aja , kalau perbulannya dapat dari bapaknya kerja sawit ya sekita 1,5 juta bias lebih tergantung HK yang didapat)

Status pekerjaan informan berdasarkan hasil wawancara dikategorikan menjadi bekerja dan tidak bekerja. Informan yang bekerja yaitu terdiri dari 10 orang informan, dengan jenis pekerjaan yang bervariasi mulai dari buruh sawit, swasta, petugas damkar, sopir sawit, petani karet, honorer, dengan kisaran gaji dibawah 2 juta. Terdapat juga informan yang tidak bekerja berjumlah 6 orang berdasarkan pernyataan informan bahwa mereka tidak bekerja dikarenakan faktor usia yang sudah tua sehingga tidak mampu untuk bekerja dan sebagainya lagi sebagai ibu rumah tangga saja.

Hubungan antara penyakit TB paru erat kaitannya dengan pekerjaan. Secara umum jenis pekerjaan menentukan jumlah

pendapatan dimana hal tersebut dapat mempengaruhi kejadian TB paru.

Semakin rendah tingkat pendapatan seseorang maka semakin tinggi risiko untuk menderita TB paru. Pendapatan keluarga yang kecil tidak memungkinkan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal (Nurjana, 2015)

Menurut WHO, 90% penderita TB di dunia menyerang kelompok dengan sosial ekonomi lemah atau miskin dan hubungan keduanya bersifat timbal balik, dimana penyakit TB merupakan penyebab kemiskinan dan karena kemiskinan manusia menderita TB (Rukmini, 2011).

Tingkat pendapatan dapat dilihat dari Upah Minimum Provinsi (UMP) yang berlaku untuk seluruh kabupaten/ kota di dalam wilayah satu provinsi dan Upah Minimum Kabupaten/Kota (UMK) yang berlaku dalam satu wilayah kabupaten/kota. UMP untuk provinsi Kalimantan Tengah pada tahun 2020 yaitu sebesar Rp. Rp 2.903.144 kemudian untuk UMK Kabupaten Barito Timur Sebesar Rp.2.973.171. dari hasil penelitian status pekerjaan informan ada yang bekerja namun hasil perbulan jauh dari UMK kabupaten barito timur yaitu beberapa informan mendapatkan gaji dibawah 2 juta rupiah per bulan, salah satu contoh pekerjaan yang dijalani informan adalah sebagai petani karet dengan pendapatan kurang lebih 400 ribu per bulan dan beberapa informan lainnya tidak bekerja.

Data Hasil Observasi Kondisi Rumah

1. Kepadatan Hunian

Kepadatan hunian ditentukan berdasarkan jumlah penghuni rumah perluas lantai ruangan merupakan faktor yang peting. Luas bangunan tidak sebanding dengan jumlah penghuni akan menyebabkan *overcrowded* yang dapat menyebabkan tidak terpenuhinya konsumsi oksigen yang dibutuhkan seluruh anggota keluarga sehingga memudahkan terjadinya penularan penyakit infeksi kepada anggota lain (kemenkes 2011). Luas lantai bangunan rumah sehat harus cukup untuk penghuni didalamnya artinya luas lantai bangunan rumah tersebut harus disesuaikan dengan jumlah penghuninya agar tidak menyebabkan *overload*. Persyaratan kepadatan hunian untuk seuruh rumah biasanya dinyatakan dalam $m^2/orang$. Luas minimum per orang sangat relatif tergantung dari kualitas bangunan dan fasilitas yang tersedia. Untuk rumah sederhana luasnya minimum $9 m^2/orang$, untuk kamar tidur diperluaskan luas lantai minimum $3 m^2/orang$.

Faktor yang dapat mempengaruhi kepadatan hunian adalah luas bangunan rumah dan jumlah penghuni. Berdasarkan observasi didapatkan hasil bahwa jumlah penghuni berkisar 3-6 orang, luas lantai yang di miliki responden berkisar antara 35-72 m^2 .

