



**BEBERAPA FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KESEMBUHAN PENGOBATAN TB PARU DI
KABUPATEN KUDUS TAHUN 2004**

SKRIPSI

Untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat
pada Universitas Negeri Semarang

Oleh

YOHANA IKA PRATIWI

NIM 6450402076

**FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT**

2006

ABSTRAK

Yohana Ika Pratiwi, 2006. **Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Kesembuhan Pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus Tahun 2004**. Skripsi. Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang. Pembimbing : I. Dra. ER. Rustiana, M.Si, II. Widya Hary C., SKM., M.Kes.

Kata Kunci : Kesembuhan dan TB Paru

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui: 1) hubungan antara faktor status gizi dengan kesembuhan pengobatan TB paru di Kabupaten Kudus tahun 2004, 2) hubungan antara faktor perilaku *host* dengan kesembuhan pengobatan TB paru di Kabupaten Kudus tahun 2004, 3) hubungan antara faktor lingkungan fisik dengan kesembuhan pengobatan TB paru di Kabupaten Kudus tahun 2004, 4) hubungan antara faktor sosial ekonomi dengan kesembuhan pengobatan TB paru di Kabupaten Kudus tahun 2004.

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah penderita TB Paru yang diobati pada tiap puskesmas di Kabupaten Kudus tahun 2004. Sampel penelitian ini diambil dengan teknik *proportional random sampling* yang dengan kriteria inklusi didapatkan sampel sebanyak 48 yang terdiri dari 42 pasien TB Paru tahun 2004 dan 6 PMO penderita TB Paru pada tahun 2004. Sampel penelitian diambil dari 6 puskesmas yang memiliki angka kesembuhan $\geq 85\%$ dan $< 85\%$ serta puskesmas yang berada pada daerah perkotaan dan daerah perifer di Kabupaten Kudus. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Data penelitian diperoleh dari data primer dan sekunder. Data primer diperoleh melalui penyebaran kuesioner. Data sekunder diperoleh dari data yang ada di puskesmas-puskesmas dan DKK. Data yang diperoleh dalam penelitian ini diolah dengan menggunakan statistik uji *chi-square* dengan derajat kemaknaan (α) = 0,05.

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan bermakna antara perilaku *host* (p-value:0,001) dan lingkungan sosial ekonomi (p-value:0,007) dengan kesembuhan pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus tahun 2004. Sedangkan status gizi dan lingkungan fisik tidak menunjukkan hubungan yang bermakna dengan kesembuhan pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus tahun 2004.

Saran yang diberikan adalah meningkatkan penyuluhan TB Paru kepada masyarakat pada umumnya maupun pasien pada khususnya.

ABSTRACT

Yohana Ika Pratiwi. 2006. **The Factors in Correlation with The Recovery of Tuberculosis Medication in Kudus Regency in 2004.** Skripsi. Public Health Science Department, Sports Science Faculty, Semarang State University, Advisor I: Dra. ER. Rustiana, M.Si, advisor II: Widya Hary C., SKM., M.Kes.

Keyword: Recovery and Tuberculosis

The purpose of this research is: 1) to know the correlation between nutritional status with the recovery of Tuberculosis medication in Kudus Regency in 2004. 2) to know the correlation between host attitude with the recovery of Tuberculosis medication in Kudus Regency in 2004. 3) to know the correlation between physical environment with the recovery of Tuberculosis medication in Kudus Regency in 2004. 4) to know the correlation between social economic environment with the recovery of Tuberculosis medication in Kudus Regency in 2004.

This research is an analitical research with the case control approach. The population of this research is the suffers of Tuberculosis medicated in every public health centre in Kudus Regency in 2004. The sample at this research was taken by using proportional random sampling technique with inclusion criteria was get 48 sample as who 42 patient TB Paru in 2004 and 6 PMO patient TB Paru in 2004. The sample of the research is taken from 6 public health centres that have $\geq 85\%$ and $< 85\%$ medication point and public health centres that in central and perifer Kudus Regency. The instrument of this research is kuesioner. The data research is taken primary and secondary data. The primary data is taken from kuesioner. The secondary data is taken from public health centres and DKK. The data is analysed by using chi-square test with the significance degree (α) = 0,05.

The result of the research shows that: 1) There is a correlation between host attitude (p-value:0,001) and social economic environment with the recovery of Tuberculosis medication in Kudus Regency in 2004 (p-value:0,007), and there is no correlation between nutrition status and physical environment with the recovery of Tuberculosis medication in Kudus Regency in 2004.

Based on the result of the research above it is adjusted to increase Tuberculosis enlightment for society, especialy for patients.

HALAMAN PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan sidang Panitia Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang

Pada hari : Rabu

Tanggal : 27 Desember 2006

Panitia Ujian

Ketua Panitia,

Sekretaris,

Drs. Sutardji, M.S.
NIP. 130523506

Drs. Herry Koesyanto, M. S.
NIP. 131571549

Dewan Penguji,

1. Eram Tunggal Pawenang, SKM, M.Kes (Ketua)
NIP. 132303558
2. Dra. ER. Rustiana, M.Si (Anggota)
NIP. 131472346
3. Widya Hary Cahyati, SKM, M.Kes (Anggota)
NIP. 132308386

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

- ✽ Al Qur'an Surat Al Insiroh ayat 6-8 berbunyi: “Seungguhnya sesudah kesusahan itu ada kemudahan, maka apabila kamu telah menyelesaikan satu urusan, kejarlah dengan sungguh-sungguh urusan yang lain dan hanya Tuhanmu lah hendaknya kamu berharap”.
- ✽ Kenalilah Allah di waktu lapang, niscaya Dia akan mengenalimu saat kesulitan. Ketahuilah bahwa kemenangan itu selalu mengiringi kesusahan (Hadist Riwayat Turmudzi).

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan kepada:

Ayah, Bunda tercinta, Mas Ian, dan adik-adikku yang telah memberikan dorongan dan mendo'akan keberhasilan nanda untuk menyelesaikan satu tugas ini.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayahNya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan. Skripsi ini berjudul “Beberapa Faktor Yang Berhubungan Dengan Kesembuhan Pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus Tahun 2004”.

Penyusunan skripsi ini dimaksudkan untuk melengkapi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Keberhasilan penyusunan skripsi ini juga atas bantuan dari berbagai pihak, dengan rendah hati disampaikan rasa terima kasih kepada:

- 1) Atas nama Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Pembantu Dekan Bidang Akademik, Dr. Khomsin, M. Pd., atas ijin penelitian.
- 2) Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, dr. Oktia Woro K.H. M.Kes.
- 3) Pembimbing I, Ibu Dra. ER. Rustiana M. Si, yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan skripsi ini.
- 4) Pembimbing II, Ibu Widya Hary C. SKM. M. Kes, yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan skripsi ini.
- 5) Kepala Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Kabupaten Kudus yang telah memberikan ijin penelitian dan kerjasamanya.
- 6) Kepala UPTD Puskesmas Gribig, Puskesmas Purwosari, Puskesmas Wergu Wetan, Puskesmas Bae, Puskesmas Ngembal Kulon, dan Puskesmas

Sidorekso Kabupaten Kudus yang telah memberikan ijin penelitian dan kerjasamanya.

- 7) Ayah, Ibu, Mas Ian, dan adikku atas do'a, motivasi dan semangat dalam penyusunan skripsi ini.
- 8) Sahabatku Diah, Nia, Umi, Purbo, Nining, Fery, Pak Wa, Ratna, Faelas, atas semangat dan dukungannya.
- 9) Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu atas bantuan dalam penyusunan skripsi ini.

Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan imbalan yang berlipat ganda dari Allah SWT, dan semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembacanya.

Semarang, Desember 2006

Penulis

DAFTAR ISI

JUDUL	i
ABSTRAK	ii
PENGESAHAN	iv
MOTO DAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GRAFIK	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Hasil Penelitian	6
1.5 Keaslian Penelitian	7
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	10
1.6.1 Ruang Lingkup Tempat	10
1.6.2 Ruang Lingkup Waktu	10
1.6.3 Ruang Lingkup Materi	10
BAB II LANDASAN TEORI	11
2.1 Landasan Teori	11
2.2 Kerangka Teori	38
BAB III METODE PENELITIAN	39
3.1 Kerangka Konsep	39
3.2 Hipotesis Penelitian	39
3.3 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel	40
3.4 Jenis dan Rancangan Penelitian	43
3.5 Populasi dan Sampel Penelitian	43

3.6 Instrumen Penelitian	45
3.7 Teknik Pengambilan Data	47
3.8 Teknik Analisis Data	48
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	50
4.1 Gambaran Umum	50
4.2 Hasil Penelitian	54
4.3 Pembahasan	62
BAB V SIMPULAN dan SARAN	65
5.1 Simpulan	65
5.2 Saran	65
DAFTAR PUSTAKA	67
LAMPIRAN	69

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Keaslian Penelitian	8
2. Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan Ulang Dahak	26
3. Indeks Masa Tubuh	30
4. Luas Daerah, Jumlah Desa/Kelurahan, Jumlah Kepala Keluarga dan Kepadatan Penduduk di Beberapa Kecamatan di Kabupaten Kudus Tahun 2004	50
5. Keadaan Status Gizi Pasien TB Paru yang Menjalani Pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus Tahun 2004	54
6. Keadaan Perilaku Pasien TB Paru yang Menjalani Pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus Tahun 2004	55
7. Keadaan Lingkungan Fisik Pasien TB Paru yang Menjalani Pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus Tahun 2004.....	56
8. Keadaan Lingkungan Sosial Ekonomi Pasien TB Paru yang Menjalani Pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus Tahun 2004.....	57
9. Hubungan antara status gizi dengan kesembuhan pengobatan TB Paru	58
10. Hubungan antara perilaku <i>host</i> dengan kesembuhan pengobatan TB Paru	59
11. Hubungan antara lingkungan fisik dengan kesembuhan pengobatan TB Paru	60
12. Hubungan antara lingkungan sosial ekonomi dengan kesembuhan pengobatan TB Paru	61

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Surat Tugas Pembimbing	69
2. Surat Ijin Penelitian dari Fakultas	70
3. Surat Ijin Penelitian dari Puskesmas Gribig	78
4. Surat Ijin Penelitian dari Puskesmas Purwosari	79
5. Surat Ijin Penelitian dari Puskesmas Wergu Wetan	80
6. Surat Ijin Penelitian dari Puskesmas Bae	81
7. Surat Ijin Penelitian dari Puskesmas Ngembal Kulon	82
8. Surat Ijin Penelitian dari Puskesmas Sidorekso	83
9. Surat Ijin Penelitian dari DKK	84
10. Instrumen Penelitian	86
11. Data Hasil Uji Coba Sampel	93
12. Hasil Uji Validitas Reliabilitas Kuesioner	97
13. Data Responden Penelitian	99
14. Data Hasil Penelitian	103
15. Data Mentah Hasil Penelitian	109
16. Analisa Data Kasar Penelitian	111
17. Hasil Kegiatan Program P2.TB-PARU Kabupaten Kudus sampai dengan Tribulan IV (Januari-Desember) Tahun 2005	112
18. 20 Pola Penyakit Tahun 2005 di Kabupaten Kudus	113

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Pembangunan kesehatan sebagai bagian dari Pembangunan Nasional dilaksanakan secara bertahap dan berkesinambungan serta ditujukan untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat secara menyeluruh (Depkes RI,2002:vii).

Program Pemberantasan Penyakit Menular mempunyai peranan dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian. Tujuan tersebut dapat dicapai dengan penerapan teknologi kesehatan secara tepat oleh petugas-petugas kesehatan yang didukung peran serta aktif masyarakat (Depkes RI,2002:vii).

Salah satunya adalah penyakit TB paru yang penyebarannya sangat mudah karena penularan penyakit tersebut hanya melalui droplet yang disebarkan lewat udara oleh penderita TB paru BTA (Bakteri Tahan Asam) (+) (Depkes RI,2002:9).

Penyakit TBC (Tuberkulosis) termasuk penyakit infeksi menahun/kronis dengan masa pengobatan 6 sampai 8 bulan, bahkan bisa lebih dari 1 tahun bila kuman penyebab TBC yaitu *Mycobacterium tuberculosis* yang menginfeksi pasien telah menjadi kebal atau resisten terhadap obat antiTBC yang umum, dan diperlukan obat lebih khusus dan mahal untuk penyembuhannya bahkan ada pula yang memerlukan tindakan

operasi pada organ yang terkena infeksi seperti paru, hati, dan lain-lain (Misnadiarly, 2006:viii).

Tuberkulosis dapat menyerang siapa saja, dari semua golongan, segala usia dan jenis kelamin dan semua status sosial-ekonomi. Jadi Tuberkulosis bukan penyakit keturunan maupun disebabkan oleh kutukan atau guna-guna (Misnadiarly, 2006:viii).

Sejak tahun 1995 program Pemberantasan Tuberculosis Paru, telah dilaksanakan dengan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment, Shortcourse Chemotherapy*) yang direkomendasikan oleh WHO. Kemudian berkembang seiring dengan pembentukan GERDUNAS-TBC, maka Pemberantasan Penyakit Tuberculosis Paru berubah menjadi Program Penanggulangan Tuberculosis (TBC) (Depkes RI,2002:1).

DOTS mengandung lima komponen, yaitu : 1) Komitmen pemerintah untuk menjalankan program TB nasional, 2) Penemuan kasus TB dengan pemeriksaan BTA mikroskopik, 3) Pemberian obat jangka pendek yang diawasi secara langsung, dikenal dengan istilah DOT, 4) Pengadaan OAT (obat anti TBC) secara berkesinambungan, 5) Monitoring serta pencatatan dan pelaporan yang (baku/standar) baik. Istilah DOT diartikan sebagai pengawasan langsung menelan obat jangka pendek setiap hari oleh Pengawas Menelan Obat (PMO) yang dilakukan oleh petugas kesehatan, orang lain (kader, tokoh masyarakat, dll), suami/istri/keluarga/orang serumah. Tujuan pelaksanaan DOTS adalah : 1) Mencapai angka kesembuhan yang tinggi, 2) Mencegah putus obat, 3) Mengatasi efek

samping obat, 4) Mencegah resistensi (Tim Kelompok Kerja PPOK, 2003:43-44).

Penanggulangan dengan strategi DOTS dapat memberikan angka kesembuhan yang tinggi. Bank dunia menyatakan strategi DOTS merupakan strategi kesehatan yang paling *cost-effective* (Depkes RI,2002:1).

Berdasarkan data DKK (Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial) tahun 2005, saat ini pemerintah dalam program kesehatannya memberikan kemudahan kepada penderita TB paru baik BTA (+) maupun BTA (-) dalam bentuk pengobatan TB paru gratis yang tengah dilaksanakan di setiap puskesmas dan rumah sakit untuk mewujudkan Indonesia Sehat 2010, dengan mengaktifkan segenap kemampuan yang dimiliki untuk memberantas kasus TB paru yang salah satunya dilaksanakan di Kabupaten Kudus. Pemberantasan kasus ini bukan hanya tanggung jawab pemerintah saja, namun juga diperlukan kesadaran dan keaktifan dari penderita untuk turut memberantas kasus TB paru.

Berdasarkan data DKK tahun 2005, di Kabupaten Kudus, penyakit TB Paru menduduki urutan ke 14 dari 20 pola penyakit pada tahun 2005. Meskipun menduduki urutan ke 14, bila dilihat dan dibandingkan dengan penyakit-penyakit yang ada di urutan atasnya penyakit TB Paru ini dapat menyebar lebih cepat, mematikan dan gawat.

Berdasarkan data DKK tahun 2005, kesuksesan program pemberantasan kasus TB paru salah satunya dilihat dari angka kesembuhan penderita TB paru. Di Kabupaten Kudus, angka kesembuhan terkini yang dimiliki oleh

DKK (Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial) Kudus adalah tahun 2004 dengan persentase yang berbeda di tiap puskesmasnya.

Berdasarkan data DKK tahun 2005, di Kabupaten Kudus ada 18 puskesmas yang tercatat, yang diantaranya adalah : (1) Puskesmas Wergu Wetan, (2) Puskesmas Ngemal Kulon, (3) Puskesmas Rendeng, (4) Puskesmas Jati, (5) Puskesmas Undaan, (6) Puskesmas Ngemplak, (7) Puskesmas Jekulo, (8) Puskesmas Tanjungrejo, (9) Puskesmas Kaliwungu, (10) Puskesmas Sidorekso, (11) Puskesmas Mejobo, (12) Puskesmas Jepang, (13) Puskesmas Dawe, (14) Puskesmas Bae, (15) Puskesmas Rejosari, (16) Puskesmas Gribig, (17) Puskesmas Purwosari, dan (18) Puskesmas Gondosari, yang masing-masing memiliki angka kesembuhan pengobatan penderita TB paru yang berbeda.

Perbedaan angka kesembuhan yang terlihat jelas pada rekapitulasi hasil pengobatan penderita TB paru dipengaruhi atau berhubungan dengan banyak faktor, dan bukan hanya berhubungan dengan pemerintah dalam kaitannya dengan Dinas Kesehatan, sehingga penulis merasa perlu untuk meneliti faktor status gizi, perilaku *host*, lingkungan fisik dan lingkungan sosial ekonomi pasien TB tahun 2004. Angka kesembuhan tersebut dihitung dengan membagi jumlah penderita yang sembuh dibagi dengan jumlah penderita BTA positif yang diobati dikalikan 100%, dan angka minimal yang harus dicapai adalah 85% (Depkes RI,2002:110).

Pada penelitian ini, peneliti tertarik untuk meneliti faktor status gizi, perilaku *host*, lingkungan fisik, dan lingkungan sosial ekonomi terhadap

kesembuhan pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus tahun 2004 dengan meneliti pasien-pasien ataupun PMO (bagi pasien yang telah meninggal) pada puskesmas yang memiliki angka kesembuhan tahun 2004 di bawah normal ($<85\%$) dan berada pada daerah perifer kota Kudus yang diantaranya adalah Puskesmas Ngembal Kulon (83%), Puskesmas Sidorekso (75%), dan Puskesmas Bae (64%), serta pasien pada 3 puskesmas yang memiliki angka kesembuhan tertinggi ataupun mendekati normal tahun 2004 ($\geq 85\%$), yang bila dilihat dari segi geografi, terletak pada daerah perkotaan yang saling berdekatan antara puskesmas yang satu dengan yang lain, dan puskesmas yang dapat diambil sebagai sampel adalah Puskesmas Wergu Wetan (100%), Puskesmas Purwosari (96%), dan Puskesmas Gribig (94%).