Berdasarkan hasil observasi tersebut kepadatan hunian responden sebagian besar memenuhi syarat yaitu dari hasil observasi menunjukkan bahwa terdapat 15 partisipan memiliki kepadatan hunian yang memenuhi syarat. Sedangkan yang memiliki kepadatan hunian yang tidak memenuhi syarat terdapat 1 orang yaitu informan dengan kode "P9" dengan jumlah perhitungan 8,75 dimana masih dibawah syarat kepadatan hunian yaitu ≥ 9 m²/ orang hal ini menunjukan bahwa kepadatan hunian tidak berpengaruh terhadap penularan TB Paru . penelitian ini sejalan dengan penelitian Rosiana (2012) yang menyatakan tidak ada hubungan antara kepadatan hunian dengan kejadian TB Paru.

Hasil penelitian ini bertolak belakang dengan penelitian Andi (2015) semakin padat penghuni rumah akan semakin cepat pula udara di dalam rumah tersebut mengalami pencemaran, karena jumlah penghuni yang semakin banyak akan berpengaruh terhadap kadar oksigen dalam ruangan tersebut, begitu juga kadar uap air dan suhu udaranya. Dengan meningkatnya kadar CO₂ di udara dalam rumah, maka akan memberi kesempatan tumbuh dan berkembang biak lebih bagi *Mycobacterium tuberculosis*. Dengan demikian akan semakin banyak bakteri yang terhisap oleh penghuni melalui saluran pernafasan. Penelitian yang dilakukan oleh Toni Lumbang Tobing tentang perilaku penderita TB paru dan kondisi sanitasi terhadap pencegahan potensi penularan TB paru pada keluarga di kabupaten Tapanuli utara, dari hasil penelitian tersebut ditemukan kondisi kepadatan hunian memiliki hubungan terhadap penyakit TB paru, dimana kepadatan hunian yang kurang mempunyai risiko tertular TB paru sebesar 3,3 kali lebih banyak dari kondisi kepadatan hunian yang baik. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian di atas dikarenakan kondisi rumah partisipan cukup luas luas, lantai yang di miliki responden berkisar antara 35-72 m² dengan setiap rumah rata-rata di huni oleh maksimal 6 orang sehingga luas rumah dengan jumlah penghuni dalam rumah tidak menyatakan termasuk padat hunian.

2. Luas Ventilasi

Berdasarkan hasil pengukuran yang telah dilakukan didapatkan hasil bahwa luas ventilasi rumah responden berkisar antara 2,28-7,27 m² dan luas lantai rumah 35-72 m². Berdasarkan hasil tersebut menunjukkan bahwa ada beberapa rumah informan yang luas ventilasi tidak memenuhi syarat.

Dari hasil observasi menunjukkan bahwa terdapat 7 informan memiliki luas ventilasi yang memenuhi syarat dengan kisaran luas ventilasi $\geq 10\%$ luas lantai rumah. Sedangkan yang memiliki luas ventilasi yang tidak memenuhi syarat terdapat 9 informan. Hal ini dikarenakan ventilasi yang ada dirumah informan tidak digunakan dengan semestinya, misalnya jendela dibiarkan tertutup dan tidak dibiasakan untuk membuka jendela setiap pagi, sehingga sebagian

jendela dirumah informan bukan termasuk ventilasi dan tidak diukur dalam penelitian ini, begitu juga luas ventilasi sebagian besar belum memenuhi syarat yaitu kurang dari 10 % dari luas lantai.

Penilaian ventilasi rumah dilakukan dengan membandingkan luas ventilasi dengan luas lantai rumah dengan menggunakan meteran. Jenis ventilasi yang diukur adalah ventilasi alamiah yang berasal dari sinar matahari yang dapat masuk melalui jendela, pintu, lubang angin, dan lubang-lubang pada dinding. Hasil pengukuran yang telah didapatkan kemudian dibandingkan dengan standar yang di sarankan oleh kepmenkes No.829/menkes/SK/VII/1999 tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan bahwa persyaratan luas lubang ventilasi alamiah yang berperan minimal 10% luas lantai.