1.2 Permasalahan

Dalam penelitian ini, peneliti merumuskan permasalahan sebagai berikut:

- 1) Faktor-faktor apakah yang berhubungan dengan kesembuhan pengobatan TB paru di Kabupaten Kudus tahun 2004?
- 2) Seberapa besar hubungan antara faktor status gizi, perilaku *host*, lingkungan fisik, dan lingkungan sosial ekonomi dengan kesembuhan pengobatan TB paru di Kabupaten Kudus tahun 2004?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum dari penelitian ini adalah:

Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kesembuhan pengobatan TB paru di Kabupaten Kudus tahun 2004.

1.3.2 Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- 1) Untuk mengetahui hubungan faktor status gizi dengan kesembuhan pengobatan TB paru di Kabupaten Kudus tahun 2004.
- 2) Untuk mengetahui hubungan faktor perilaku *host* dengan kesembuhan pengobatan TB paru di Kabupaten Kudus tahun 2004.
- 3) Untuk mengetahui hubungan faktor lingkungan fisik dengan kesembuhan pengobatan TB paru di Kabupaten Kudus tahun 2004.
- 4) Untuk mengetahui hubungan faktor lingkungan sosial ekonomi dengan kesembuhan pengobatan TB paru di Kabupaten Kudus tahun 2004.

1.4 Manfaat Hasil Penelitian

Manfaat yang dapat diperoleh dari hasil penelitian ini bagi:

- 1) Puskesmas
 - Untuk mengetahui informasi kesembuhan sehingga dapat meningkatkan angka kesembuhan.
 - Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kesembuhan tuberkulosis, sehingga diharapkan masyarakat turut berperan aktif dalam upaya penyembuhan tuberkulosis.
 - Sebagai bahan masukan untuk program-program yang perlu ditindaklanjuti.
- 2) Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat
 - Sebagai bahan bacaan mengenai penyakit TB paru beserta faktor-faktor yang berhubungan dengan kesembuhan pengobatan TB paru.

- Sebagai bahan pelengkap pustaka mengenai kesehatan.

3) Peneliti

- Menambah pengetahuan di bidang kesehatan, terutama tentang TB paru.

1.5 Keaslian Penelitian

Beberapa penelitian tentang tuberkulosis yang penulis temukan antara lain adalah:

1. Hubungan Pengetahuan, Sikap dengan Praktik Orang Tua Dalam Mendukung Kesembuhan Tuberkulosis Paru Anak di Balai Pengobatan Penyakit Paru-paru Tegal

- Nama Peneliti : Bugkus Handy Ashary – E2A301003
- Tahun dan Tempat Penelitian : 2003 di Balai Pengobatan Penyakit Paru-paru Tegal
- Rancangan Penelitian : Explanatori dengan metode survei dan pendekatan *cross sectional*
- Variabel Penelitian : pengetahuan, sikap, praktik, kesembuhan tuberkulosis anak
- Hasil Penelitian : Kategori sedang 60% pada pengetahuan, 47,5% kategori sedang, dan 52,5% kategori sedang praktik responen.

Dari analisis Spearman Rank, nilai probabilitas 0,0001 untuk masing-masing hubungan, baik hubungan antara pengetahuan dengan sikap, pengetahuan dengan praktik dan hubungan antara sikap dan praktik. Sedangkan besarnya korelasi adalah 0,693 untuk pengetahuan dengan sikap. 0,771 untuk pengetahuan dengan praktik. 0,679 untuk sikap dengan praktik.

Hal ini dapat disimpulkan bahwa ada korelasi positif dan signifikan antara pengetahuan, sikap dan praktek orang tua dalam mendukung kesembuhan tuberkulosis paru anak.

2. Faktor-faktor Resiko Tuberkulosis Paru di Beberapa Unit Pelayanan Kesehatan Kota Semarang.

- Nama Peneliti : Nunik Ratnasari
- Tahun dan Tempat Penelitian : 2005 Kota Semarang
- Rancangan Penelitian : *Explanatory research* pendekatan *case control*
- Variabel Penelitian : Pendidikan, pendapatan, kebiasaan merokok, kepadatan hunian, pencahayaan, ventilasi, kontak serumah.
- Hasil Penelitian : Pendidikan ada hubungan dengan OR 2,5. Pendapatan ada hubungan dengan OR 2,9. Kebiasaan merokok tidak ada hubungan dengan OR 2,1. Kepadatan hunian ada hubungan dengan OR 2,4. Pencahayaan ada hubungan dengan OR 2,7. Ventilasi tidak ada hubungan dengan OR 2,7. Kontak serumah tidak ada hubungan dengan OR 5,4.

Berbeda dengan penelitian-penelitian di atas, pada penelitian ini, akan diteliti hubungan status gizi, perilaku *host*, lingkungan fisik, dan lingkungan sosial ekonomi dengan kesembuhan pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus tahun 2004. Rancangan dari penelitian ini adalah *Explanatory* dengan metode survei dan pendekatan *cross sectional*. Variabel yang peneliti teliti adalah status gizi, perilaku *host*, lingkungan fisik, lingkungan sosial ekonomi, dan kesembuhan.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian yang peneliti lakukan bertempat pada wilayah kerja Puskesmas Wergu Wetan, Puskesmas Gribig, Puskesmas Purwosari, Puskesmas Bae, Puskesmas Sidorekso, dan Puskesmas Ngembal Kulon Kabupaten Kudus.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Peneliti melaksanakan penelitian pada bulan Mei sampai September tahun 2006.

1.6.3 Ruang Lingkup Materi

Materi yang akan peneliti melalui kuesioner adalah seputar pengobatan TB Paru, dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesembuhan pengobatan tuberkulosis.

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Tuberkulosis

2.1.1.1 Definisi Tuberkulosis

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TBC (*Mycobacterium tuberculosis*), sebagian besar kuman TBC menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya (Depkes RI,2002:9).

Tuberkulosis paru adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan paru, tidak termasuk pleura (selaput paru) (Tim Kelompok Kerja PPOK, 2003:8).

2.1.1.2 Kuman Tuberkulosis

Kuman ini berbentuk batang, mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam pada pewarnaan. Oleh karena itu disebut pula sebagai Bakteri Tahan Asam (BTA). Kuman TBC cepat mati dengan sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab. Dalam jaringan tubuh, kuman ini dapat dormant, tertidur lama selama beberapa tahun (Depkes RI, 2002:9).

2.1.1.3 Cara penularan

Sumber penularan adalah penderita TBC BTA positif. Pada waktu batuk atau bersin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk droplet (percikan dahak). Droplet yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau droplet terhirup ke dalam saluran pernafasan. Setelah kuman TBC masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernafasan, kuman tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya, melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, saluran nafas, atau penyebaran langsung kebagian-bagian tubuh lainnya.

Daya penularan dari seorang penderita ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan, makin menular. Bila hasil pemeriksaan dahak negatif (tidak terlihat kuman), maka penderita tersebut dianggap tidak menular. Kemungkinan seseorang terinfeksi TBC ditentukan oleh konsentrasi droplet dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.

(Depkes RI,2002:9).

Faktor yang mempengaruhi kemungkinan seseorang menjadi penderita TBC adalah daya tahan tubuh yang rendah, diantaranya karena gizi buruk atau HIV/AIDS.

(Depkes RI, 2002:10).

2.1.1.4 Riwayat Terjadinya Tuberkulosis

a. Infeksi primer

Infeksi primer terjadi saat seseorang terpapar pertama kali dengan kuman TBC. Adanya infeksi dapat dibuktikan dengan terjadinya perubahan reaksi tuberkulin dari negatif menjadi positif. Kelanjutan setelah infeksi primer tergantung dari banyaknya kuman yang masuk dan besarnya respon daya tahan tubuh.

b. Tuberkulosis Pasca Primer

Tuberkulosis pasca primer biasanya terjadi setelah beberapa bulan atau tahun infeksi primer, misalnya karena daya tahan tubuh menurun akibat terinfeksi HIV atau status gizi. Ciri khas dari tuberkulosis pasca primer adalah kerusakan paru yang luas dengan terjadinya *kavitas* (rongga) atau efusi pleura (lewatnya gas pada selaput paru).

(Depkes RI,2002:10-11)

2.1.1.5 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Penyakit

TB paru merupakan salah satu penyakit menular yang saat ini masih dihadapi oleh pemerintah dalam programnya.

Pengetahuan tentang keempat faktor penting pada berbagai penyakit seperti *portal of exit, survival, transmisi, portal of entry*, dalam terjadinya wabah dapat digunakan untuk melakukan pencegahan (Juli Soemirat, 2000:25).

a. *Portal of Exit* (Jalan keluarnya kuman)

Apabila penyakit menyerang saluran pernafasan, seperti halnya Pertusis, Influenza, Pneumonia, dan Tuberkulosis, maka *portal of exitnya* juga saluran pernafasan. Bagi agent, adanya *portal of exit* merupakan kesempatan baginya untuk mempertahankan dirinya (Juli Soemirat, 2000:25).

Daya penularan dari seorang penderita ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, makin menular penderita tersebut. Bila hasil pemeriksaan dahak negatif (tidak terlihat kuman), maka penderita tersebut dianggap tidak menular (Depkes RI,2002:9).

b. Daya Tahan Hidup (*Survival/Variability*) Agent

Kuman TBC cepat mati dengan sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab. Dalam jaringan tubuh kuman ini dapat *dormant*, tertidur lama selama beberapa tahun (Depkes RI,2002:9).

c. Media transmisi

Media transmisi adalah media yang membawa atau menyebarkan agent penyakit (Juli Soemirat, 2000:26).

Pada waktu batuk atau bersin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk droplet (percikan dahak). Droplet yang

mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam (Depkes RI,2002:9).

d. *Portal of Entry*

Portal of entry adalah tempat atau pintu masuk agent ke dalam host, yang dapat terjadi secara oral, inhalasi, dermal, intra venus, intra muskuler, intra kutan, lewat luka, mata, dll (Juli Soemirat, 2000:26).

Orang dapat terinfeksi kalau droplet tersebut terhirup ke dalam saluran pernafasan. Kemungkinan seseorang terinfeksi TBC ditentukan oleh konsentrasi droplet dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut (Depkes RI,2002:9).

2.1.1.6 Komplikasi pada penderita tuberkulosis

Komplikasi berikut sering terjadi pada penderita stadium lanjut:

- a. Hemoptitis berat (perdarahan dari saluran nafas bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik atau tersumbatnya saluran nafas.
- b. Kolaps (pingsan) dari lobus akibat retraksi bronkial (tertarikannya cabang tenggorok).
- c. Bronkiektasis (pelebaran bronkus setempat) dan fibrosis (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau reaktif) pada paru.
- d. Pneumotorak (adanya udara di dalam rongga pleura)

- e. Penyebaran infeksi ke organ lain seperti otak, tulang, persendian, ginjal, dan sebagainya.
- f. Insufisiensi Kardio Pulmoner (*Cardio Pulmonary Insufficiency*) (jantung tidak mampu melaksanakan tugas yang diberikan oleh paru).

Penderita yang mengalami komplikasi berat perlu dirawat inap di rumah sakit.

(Depkes RI,2002:11).

2.1.1.7 Gejala-gejala Tuberkulosis

Gejala klinik Tuberkulosis dapat dibagi menjadi 2 golongan, yaitu gejala respiratorik (atau gejala organ yang terlibat) dan gejala sistemik.

1. Gejala respiratorik
 - a. Batuk ≥ 3 minggu
 - b. Batuk darah
 - c. Sesak napas
 - d. Nyeri dada
2. Gejala sistemik
 - a. Demam
 - b. Gejala sistemik lain: rasa kurang enak badan (*malaise*), keringat malam, nafsu makan menurun (*anoreksia*), berat badan menurun.

(Tim Kelompok Kerja PPOK, 2003:12)

2.1.1.8 Penemuan Penderita TBC

a. Penemuan penderita tuberkulosis pada orang dewasa

Penemuan penderita TBC dilakukan secara pasif, artinya penjarangan tersangka penderita dilaksanakan pada mereka yang datang berkunjung ke unit pelayanan kesehatan (Depkes RI, 2002:13)

Selain itu, semua kontak penderita TBC paru BTA positif dengan gejala sama, harus diperiksa 3 spesimen dahak dalam waktu 2 hari berturut-turut, yaitu sewaktu/spot (dahak sewaktu saat kunjungan) – dahak pagi (keesokan harinya) - sewaktu (pada saat mengantarkan dahak pagi) (SPS) (Tim Kelompok *Kerja* PPOK, 2003:13-14).

b. Penemuan penderita tuberkulosis pada anak

Penemuan penderita tuberkulosis pada anak merupakan hal yang sulit. Sebagian besar diagnosis TB anak didasarkan atas gambaran klinis, gambaran radiologis dan uji tuberkulin (Depkes RI, 2002:14)

2.1.1.9 Diagnosis TBC

a. Diagnosis TBC pada orang dewasa (Depkes RI,2002:14)

Diagnosis TBC paru pada orang dewasa dapat ditegakkan dengan ditemukannya BTA pada pemeriksaan dahak secara mikroskopis. Hasil pemeriksaan dinyatakan positif apabila sedikitnya dua dari tiga spesimen SPS BTA hasilnya positif.

Bila hanya 1 spesimen yang positif perlu diadakan pemeriksaan lebih lanjut yaitu foto *rontgen* dada atau pemeriksaan dahak **SPS** diulang.

- Kalau hasil *rontgen* mendukung TBC, maka penderita didiagnosis sebagai penderita TBC BTA positif.
- Kalau hasil *rontgen* tidak mendukung TBC, maka pemeriksaan dahak SPS diulangi.
- Kalau hasil SPS positif, didiagnosis sebagai penderita TBC BTA positif.
- Kalau hasil SPS tetap negatif, lakukan pemeriksaan foto *rontgen* dada, untuk mendukung TBC, didiagnosis TBC.
 - Bila hasil *rontgen* mendukung TBC, didiagnosis sebagai penderita TBC BTA negatif *rontgen* positif
 - Bila hasil *rontgen* tidak mendukung TBC, penderita tersebut bukan TBC.

b. Diagnosis TBC pada Anak (Depkes RI,2002:16)

Seorang anak harus dicurigai menderita tuberkulosis kalau:

- mempunyai sejarah kontak erat (serumah) dengan penderita TBC BTA positif
- Terdapat reaksi kemerahan cepat setelah penyuntikan BCG (dalam 3-7 hari)
- Terdapat gejala umum TBC

2.1.1.10 Klasifikasi penyakit

a. Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis Paru adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan paru, tidak termasuk pleura (selaput paru).

Berdasarkan hasil pemeriksaan dahak, TBC paru dibagi dalam:

1) Tuberkulosis Paru BTA positif

- sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.
- 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto *rontgen* dada menunjukkan gambaran tuberkulosis aktif.

2) Tuberkulosis Paru BTA negatif

Pemeriksaan 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif dan foto *rontgen* dada menunjukkan gambaran tuberkulosis aktif.

TBC paru BTA negatif *rontgen* positif dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu bentuk berat ringan. Bentuk berat bila gambaran foto *rontgen* dada memperlihatkan gambaran kerusakan paru yang luas, dan atau keadaan umum penderita buruk.

b. Tuberkulosis Ekstra Paru

Tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru. TB ekstra paru dibagi berdasarkan pada tingkat keparahan penyakitnya, yaitu:

- 1) TBC ekstra paru ringan

- 2) TBC ekstra paru berat

(Depkes RI,2002:23-24)

2.1.1.11 Tipe Penderita

Tipe penderita ditentukan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya.

Ada beberapa tipe penderita yaitu:

- 1) Kasus Baru

Adalah penderita yang belum pernah diobati dengan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) atau sudah menelan OAT kurang dari satu bulan (30 dosis harian).

- 2) Kambuh (*relaps*)

Adalah penderita tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapatkan pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh, kemudian kembali lagi berobat dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif.

- 3) Pindahan (*Transfer In*)

Adalah penderita yang sedang mendapat pengobatan di suatu kabupaten lain dan kemudian pindah berobat ke kabupaten ini. Penderita pindahan tersebut harus membawa surat rujukan atau pindah.

- 4) Setelah lalai (pengobatan setelah *default/dropout*)

Adalah penderita yang sudah berobat paling kurang 1 bulan, dan berhenti 2 bulan atau lebih, kemudian datang kembali berobat. Umumnya penderita tersebut kembali dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif.

5) Lain-lain

a) Gagal

- adalah penderita BTA positif yang masih tetap positif pada akhir bulan ke-5 (satu bulan sebelum akhir pengobatan) atau lebih.
- adalah penderita BTA negatif rontgen positif menjadi BTA positif pada akhir bulan ke-2 pengobatan.

b) Kasus Kronis

Adalah penderita dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulang kategori 2.

(Depkes RI,2002:24-25)

2.1.1.12 Pengobatan Tuberkulosis

Tujuan pengobatan tuberkulosis paru adalah :

- menyembuhkan penderita
- mencegah kematian
- mencegah kekambuhan
- menurunkan tingkat penularan

Sedangkan jenis dan dosis OAT adalah :

1) Isoniasid (H)

Dikenal dengan INH, bersifat bakterisid, dapat membunuh 90% populasi kuman dalam beberapa hari pertama pengobatan.

2) Rifampisin (R)

Bersifat bakterisid, dapat membunuh kuman semi-dormant (*persister*) yang tidak dapat dibunuh oleh Isoniasid.

3) Pirasinamid (Z)

Bersifat bakterisid, dapat membunuh kuman yang berada dalam sel dengan suasana asam.

4) Streptomisin (S)

Bersifat bakterisid

5) Etambutol (E)

Bersifat sebagai bakteriostatik

(Depkes RI, 2002:37-38).

Obat TBC diberikan dalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis, dalam jumlah cukup dan dosis tepat selama 6-8 bulan, supaya semua kuman (termasuk kuman *persister*) dapat dibunuh. Dosis tahap intensif dan dosis tahap lanjutan ditelan sebagai dosis tunggal, sebaiknya pada saat perut kosong. Apabila paduan obat yang digunakan tidak adekuat (jenis, dosis, dan jangka waktu pengobatan), kuman TBC akan berkembang menjadi kuman kebal obat (resisten).
untuk menjamin kepatuhan penderita menelan obat, pengobatan

perlu dilakukan dengan pengawasan langsung (DOT = *Directly Observed Treatment*) oleh seorang Pengawas Minum Obat (PMO).