Ventilasi berfungsi untuk menjaga agar udara di dalam rumah tetap segar, membebaskan udara ruangan dari bakteri-bakteri terutama bakteri patogen. Kurangnya ventilasi akan menyebabkan kekurangan kadar oksigen, bertambahnya kelembaban udara di dalam ruangan. Pengaruh buruk berkurangnya ventilasi adalah berkurangnya kadar oksigen dan bertambahnya kadar CO_2 , sehingga menimbulkan bau pengap, suhu udara ruangan naik, dan kelembaban udara ruangan bertambah. Hal ini lah yang menjadi faktor resiko terjadinya TB Paru karena bakteri tuberkulosis dapat bertahan hidup dalam waktu lama ditempat yang gelap dan lembab. Selain itu, luas ventilasi yang tidak memenuhi syarat kesehatan akan mengakibatkan terhalangnya proses pertukaran udara dan sinar matahari yang masuk ke dalam rumah, akibatnya bakteri tuberkulosis yang ada di dalam rumah tidak dapat keluar dan ikut terhisap bersama udara pernafasan. Ventilasi mempengaruhi dilusi udara atau pertukaran udara dan juga dapat mengencerkan konsentrasi bakteri tuberkulosis, maksudnya dengan adanya ventilasi yang baik akan meningkatkan udara luar yang masuk dan memfasilitasi udara dari dalam rumah untuk keluar. Pengenceran tidak menghancurkan bakteri, tetapi mengurangi kemungkinan penularan dengan menyebarkan bakteri melalui volume udara yang lebih besar. Udara yang keluar juga turut memindahkan bakteri TB yang ada didalam rumah sehingga bakteri tersebut akan terbawa keluar melewati ventilasi dan mati terkena sinar ultraviolet/sinar matahari, sehingga dapat mengurangi kemungkinan seseorang akan terinfeksi bakteri TB paru (Kemenkes RI,2013). Teori tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Zuriya Yufa (2016) menyatakan ada hubungan antara ventilasi rumah dengan kejadian TB paru, penelitian ini mendapatkan risiko untuk terkena TB pari 1.314 kali pada penghuni yang memiliki ventilasi tidak memenuhi syarat dibandingkan dengan responden yang berventilasi memenuhi syarat kesehatan. Jendela tidak hanya sebagai ventilasi tetapi juga sebagai jalan masuk cahaya. Faktor-Faktor yang dapat mempengaruhi pencahayaan alamiah adalah luas ventilasi, luas lantai, dan

keberadaan jendela. Bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* sangat peka terhadap panas, sinar matahari dan sinar ultraviolet. Paparan langsung terhadap sinar ultraviolet akan membunuh bakteri dalam waktu beberapa menit. Kurangnya pencahayaan dapat dikaitkan dengan ventilasi karena ventilasi berfungsi sebagai jalan masuk cahaya, terutama cahaya matahari. Sehingga sangat perlu adanya ventilasi yang memenuhi syarat agar pencahayaan ruangan juga dapat memenuhi syarat.

3. Jenis Lantai

Berdasarkan hasil observasi menunjukkan bahwa terdapat 5 partisipan memiliki jenis lantai keramik . Sedangkan yang memiliki jenis lantai kayu terdapat 11 partisipan.

Lantai Rumah merupakan faktor risiko terjadinya penyakit TBC. Komponen yang harus dipenuhi rumah sehat memiliki lantai kedap suara dan tidak lembap. Jenis lantai tanah memiliki peran terhadap proses kejadian Tuberculosis paru, melalui kelembapan dalam ruangan lantai tanah cenderung menimbulkan kelembapan, pada musim panas lantai menjadi kering sehingga dapat menimbulkan debu yang berbahaya bagi penghuninya. Lantai perlu dilapisi dengan semen yang kedap air agar ruangan tidak lembap. Lantai yang lembap dapat memperpanjang masa viabilitas atau daya tahan hidup bakteri TB dalam lingkungan.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No.829/ Menkes/SK/ VII/1999, jenis lantai yang memenuhi syarat kesehatan adalah kedap air dan mudah dibersihkan. Lantai yang memenuhi syarat kesehatan adalah lantai kedap air dan tidak lembab, tinggi minimum 10 cm dari pekarangan dan 25 cm dari badan jalan, bahan kedap air, untuk rumah panggung dapat terbuat dari papan atau anyaman bambu. Lantai terbuat dari bahan yang tidak licin sehingga terhindar dari bahaya jatuh dan kecelakaan.

Berdasarkan hasil observasi dari semua partisipan baik partisipan dengan jenis lantai kramik maupun kayu jenis lantainya sudah memenuhi syarat atau standar rumah sehat yaitu tidak ada lagi rumah dengan lantai tanah dimana rata-rata rumah partisipan memiliki lantai kayu , plasteran maupun keramik, tidak lembab, kedap air sehingga tidak memungkinkan bakteri berkembang dilantai. Hasil penelitian ini sesuai dengan amalia Kartika tahun 2015 yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan jenis lantai dengan kejadian TB paru, namun hasil ini berbeda dari penelitian Rosiana (2012) yang menyatakan ada hubungan antara jenis lantai dengan kejadian TB Paru dan diperkirakan resiko jenis lantai yang tidak baik terkena TB Paru 22,15 kali dibandingkan dengan rumah yang memiliki lantai yang baik. Untuk perbedaan jenis lantai pada hasil penelitian yang didapat dengan hasil penelitian Rosiana dikarenakan dalam penelitiannya masih banyak rumah yang berlantai tanah sedangkan

pada penelitian ini rumah responden terbuat dari kayu ataupun minimal sudah diplaster.

4. Jenis Dinding

Berdasarkan hasil observasi menunjukkan bahwa terdapat 5 partisipan memiliki jenis dinding tembok, sedangkan yang memiliki jenis dinding bukan tembok terdapat 11.

Dinding berfungsi sebagai pelindung baik dari gangguan hujan maupun angin serta melindungi dari pengaruh panas dan debu dari luar serta menjaga kerahasiaan penghuninya. Beberapa bahan pembuat dinding adalah dari kayu, bambu, pasangan batu bata atau batu dan sebagainya. Tetapi bahan yang terbaik adalah dari batu bata yang tidak mudah terbakar dan kedap air sehingga mudah dibersihkan. Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) RI No.1077 tahun 2011 menyebutkan dinding rumah yang tidak kedap air dapat meningkatkan kelembapan dan menyebabkan suburnya pertumbuhan mikroorganisme.

Dari hasil survei di lapangan banyak rumah yang dindingnya terbuat dari papan dan tidak kedap air yang membuat bakteri tuberculosis bisa bertahan hidup lama sehingga bias menjadi sumber penularan penyakit TB Paru. Untuk mencegah kelembababan pada dinding yang terbuat dari papan dengan cara mengatur pencahayaan agar cahaya yang masuk didalam rumah cukup dan memenuhi syarat. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Anggie tahun 2012 yang mengatakan adanya hubungan antara jenis dinding dengan kejadian TB Paru dimana pasien yang memiliki jenis dinding tidak memenuhi syarat mempunyai resiko 5,333 kali lebih besar menderita TB Paru dibandingkan yang jenis dindingnya memenuhi syarat.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan faktor resiko penularan TB Paru pada penderita TB BTA Positif di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Tampa, diwakili oleh 6 tema yaitu perilaku merokok informan, pengetahuan informan terhadap kebiasaan merokok dengan kejadian tb paru, riwayat paparan, resiko penularan berdasarkan ketidak patuhan terhadap pencegahan tb paru, tingkat pendidikan, status pekerjaan

Kejadian TB Paru yang berhubungan dengan Perilaku informan untuk perokok aktif atau pernah merokok dipengaruhi oleh jumlah rokok (batang/hari) > 10 batang yang habis dihisap per harinya sebelum terkena TB Paru kemudian lamanya merokok ≥ 15 tahun. Kemudian untuk yang tidak merokok/perokok pasif diakibatkan oleh paparan asap rokok baik dari anggota keluarga yang serumah atau paparan rokok dari luar rumah misalnya dari tempat kerja.

Untuk pengetahuan informan terhadap kebiasaan merokok dengan kejadian TB Paru sudah cukup baik karena informan mengetahui bahwa merokok dapat mempengaruhi kesehatan dan pengobatan hal ini didapat dari pernyataan informan yaitu kondisi makin parah, memperburuk paru dan memperlambat proses kesembuhan.

Sepuluh dari enam belas informan menyatakan sebelum terkena TB Paru memiliki riwayat kontak dengan pasien TB Paru baik kontak serumah maupun kontak dari luar rumah.