Pengobatan TBC diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap intensif dan tahap lanjutan.

a. Tahap Intensif

Pada tahap intensif (awal) penderita mendapat obat setiap hari dan diawasi langsung untuk mencegah terjadinya kekebalan terhadap semua OAT, terutama rifampisin. Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya penderita menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu. Sebagian besar penderita TBC BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) pada akhir pengobatan intensif.

b. Tahap Lanjutan

Pada tahap lanjutan penderita mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu lebih lama.

2.1.1.13 Panduan OAT di Indonesia

WHO dan IUATLD (*International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*) merekomendasikan panduan OAT standar, yaitu:

a. Kategori 1

Obat diberikan setiap hari selama 2 bulan yang terdiri dari H,R,Z,E (2HRZE) pada tahap intensif yang kemudian diberikan tiga kali dalam seminggu selama 4 bulan yang terdiri dari H dan R (4H3R3) pada tahap lanjutan.

2HRZE/4H3R3

Untuk:

- Penderita baru TBC paru BTA positif
- Penderita TBC paru BTA negatif rontgen positif yang “sakit berat” dan,
- Penderita TBC Ekstra paru berat

b. Kategori 2

2HRZES/HRZE/5H3R3E3

Tahap intensif selama 3 bulan, yang terdiri dari 2 bulan dengan HRZES (2HRZES) dan 1 bulan HRZE (HRZE), kemudian dilanjutkan dengan tahap lanjutan 5 bulan dengan HRE yang diberikan 3 kali dalam seminggu (5H3R3E3).

Obat ini diberikan untuk:

- Penderita kambuh (*relaps*)
- Penderita gagal (*failure*)
- Penderita dengan pengobatan setelah lalai (*after default*).

c. Kategori 3

2HRZ/4H3R3

Tahap intensif terdiri dari HRZ diberikan setiap hari selama 2 bulan (2HRZ), diteruskan dengan tahap lanjutan terdiri dari HR selama 4 bulan diberikan 3 kali seminggu (4H3R3).

Obat ini diberikan untuk :

- penderita baru BTA negatif dan rontgen positif sakit ringan.

- penderita ekstra paru ringan, yaitu TBC kelenjar limfe (*limfadenitis*), *pleuritis eksudativa unilateral*, TBC kulit, TBC tulang (kecuali tulang belakang), sendi dan kelenjar adrenal.
- d. OAT Sisipan (HRZE)

Bila pada akhir tahap intensif pengobatan penderita baru BTA positif dengan kategori 1 atau penderita BTA positif pengobatan ulang dengan kategori 2, hasil pemeriksaan dahak masih BTA positif, diberikan obat sisipan (HRZE) setiap hari selama 1 bulan.

(Depkes RI,2002:38-41)

Tabel 2
Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan Ulang Dahak

Tipe Penderita TBC	Uraian	Hasil BTA	Tindak Lanjut
Penderita baru BTA positif dengan pengobatan kategori 1	Akhir tahap Intensif	negatif	tahap lanjutan dimulai
		positif	Dilanjutkan dengan OAT sisipan selama 1 bulan. Jika setelah sisipan masih tetap positif, tahap lanjutan tetap diberikan
	Sebulan sebelum akhir pengobatan atau akhir pengobatan (AP)	Negatif ke-2nya	Sembuh
		positif	Gagal, ganti dengan OAT kategori 2 mulai dari awal
Penderita BTA positif dengan pengobatan ulang kategori 2	Akhir Intensif	Negatif	Teruskan pengobatan dengan tahap lanjutan
		positif	Beri sisipan 1 bulan. Jika setelah sisipan masih tetap positif, teruskan pengobatan tahap lanjutan. Jika ada fasilitas, rujuk untuk uji kepekaan obat.
	Sebulan sebelum akhir pengobatan atau akhir pengobatan	Negatif ke-2nya	Sembuh
		positif	Belum ada pengobatan, disebut kasus kronik, jika mungkin, rujuk kepada unit pelayanan spesialisik. Bila tidak mungkin, beri INH seumur hidup.
Penderita BTA (+) & Ro (+) dengan pengobatan kategori 3 (ringan) atau kategori 1 (berat)	Akhir Intensif	Negatif	Terus ke tahap lanjutan
		Positif	Ganti dengan kategori 2 mulai dari awal

(Depkes RI, 2002:45).

2.1.1.14 Hasil pengobatan dan tindak lanjut

Hasil pengobatan seorang penderita dapat dikategorikan sebagai:

1. Sembuh

Bila penderita telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap, dan pemeriksaan ulang dahak (*follow-up*) paling sedikit 2 (dua) kali berturut-turut hasilnya negatif (yaitu pada AP dan atau sebulan sebelum AP, dan pada satu pemeriksaan *follow-up* sebelumnya).

2. Pengobatan lengkap

Adalah penderita yang telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap tapi tidak ada hasil pemeriksaan ulang dahak 2 kali berturut-turut negatif.

Seharusnya terhadap semua penderita BTA positif harus dilakukan pemeriksaan ulang dahak.

3. Meninggal

Adalah penderita yang dalam pengobatan diketahui meninggal karena sebab apapun.

4. Pindah

Adalah penderita yang pindah berobat ke daerah kabupaten / kota lain.

5. *Defaulted* atau *Drop out*

Adalah penderita yang tidak mengambil obat 2 bulan berturut-turut atau lebih sebelum masa pengobatannya selesai.

6. Gagal

- Penderita BTA positif yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali positif pada satu bulan sebelum akhir pengobatan atau pada akhir pengobatan.
- Penderita BTA negatif yang hasil pemeriksaan dahaknya pada akhir bulan ke-2 menjadi positif.

(Depkes RI,2002:45-47)

2.1.1.15 Faktor-faktor yang mempengaruhi kesembuhan

Menurut pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis tahun 2002, faktor-faktor yang mempengaruhi angka kesembuhan antara lain adalah keberadaan Pengawas Minum Obat (PMO), dan pelayanan kesehatan. Namun di luar itu, ada faktor yang penulis rasa perlu dicantumkan dan penulis teliti karena penulis anggap faktor tersebut ikut berhubungan dengan hasil (angka kesembuhan) pengobatan TB Paru yang antara lain status gizi, perilaku *host*, lingkungan fisik, dan lingkungan sosial ekonomi.

a. Status Gizi

Status gizi didapat orang dari nutrien yang diberikan padanya. Ada tiga jenis kekurangan gizi: ada yang kurang secara kualitatif, dan ada yang kurang secara kuantitatif, serta kekurangan keduanya. Apabila kuantitas nutrien cukup, tetapi kualitasnya kurang maka orang dapat menderita berbagai kekurangan vitamin, mineral, protein dan lain-lainnya. Tetapi

apabila orang kurang jumlah nutriennya, maka ia akan menderita apa yang disebut marasmus. Kombinasi keduanya sering kali ditemukan bersama-sama dengan yang kekurangan kuantitas makanan. Secara umum, kekurangan gizi akan berpengaruh terhadap kekuatan, daya tahan, dan respons imunologis terhadap penyakit dan keracunan (Juli Soemirat, 2000:68).

Malnutrisi sering terjadi pada Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK), kemungkinan karena bertambahnya kebutuhan energi akibat kerja. Kondisi malnutrisi akan menambah mortaliti (angka kematian) PPOK karena berkorelasi dengan derajat penurunan fungsi paru dan perubahan analisis gas darah (Tim Kelompok Kerja PPOK, 2001:28).

Masalah kekurangan dan kelebihan gizi pada orang dewasa (usia 18 tahun keatas) merupakan masalah penting, karena selain mempunyai resiko penyakit-penyakit tertentu, juga dapat mempengaruhi produktifitas kerja (I Dewa Nyoman.dkk, 2001:59).

Rumus perhitungan ini adalah sebagai berikut :

$$\text{IMT} = \frac{\text{berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (m)} \times \text{tinggi badan (m)}}$$

(I Dewa Nyoman.dkk, 2001:60).

Menurut Depkes tahun 1994 yang disadur oleh I Dewa Nyoman, Kategori Ambang Batas IMT untuk Indonesia dapat dilihat pada tabel 3 di bawah.

Tabel 3
Indeks Masa Tubuh

	Kategori	IMT
Kurus	Kekurangan berat badan tingkat berat	< 17,0
	Kekurangan berat badan tingkat ringan	17,0 – 18,5
Normal		> 18,5 – 25,0
Gemuk	Kelebihan berat badan tingkat ringan	> 25,0 – 27,0
	Kelebihan berat badan tingkat berat	> 27,0

(I Dewa Nyoman.dkk, 2001:61).

b. Perilaku *Host*

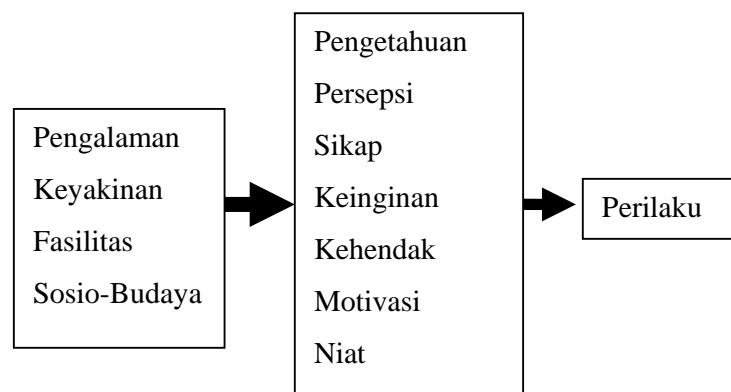
Yang dimaksud perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Soekidjo Notoatmodjo, 2003:114).