Dari hasil wawancara beberapa resiko penularan berdasarkan ketidakpatuhan terhadap pencegahan TB Paru dapat digambarkan sesuai pernyataan informan yaitu yang berhubungan dengan cara batuk tidak ditutup dan pembuangan dahak ke udara terbuka, cara berkomunikasi yang masih tidak jaga jarak serta tidak menggunakan masker, kebiasaan makan minum yaitu masih makan bersama dengan anggota keluarga yang lain selama sakit, kebiasaan mandi seperti penggunaan alat mandi bersama dengan pasien TB Paru, kebiasaan tidur sekamar dengan pasien TB Paru dan kebiasaan jarang menjemur peralatan tidur.

Karena tingkat pendidikan informan didominasi pendidikan dasar maka dapat dikatakan bahwa latar belakang pendidikan mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang terhadap kejadian TB paru. Semakin rendah pendidikan seseorang maka semakin besar risiko untuk menderita TB paru. Pendidikan berkaitan dengan pengetahuan yang nantinya berhubungan dengan upaya pencegahan maupun pencarian pengobatan. Pengetahuan yang dipengaruhi oleh tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor pencetus yang berperan dalam mempengaruhi keputusan seseorang untuk berperilaku sehat. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka pengetahuan tentang TB paru semakin baik sehingga pengendalian agar tidak tertular dan upaya pengobatan bila terinfeksi juga maksimal.

Hubungan antara penyakit TB paru erat kaitannya dengan pekerjaan. Secara umum jenis pekerjaan menentukan jumlah pendapatan dimana hal tersebut dapat mempengaruhi kejadian TB paru. Semakin rendah tingkat pendapatan seseorang maka semakin tinggi risiko untuk menderita TB paru. Dari hasil penelitian status pekerjaan informan ada yang bekerja namun hasil perbulan jauh dari UMK kabupaten barito timur yaitu beberapa informan mendapatkan gaji dibawah 2 juta rupiah per bulan, salah satu contoh pekerjaan yang dijalani informan adalah sebagai petani karet dengan pendapatan kurang lebih 400 ribu per bulan dan beberapa informan lainnya tidak bekerja.

Berdasarkan hasil observasi tersebut kepadatan hunian responden sebagian besar memenuhi syarat yaitu dari hasil observasi menunjukkan bahwa terdapat 15 partisipan memiliki kepadatan hunian yang memenuhi syarat . Sedangkan yang memiliki kepadatan hunian yang tidak memenuhi syarat terdapat 1 orang yaitu informan dengan kode P9 dengan jumlah perhitungan 8,75 dimana masih dibawah syarat kepadatan hunian yaitu $\geq 9 \text{ m}^2/\text{orang}$ hal ini menunjukkan bahwa kepadatan hunian tidak berpengaruh terhadap penularan TB Paru . Hal ini dikarenakan kondisi rumah partisipan cukup luas luas, lantai yang di miliki responden berkisar antara 35-72 m^2 dengan setiap rumah rata-rata di huni oleh

maksimal 6 orang sehingga luas rumah dengan jumlah penghuni dalam rumah tidak menyatakan termasuk padat hunian.

Dari hasil observasi menunjukkan bahwa terdapat 7 partisipan memiliki luas ventilasi yang memenuhi syarat. Sedangkan yang memiliki luas ventilasi yang tidak memenuhi syarat terdapat 9 partisipan. Berdasarkan hasil pengukuran yang telah dilakukan didapatkan hasil bahwa luas ventilasi rumah responden berkisar antara 2,28-7,27 m² dan luas lantai rumah 35-72 m². Berdasarkan hasil tersebut menunjukkan bahwa ada luas ventilasi dari rumah responden yang tidak memenuhi syarat. Hal ini dikarenakan ventilasi yang ada dirumah responden tidak digunakan dengan semestinya, misalnya jendela dibiarkan tertutup dan tidak dibiasakan untuk membuka jendela setiap pagi, sehingga sebagian jendela dirumah informan bukan termasuk ventilasi dan tidak diukur dalam penelitian ini, begitu juga luas ventilasi sebagian besar belum memenuhi syarat yaitu 10 % dari luas lantai.

Berdasarkan hasil observasi menunjukkan bahwa terdapat 5 partisipan memiliki jenis lantai keramik. Sedangkan yang memiliki jenis lantai kayu terdapat 11 partisipan. Dari semua partisipan jenis lantainya sudah memenuhi syarat atau standar rumah sehat yaitu tidak ada lagi rumah dengan lantai tanah dimana rata-rata rumah partisipan memiliki lantai kayu , plasteran maupun keramik, tidak lembab, kedap air sehingga tidak memungkinkan bakteri berkembang dilantai.

Berdasarkan hasil observasi menunjukkan bahwa terdapat 5 partisipan memiliki jenis dinding tembok. Sedangkan yang memiliki jenis dinding bukan tembok terdapat 11 partisipan. Dari hasil survei di lapangan banyak rumah yang dindingnya terbuat dari papan dan tidak kedap air yang membuat bakteri tuberculosis bias bertahan hidup lama sehingga bias menjadi sumber penularan penyakit TB Paru.

Saran

1. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti disarankan untuk memperhatikan durasi dilakukannya wawancara agar tingkat kedalaman dan keleluasaan data yang diperoleh sesuai dengan yang diharapkan peneliti. Selain itu peneliti sebaiknya memilih tempat wawancara yang jauh dari kebisingan untuk memudahkan proses pengumpulan data, serta melanjutkan dan menggali lebih mendalam tentang faktor resiko penularan TB Paru pada penderita TB BTA Positif, dengan mengembangkan ide-ide sehingga dapat memberikan variasi pada penelitian berikutnya.

2. Bagi Keluarga

Perlu adanya kerja sama antara pasien TB Paru dengan keluarga pasien agar saling mengingatkan terhadap pencegahan penulatan TB Paru yang dapat dilakukan di rumah untuk meminimalisir terjadinya penularan

3. Bagi UPTD Puskesmas Tampa

- a. Petugas puskesmas perlu lebih berinovasi dalam promosi kesehatan seperti pemberian edukasi lebih dalam tentang TB Paru kepada pasien TB dan keluarga pasien agar mereka benar-benar memahami tentang

bagaimana cara pencegahan penularan TB Paru salah satu contohnya yaitu penggunaan masker dan membatasi diri dengan orang lain .

- b. Petugas puskesmas dapat meningkatkan program pelacakan kasus (*case finding screening*) terutama pada tetangga penderita TB Paru, serta lebih giat mengontrol pasien TB paru agar tidak terjadi penularan penyakit.

4. Bagi Masyarakat

Masyarakat harus ikut berperan aktif dalam melakukan perilaku hidup bersih dan sehat dalam menjaga kebersihan lingkungan rumah dan mengatur ventilasi rumah dengan baik agar cahaya matahari serta udara yang segar dapat masuk ke dalam rumah.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti,S., 2013.*Hubungan Pengetahuan dan Sikap Masyarakat Terhadap Upaya Pencegahan Penyakit tuberculosis di RW 04 Kelurahan Lagoa Jakarta Utara Tahun 2013.Skripsi Sarjana.Fakultas Kedokteran.Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah, Jakarta.*
- Azuriya,Y.,2016. *Hubungan Antara Faktor Host dan Lingkungan dengan Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Pemulung Tahun 2016.Skripsi Sarjana. Fakultas Kesehatan Masyarakat.Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah,Jakarta.*
- Azhar.,2013.*Media Litbang.Kondisi Fisik Rumah dan Perilaku dengan Prevalensi TB Paru di Provinsi DKI Jakarta, Banten, dan Sulawesi,23(4),hal.172-181*
- BPS.2018.*Statistik Kabupaten Barito Timur 2018. Barito Timur :Badan Pusat Statistik*
- Budiono, Sigit., 2011. *Pengaruh Kebiasaan Merokok Terhadap Keberhasilan Pengobatan Pasien TB Paru (Dengan Strategi Directly Observed Treatment Shortcourse).*Universitas Sebelas Maret, Surakarta.
- Diana,I., 2017.*Jurnal Kefarmasian Indonesia.Analisis Biaya Tuberkulosis Paru Kategori Satu Pasien Dewasa di Rumah Saji di DKI Jakarta,8(1),hal.44-54*
- Dinkes Bartim., 2015. Profil Kesehatan Kabupaten Barito Timur. [online]. <http://www.dinkes.baritotimurkab.go.id>. [diakses 18 maret 2020]
- Dinkes Kalteng.,2012.Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah. [Online]. https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2012/21_Profil_Kes.Prov.KalimantanTengah_2012.pdf. [diakses 15 mei 2020]
- Erick.2012., *Hubungan Konsumsi Alkohol dengan Prevalensi Tuberkulosis paru pada pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Tahun 2010. Skripsi Sarjana. Fakultas Kedokteran.Universitas Indonesia,Jakarta.*