Host disebut juga penjamu, adalah populasi atau organisme yang diteliti dalam suatu studi (Juli Soemirat, 2000:55).

Jadi yang dimaksud dengan perilaku host adalah semua kegiatan atau aktivitas populasi yang diteliti, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (orang lain).

Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultasi dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Secara lebih terinci, perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan,

keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya. Apabila ditelusuri lebih lanjut, gejala kejiwaan tersebut ditentukan atau dipengaruhi oleh berbagai faktor lain, diantaranya adalah faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosio-budaya masyarakat, dan sebagainya sehingga proses terbentuknya perilaku ini dapat diilustrasikan seperti gambar berikut :



(Sukidjo Notoadmodjo, 2003:163-164).

Hal ini sesuai dengan teori yang dikatakan oleh Wakil Kepala Dinas Kesehatan (Dinkes) Jateng, dr Budihardja, MPH DTM di Semarang, bahwa para penderita penyakit tuberkulosis (TBC) dapat disembuhkan jika diberi obat anti TBC (OAT) yang diminum secara teratur sampai selesai dengan pengawasan yang ketat. Pengobatan TBC memerlukan waktu cukup lama, yakni 6 bulan sampai 8 bulan secara terus menerus dengan OAT dan harus dilakukan dengan tuntas sampai sembuh, sehingga

dapat mencegah penularan kepada orang lain (Suara Merdeka, 10 April 2005).

Pemberian obat tuberkulosis yang benar dan terawasi secara baik merupakan salah satu kunci penting mencegah dan mengatasi masalah resistensi ganda. Konsep *Directly Observed Treatment Short Course (DOTS)* merupakan salah satu upaya penting dalam menjamin keteraturan berobat penderita dan menanggulangi masalah tuberkulosis khususnya resistensi ganda (Tim Kelompok Kerja PPOK, 2003:36).

Tidak kalah pentingnya selain dari panduan obat yang digunakan adalah keteraturan berobat. Diminum/tidaknya obat tersebut. Dalam hal ini maka sangat penting penyuluhan atau pendidikan mengenai penyakit dan keteraturan berobat yang diberikan kepada penderita, keluarga dan lingkungan. Ketidakteraturan berobat akan menyebabkan timbulnya masalah resistensi (Tim Kelompok Kerja PPOK, 2003:33).

c. Lingkungan Fisik

Menurut HL Blum (Soekidjo Notoatmodjo, 1997:146), penularan penyakit dipengaruhi oleh beberapa faktor yang salah satunya adalah faktor lingkungan. Kaitannya dengan penelitian yang akan penulis teliti, faktor lingkungan fisik yang penulis tekankan adalah pada rumah sehat.

Pembangunan Nasional pada hakikatnya adalah pembangunan manusia seutuhnya dan pembangunan seluruh masyarakat Indonesia, perumahan, dan pemukiman yang layak, sehat, aman, serasi, dan teratur merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia dan merupakan faktor penting dalam peningkatan harkat dan martabat, mutu kehidupan serta kesejahteraan rakyat dalam masyarakat adil dan makmur berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang (UU) No. 4 Tahun 1992 rumah adalah bangunan yang berfungsi sebagai tempat tinggal atau hunian dan sarana pembinaan keluarga. Sedangkan berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 829/Menkes/SK/VII/1989, dijelaskan penyehatan perumahan adalah upaya untuk mengelola rumah yang memenuhi persyaratan kesehatan sehingga terwujudnya mutu rumah yang cukup sehat dan layak huni serta tidak menimbulkan gangguan kesehatan.

Adapun persyaratan kesehatan rumah tinggal menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No.829/Menkes/SK/VII/1989 adalah:

1) Bahan bangunan

- a. Tidak terbuat dari bahan yang dapat melepas zat-zat yang dapat membahayakan kesehatan, antara lain sebagai berikut:

- a) Debu total tidak lebih dari 160 mg/m^3
 - b) Asbes tidak melebihi $0,5 \text{ fiber/m}^3/4 \text{ jam}$
 - c) Timah hitam tidak melebihi 300 mg/kg
- b. Tidak terbuat dari bahan yang dapat tumbuh dan berkembangnya mikroorganisme patogen.
- 2) Komponen dan penataan ruang rumah
- Komponen rumah harus memenuhi persyaratan fisik dan biologis sebagai berikut:
- a. Lantai kedap air dan mudah dibersihkan
 - b. Dinding :
 - a) Di ruang tidur, ruang keluarga, dilengkapi dengan sarana ventilasi untuk pengaturan sirkulasi udara.
 - b) Di kamar mandi dan tempat cuci harus kedap air dan mudah dibersihkan.
 - c. Langit-langit harus mudah dibersihkan dan tidak rawan kecelakaan
 - d. Bangunan rumah yang memiliki tinggi 10 m atau lebih harus dilengkapi dengan penangkal petir.
 - e. Ruang di dalam rumah harus ditata agar berfungsi sebagai ruang tamu, ruang keluarga, ruang makan, ruang tidur, ruang dapur, ruang mandi, dan ruang bermain anak.

f. Ruang dapur harus dilengkapi sarana pembuangan asap.

3) Pencahayaan

Pencahayaan alam dan/atau buatan langsung maupun tidak langsung dapat menerangi seluruh ruangan minimal intensitasnya 60 lux dan tidak menyilaukan.

4) Kualitas Udara

Kualitas udara di dalam rumah tidak melebihi ketentuan sebagai berikut :

- a) Suhu udara nyaman berkisar 18^0 sampai 30^0 *Celcius*.
- b) Kelembaban udara berkisar antara 40% sampai 70%.
- c) Konsentrasi gas SO_2 tidak melebihi 0,10 ppm/24 jam.
- d) Pertukaran udara "*Air Exchange Rate*" = 5 kaki kubik per menit per penghuni.
- e) Konsentrasi gas CO tidak melebihi 100 ppm/8 jam.
- f) Konsentrasi gas formaldehid tidak melebihi 120 mg/m^3 .

5) Ventilasi

Luas penghawaan atau ventilasi alamiah yang permanen minimal 10 % dari luas lantai.

6) Binatang penular penyakit.

Tidak ada tikus bersarang di dalam rumah.

7) Air

- a. Tersedia air bersih dengan kapasitas minimal 60 liter/hari/orang.
- b. Kualitas air harus memenuhi persyaratan air bersih dan/atau air minum sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

8) Tersedia sarana penyimpanan makanan yang aman.

9) Limbah

- a. Limbah cair yang berasal dari rumah tidak mencemari sumber air, tidak menimbulkan bau dan tidak mencemari permukaan tanah.
- b. Limbah padat harus dikelola agar tidak menimbulkan bau, pencemaran terhadap tanah serta air tanah.

10) Kepadatan hunian ruang tidur

Luas ruang tidur minimal 8 m dan tidak dianjurkan digunakan lebih dari 2 orang tidur dalam satu ruang tidur, kecuali anak di bawah umur lima tahun.

d. Lingkungan Sosial Ekonomi

Yang harus diperhatikan agar tidak terjadi bias:

1. status pendidikan
2. pendapatan atau pengeluaran
3. beban tanggungan
4. angka buta huruf, dan lain-lain.

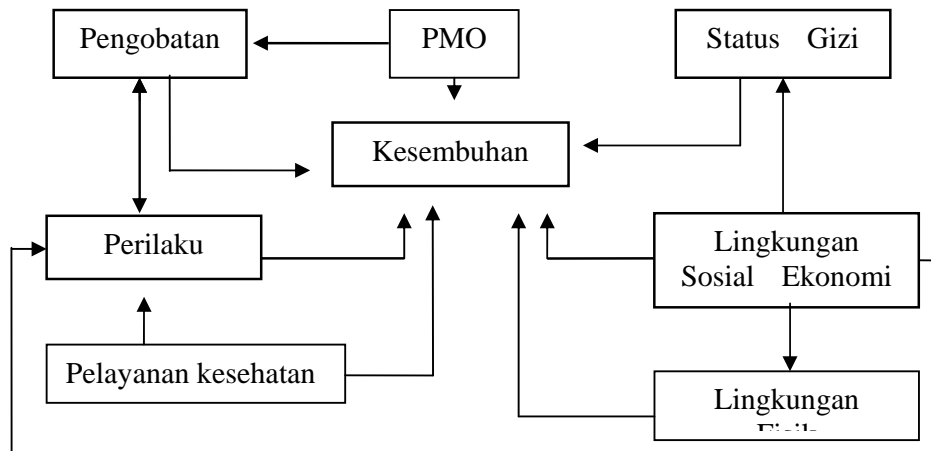
Status sosial ekonomi sangat berpengaruh terhadap status gizi, kebiasaan, kualitas lingkungan, pengetahuan keberadaan sumber daya meteri, sehingga efek agent terhadap berbagai status sosial-ekonomi akan berbeda pula (Juli Soemirat, 2000:109).

e. Kesembuhan

Kesembuhan (sembuh) adalah hasil pengobatan penderita yang telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap dan pemeriksaan ulang dahak (*follow-up*) paling sedikit 2 (dua) kali berturut-turut hasilnya negatif yaitu pada AP (Akhir pengobatan) dan atau sebulan sebelum AP, dan pada satu pemeriksaan *follow-up* sebelumnya (Depkes RI, 2002:45-46).