- Gajihmu.com.,2020.UMP dan UMK Provinsi Kalimantan Tengan.[online].
<https://gajihmu.com/garmen/gaji-pekerja-garmen/gaji-minimum/ump-umk-kalteng>. [diakses 15 mei 2020]
- Gego,G.,2019.*Gambaran Keberhasilan Pengobatan Pada Pasien Tuberkulosis Paru BTA Positif di Wilayah Puskesmas Borong Kabupaten Manggarai Timur*.Skripsi Sarjana.Studi Analisis Kesehatan.Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang,Kupang
- Handriyo,R.,2017.*Determinan Sosial Sebagai Faktor Risiko Kejadian Tuberkulosis Paru di Puskesmas Panjang*. Skripsi Sarjana. Fakultas Kedokteran.Universitas, Lampung
- Harahap,I.,2017.Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat.*Analisis Hubungan Derajat Merokok dengan Kejadian Tuberkulosis pada Perokok di Indonesia (Analisis Balai IFLS 2014)*,8(3),hal.169-179
- Irma.,2016.*Studi Kualitatif tentang Pengalaman Anggota Keluarga Merawat pasien TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Moncobalang Kecamatan Brombong Kabupaten Gowa*. Skripsi Sarjana.Fakultas Kedokteran.Universitas Makasar,Makasar
- Kementerian Kesehatan Republik. Indonesia. 2013. Profil Kesehatan Indonesia Tahun2013. [online].<https://www.slideshare.net/mansurasayful/profil-kesehatanindonesia2013>. [diakses 25 maret 2020]
- Kementerian Kesehatan Republik. Indonesia. 2014. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014. [online]. <http://depkes.go.id>. [diakses 25 maret 2020]
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018. Strategi Penanggulangan Tuberculosis di dunia kerja. [online]. <http://www.perdoki.or.id>. [diakses 29 maret 2020]
- Kemenkes, RI (2011)*Peraturan Menteri Kesehatan No.1077 Tahun 2011Tentang Pedoman Penyehatan Udara Dalam Ruangan Rumah*. Jakarta.Kemenkes RI
- Kemenkes, RI (1999)*Peraturan Menteri Kesehatan No.829 Tahun 1999 Tentang Peryaratan Kesehatan Perumahan*. Jakarta.Kemenkes RI
- Kemenkes, RI.(2017) *Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2016*. Jakarta.Kemenkes RI
- Kemenkes, RI.(2018). *INFODATIN. Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2017*. Tuberkulosis. Jakarta.Kemenkes RI
- Kepmen Kimpraswil (2002) Keputusan Menteri Permukiman dan Prasarana Wilayah No.403 tahun 2002 Tentang Kebutuhan Ruangan Perorang.Jakarta. Kepmen Kimpraswil
- Kemenkes, RI (2016)*Peraturan Menteri Kesehatan No.67 Tahun 2016 Tentang Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta.Kemenkes RI