Di tingkat kabupaten, provinsi, dan pusat, kesembuhan dapat diketahui dengan mudah dari laporan TB 01 dan TB 03. Dari hasil pengobatan inilah yang kemudian dibagi dengan jumlah penderita yang diobati dikalikan 100% akan menghasilkan angka kesembuhan yang digunakan untuk mengetahui keberhasilan pengobatan (Depkes RI, 2002:109).

2.2 Kerangka Teori

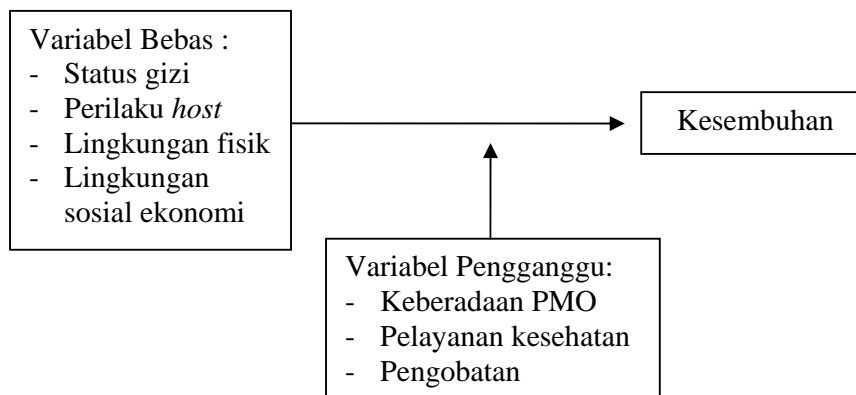


BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep

Kesembuhan berhubungan dengan status gizi, perilaku *host*, lingkungan fisik, dan lingkungan sosial ekonomi. Status gizi mempengaruhi kesembuhan, perilaku *host* mempengaruhi kesembuhan, lingkungan fisik mempengaruhi kesembuhan, lingkungan sosial ekonomi mempengaruhi kesembuhan.



3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang diajukan peneliti berdasarkan judul dan permasalahan penelitian antara lain:

1. Ada hubungan antara faktor status gizi dengan kesembuhan pengobatan TB paru di Kabupaten Kudus tahun 2004.
2. Ada hubungan antara faktor perilaku *host* dengan kesembuhan pengobatan TB paru di Kabupaten Kudus tahun 2004.

3. Ada hubungan antara faktor lingkungan fisik dengan kesembuhan pengobatan TB paru di Kabupaten Kudus tahun 2004.
4. Ada hubungan antara faktor lingkungan sosial ekonomi dengan kesembuhan pengobatan TB paru di Kabupaten Kudus tahun 2004.

3.3 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

1. Variabel bebas (X)

a. Faktor status gizi (X_1)

Status gizi adalah keadaan gizi seseorang yang akan berpengaruh terhadap kekuatan, daya tahan, dan respons imunologis terhadap penyakit dan keracunan, yang diukur dari IMT dengan ketentuan dan kategori:

1. Normal, bila IMT 18,5 – 25 : skor 1.
2. Tidak normal, bila IMT < 18,5 atau > 25 : skor 0

Skala: Nominal

b. Perilaku *host* (X_2)

Perilaku *host* adalah semua kegiatan atau aktivitas pengobatan pasien TB Paru, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati secara langsung oleh pihak luar, yang diukur dengan kuesioner dengan syarat:

1. *host* menelan obat pada saat perut kosong
2. memeriksakan dahak seminggu sebelum akhir masa pengobatan tahap intensif,
3. pernah mengikuti penyuluhan TB Paru,

4. terbiasa minum obat (OAT) secara teratur, dan
5. sesegera mungkin memeriksakan diri bila menderita sakit.

Kategori : a. Baik, jika syarat 1-5 terpenuhi semua : skor 1

b. tidak baik, bila ada salah satu syarat yang tidak terpenuhi

: skor 0

Skala: Nominal

c. Lingkungan fisik (X_3)

Lingkungan fisik adalah lingkungan tempat tinggal penderita, yang diukur dari jawaban kesioner, dengan syarat :

1. lantai terbuat dari ubin atau semen,
2. berdinding tembok,
3. beratap genteng,
4. berventilasi,
5. bergenteng kaca,
6. luas bangunan menyediakan 2,5-3 m² untuk tiap orang,
7. rumah tersedia air bersih,
8. pembuangan tinja,
9. pembuangan air limbah,
10. pembuangan sampah,
11. fasilitas dapur,
12. gudang, dan
13. kandang ternak yang terpisah dari rumah.

Kategori : a. Baik, jika memenuhi minimal 6 dari syarat di atas: skor 1

b. tidak baik, jika kurang dari 6 syarat di atas : skor 0

Skala: Nominal

d. Lingkungan sosial ekonomi (X_4)

Lingkungan sosial ekonomi adalah lingkungan sosial dan keadaan ekonomi pasien, yang diukur dari jawaban kuesioner dengan syarat:

1. bila dalam bermasyarakat tidak ada pantangan minum obat bila sakit,
2. adanya dorongan dari pihak luar terhadap pengobatan TB Paru,
3. kepercayaan akan sembuh bila minum OAT secara teratur, dan
4. tidak merasa enggan pergi ke puskesmas karena biaya transport.

Kategori : a. baik, jika syarat 1-4 terpenuhi semua : skor 1

b. tidak baik, jika ada salah satu syarat yang tidak terpenuhi
: skor 0

Skala: Nominal

2. Variabel terikat (y)

a. Kesembuhan (Y)

Kesembuhan adalah hasil pengobatan yang dilaksanakan dengan pemeriksaan ulang dahak, yang diukur dari kuesioner dengan syarat : hasil pemeriksaan ulang dahak (*follow-up*) paling sedikit 2 (dua) kali berturut-turut hasilnya positif atau tidak melaksanakan pemeriksaan ulang dahak (*follow-up*).

Kategori : a. Sembuh, jika memenuhi syarat di atas : skor 1

b. tidak sembuh, jika tidak memenuhi syarat di atas : skor 0

Skala: Nominal

3.4 Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian yang dilakukan oleh peneliti adalah penelitian analitik yang menggunakan metode penelitian *cross sectional* untuk menjelaskan hubungan status gizi, perilaku host, lingkungan fisik, dan lingkungan sosial ekonomi dengan kesembuhan pengobatan TB paru di Kabupaten Kudus tahun 2004.

3.5 Populasi dan Sampel Penelitian

Keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti tersebut adalah populasi penelitian atau universe (Soekidjo Notoatmojo, 2000:79). Populasi pada penelitian ini adalah penderita TB Paru yang diobati pada tiap puskesmas di Kabupaten Kudus tahun 2004.

Sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi ini disebut “sampel penelitian” (Soekidjo Notoatmodjo, 2000:79).

Cara pengambilan sampel yaitu dengan *proportional random sampling*, dengan rumus :

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

$$n = \frac{(1,96^2) \cdot 0,1 \cdot 0,9}{(0,05)^2} = \frac{(3,84) \cdot 0,09}{0,0025} = \frac{0,3456}{0,0025} = 138,24 \text{ sampel.}$$

Keterangan :

n = sampel

P = proporsi (0,1)

d = presisi (derajat penelitian) (0,05)

(Stanley Lemeshow, 1997:2).

Kriteria sampel penelitian adalah :

1. Penderita TB Paru BTA (+) yang tercatat pada pengobatan TB Paru tahun 2004 atau PMO penderita yang telah meninggal dunia.
2. Penderita atau PMO pasien TB Paru yang meninggal, yang telah menjalani pengobatan, paling lama 1 tahun sejak tanggal pertama tercatat sebagai pasien TB Paru.
3. Penderita yang berusia lebih dari 18 tahun pada tahun tersebut, atau PMO pasien yang berusia lebih dari 18 tahun.
4. Pasien ataupun PMOnya (bagi pasien yang telah meninggal), bersedia menjadi responden.

Dalam penelitian ini, sampel yang penulis dapatkan sebanyak 48 responden yang terdiri dari 42 pasien TB Paru tahun 2004 dan 6 PMO penderita TB Paru tahun 2004 yang telah meninggal dunia.

3.6 Instrumen Penelitian

Untuk mengungkap data, peneliti mempersiapkan kuesioner. Kemudian kuesioner akan dijawab oleh pasien atau PMOnya dengan bimbingan peneliti. Kuesioner tersebut memuat pertanyaan yang keseluruhannya wajib dijawab oleh pasien atau PMOnya, yang kemudian oleh peneliti dibuat kategori normal atau tidak normal, baik atau tidak baik, sembuh dan tidak sembuh. Terhadap kuesioner tersebut diberlakukan validitas dan reliabilitas.