- Kumalasari,R., 2018.*Pengalaman Klien TB Paru yang Menjalani Pengobatan Fase Intensif di Wilayah Kerja Puskesmas Taji Kabupaten Magenta*. Skripsi Sarjana.Fakultas Keperawatan. Universitas Airlangga, Surabaya.
- Ketut.,2019.Jurnal Kesehatan tadulako.*Analisis Situasi Penanggulangan TuberkulosisParu di Kabupaten Sigi*, 5(1),hal.1-62
- Lahabama, jimmy.,2013. *Hubungan Kepadatan Hunian Rumah Terhadap Penularan Tuberkulosis Paru Di Kota Pontianak Tahun 2010-2011*.Skripsi Sarjana. Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura, Pontianak
- Melvina,M.,2019. Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan.*Analisis Pengaruh Berbagi Ruang Tidur Terhadap Gejala TB Pada Kontak Serumah Penderita*, 9(2), hal 176-190
- Mujahidin, Didin., 2015. jurnal Keperawatan.*Gambaran Praktik Pencegahan Penularan TB paru di Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungwuni I Kabupaten Pekalongan*, 8(2), hal. 87-100.
- Novita, S., 2018.*Studi Kualitatif Penularan Tuberkulosis Pada Penderita Tuberkulosis Paru Basil Tahan Asam Positif di Wilayah Kerja Puskesmas Panjang Bandar Lampung*.Skripsi Sarjana.Fakultas Kedokteran.Universitas Lampung, Bandar Lampung.
- Nurjana.,2015.Media Litbangkes.*Faktor Risiko Terjadinya TuberkulosisParu Pada Usia Produktif (15-49 tahun) di Indonesia*, 25(3),hal.165-170
- Puri,P.,2018.*Peran Keluarga Untuk Mencegah Penularan TB Paru dalam Keluarga di wilayah Kerja Puskesmas Geger Kabupaten Madiun*. Skripsi sarjana. Keperawatan. Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun, Madiun\
- Risdayani.,2016.Jimkesmas.*Analisis kualitatif Peran Keluarga dalam Merawat anggota Keluarga yang menderita ppenyakit tuberkulosis paru di Wilayah Kerja Puskesmas Poasia Kota Kendari Tahun 2016*,1(4)
- Rosiana,AM.,2012.*Hubungan Antara Kondisi Fisik Rumah Dengan Kejadian TuberkulosisParu*.jurnal Kesehatan MasyarakatUniversitas Negeri semarang.
- Rukmini.,2011.Buletin Penelitian Sistem Kesehatan.*Faktor-Faktor yang berpengaruh terhadap Kejadian TB Paru Dewasa di Indonesia (Analisis Data Riset Kesehatan Dasar 2010)*,14(4),hal.320-331
- Rusnoto.2007.*Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian TB Paru pada Usia Dewasa (Studi Kasus di Balai Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Paru)*.Tesis. Universitas Diponegoro,semarang.
- Saftania,F.,2019.JMJ.*Studi Fenomenologi Tentang Faktor Risiko Penularan Tuberkulosis Paru Di Perumnas Way Kandis Lampung*,7(1),hal.8-18
- Sidhi,D.,2010 *Riwayat Kontak Tuberkulosisi sebagai Faktor Risiko Hasil Uji Tuberkulin Positif*.Skripsi Sarjana.Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan anak.Universitas Diponegoro, Semarang
- Siregar,A.,2015.neliti.*Hubungan Kondisi Fisik Rumah dan Pekerjaan dengan Kejadian Tuberkulosis Paru di desa Bandar Khalipah Kecamatan Percut sei Tuan Tahun 2011*,23(3)
- Sugiyono.,2013.*Metode Penelitian Pendidikan dan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*:Alfabet

- Sumiyati.,2013.*Hubungan Tingkat Pengetahuan dan sikap Masyarakat Terhadap Upaya Pencegaha Penyakit Tuberkulosis di RW 04 Kelurahan Lagoa Jakarta Utara*.Skripsi Sarjana.Fakultas Kedokteran.Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta, Jakarta.
- Tandang,F.,2018. Cendana Medica Journal.*Hubungan Kebiasaan Merokok pada Perokok Aktif dan Perokok Pasif dengan Kejadian Tuberkulosis di Puskesmas Sikomana Kota Kupang*,15 (3)
- Ucok., 2010.J Respior Indo.*Prevalensi TB Laten pada Petugas Kesehatan di RSUP H.Adam Malik Medan*, 30(2)
- UU No. 829 Tahun 1999. *Tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan*. Jakarta : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- UU No 20 Tahun 2003. *Tentang Sistem Pendidikan Nasional*.Jakarta : Kementarian Pendidikan dan kebudayaan.
- WHO, 2011. *Global Tuberculosis Report 2015*.
- Setianingsih, Y., 2010. KES MAS. *Hubungan Riwayat Kontak Penderita Tuberkulosis Paru (TB) Dengan Kejadian TB Paru Anak Di Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru (BP4) Purwokerto*, 4(1), hal 1-75