3.6.1 Validitas Instrumen.

Menggunakan rumus korelasi *product moment* angka kasar dari Karl Pearson menurut Suharsimi Arikunto (1991:138), yaitu:

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{N \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan :

r_{xy}	= Koefisien korelasi
x	= Nilai faktor tertentu
y	= Nilai faktor total
N	= Jumlah responden

Hasil perhitungan r dikonsultasikan r tabel *product moment*. Dalam hasil uji validitas kuesioner yang dilakukan terhadap 30 sampel, didapatkan r hitung > r tabel (r hitung > 0,2407) maka instrumen dikatakan valid.

3.6.2 Reliabilitas Instrumen

Adalah suatu instrumen yang cukup dapat dipercaya untuk digunakan untuk digunakan sebagai alat pengumpul data karena instrumen tersebut sudah baik. Dalam teknik mencari reliabilitas digunakan rumus alpha, yaitu:

$$r_{11} = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum \sigma^2 b}{\sigma^2} \right)$$

(Suharsimi Arikunto, 2002:171)

Keterangan :

r_{11} = Reliabilitas instrumen

k = Banyaknya butir soal atau banyaknya pertanyaan

$\sum \sigma^2 b$ = Jumlah varians butir

σ^2 = Varians total

Sedangkan untuk mencari varians butir dengan rumus:

$$\sigma b^2 = \frac{\sum x^2 - \left(\frac{\sum x}{N} \right)^2}{N}$$

Keterangan:

σb^2 = variasi butir

$\sum x$ = jumlah skor butir

N = jumlah responden

(Suharsimi Arikunto, 2002:171)

Oleh karena dari hasil uji coba kuesioner didapatkan nilai Alpha Cronbach = 0,8576 yang ternyata lebih r tabel = 0,2407, maka kuesioner yang diuji coba terbukti reliabel. Setelah dilakukan uji coba dan menghasilkan data instrumen valid dan reliabel, maka dilanjutkan dengan metode analisis data.

3.7 Teknik Pengambilan Data

1. Observasi langsung

Dilakukan untuk mengetahui faktor status gizi, dan kesembuhan yang ingin diteliti yang diberikan kepada pasien atau PMOnya beserta lingkungan fisik penderita yang telah menjalani pengobatan, diantara penderita TB Paru BTA positif yang tercatat di beberapa puskesmas Kabupaten Kudus tahun 2004.

2. Wawancara

Dilakukan untuk mengetahui segala faktor terkait yang ingin diteliti yang diberikan kepada pasien atau PMOnya yang telah selesai masa pengobatan, diantara penderita TB Paru BTA positif yang tercatat di beberapa puskesmas Kabupaten Kudus tahun 2004. Wawancara tersebut dengan menggunakan kuesioner, yang dalam penelitian ini dilakukan untuk mengumpulkan data dalam bentuk angket. Angket yang digunakan merupakan angket terbimbing sebab peneliti memandu pasien TB paru atau PMOnya dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan. Pertanyaan pada faktor-faktor dan pertanyaan pada hasil pengobatan (hasil tes BTA *droplet*) merupakan pertanyaan tertutup, yang

berpedoman pada indikator-indikator dari variabel yang dijabarkan dalam beberapa item yang kemudian akan dikategorikan.

3.8 Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan bagian dari suatu penelitian, di mana tujuan dari analisis data ini adalah agar diperoleh suatu kesimpulan masalah yang diteliti. Data yang telah terkumpul akan diolah dan dianalisis dengan menggunakan program komputer.

Adapun langkah-langkah pengolahan data meliputi:

- 1) Editing yaitu pekerjaan memeriksa data yang masuk seperti memeriksa kelengkapan pengisian kuesioner, kejelasan jawaban dan keseragaman suatu pengukuran.
- 2) Koding yaitu suatu kegiatan memberi tanda atau kode tertentu terhadap data yang telah diedit dengan tujuan mempermudah pembuatan tabel.
- 3) Entri yaitu suatu kegiatan memasukkan data yang telah ditetapkan.
- 4) Analisis yaitu pengolahan data dengan menggunakan program komputer SPSS versi 11.0

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan metode sebagai berikut:

1. Univariat

Analisis ini digunakan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel, baik variabel bebas atau terikat. Analisis ini berupa distribusi frekuensi dan persentase pada setiap variabel seperti status gizi, perilaku *host*, lingkungan fisik, lingkungan sosial ekonomi, dan kesembuhan.

2. Bivariat

Untuk mencari hubungan dan membuktikan hipotesis dua variabel. Dalam penelitian ini digunakan uji *Chi-Square* untuk menghubungkan variabel terikat dengan variabel bebas.

a) Chi Kuadrat

Rumus yang digunakan Chi Kuadrat menurut Sudjana (2002:273):

$$x^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Keterangan :

O_i = Frekuensi pengamatan

E_i = Frekuensi yang diharapkan, dengan $dk = (k-1)$

Jika x^2 hitung lebih kecil dari x^2 tabel, maka H_0 diterima, dan apabila lebih besar atau sama dengan x^2 harga tabel maka H_0 ditolak.

BAB IV
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum

4.1.1 Keadaan Alam dan Lingkungan

Kabupaten Kudus merupakan salah satu kabupaten yang ada di Propinsi Jawa Tengah, terletak diantara 4 (empat) kabupaten dengan luas wilayah 425,15 km yang terbagi atas 9 Kecamatan, 131 desa/kelurahan dengan batas wilayah sebagai berikut :

- ◆ Sebelah Utara : Kabupaten Jepara dan Pati
- ◆ Sebelah Timur : Kabupaten Pati
- ◆ Sebelah Selatan : Kabupaten Grobogan dan Pati
- ◆ Sebelah Barat : Kabupaten Demak dan Jepara

Tabel 4

Luas Daerah, Jumlah Desa/Kelurahan, Jumlah Kepala Keluarga
dan Kepadatan Penduduk di Beberapa Kecamatan
di Kabupaten Kudus Tahun 2004

No	Kecamatan	Luas	Jml Desa/	Jumlah	Jml	Rata-rata	Kepadatan
		Daerah	Kelurahan		Penduduk	Rumah	Jiwa/Rumah
		(km ²)			Tangga/KK	Tangga (KK)	(km ²)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	KALIWUNGU	32.68	15	85815	20671	4.,15	2625,89
2	KOTA	10.47	25	91968	22521	4,08	8783,95
3	BAE	23.32	10	59553	14468	4,12	2413,98
4	GEBOG	55.10	11	88713	21204	4,18	1610,04
Sumber : Badan Pusat Statistik Kab. Kudus							

A. Kependudukan

1. Pertumbuhan Penduduk

Menurut data dari Badan Pusat Statistik Kabupaten Kudus, jumlah penduduk Kabupaten Kudus Tahun 2004 tercatat 730.768 terdiri dari laki-laki 361.227 jiwa dan perempuan 369.541 jiwa.

Dilihat dari susunan penduduknya, Kabupaten Kudus masih tergolong jenis penduduk muda (usia produktif) dimana jumlah penduduk umur antara 15-64 tahun mencapai 492.883 jiwa (67,45%) yaitu lebih dari 50 % dari jumlah penduduk seluruhnya.

Apabila dilihat dari penyebarannya, maka kecamatan yang paling tinggi persentasenya adalah kecamatan Jekulo sebesar 92.263 jiwa (12,63 %) dan yang terkecil adalah Kecamatan Bae sebesar 59.553 jiwa (8,17 %) dari jumlah penduduk seluruhnya.

2. Kepadatan Penduduk

Kepadatan penduduk pada tahun 2004, tercatat sebesar 2.633,62 jiwa/km², namun persebaran penduduk masih belum merata. Kecamatan yang terpadat masih di Kecamatan Kota yaitu sebesar 8.783,95 jiwa/km² dan terendah di Kecamatan Undaan sebesar 923,14 jiwa/km².

3. Perbandingan Jenis Kelamin (*Sex Ratio*)

Perkembangan penduduk menurut jenis kelamin dapat dilihat dari perbandingan jenis kelamin, yaitu perbandingan penduduk laki-laki dengan penduduk perempuan.

Bila dilihat dari *sex ratio* di Kabupaten Kudus, maka diperoleh *sex ratio* pada tahun 2004 sebesar 97,83 yang berarti bahwa setiap 100 penduduk perempuan terdapat 97 penduduk laki-laki. Dengan kata lain bahwa penduduk perempuan lebih banyak dibanding penduduk laki-laki. Ini dapat dilihat dari semua kecamatan bahwa *sex ratio* di bawah 100, yaitu berkisar antara 93,99 dan 100,25.

B. Sosial Ekonomi

Salah satu tolok ukur keberhasilan pembangunan di bidang ekonomi biasanya dilihat dari pertumbuhan angka Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) baik atas dasar harga konstan maupun atas dasar harga berlaku. Dari data BPS Kabupaten Kudus (Kudus Dalam Angka 2004), laju pertumbuhan ekonomi di Kabupaten Kudus pada tahun 2003 semakin membaik dibandingkan dengan tahun 2002.

Untuk tahun 2003, PDRB (Milyar Rupiah) di Kabupaten Kudus adalah :

- Menurut harga konstan : Rp. 3.438,85
- Menurut harga berlaku : Rp.11.923,27

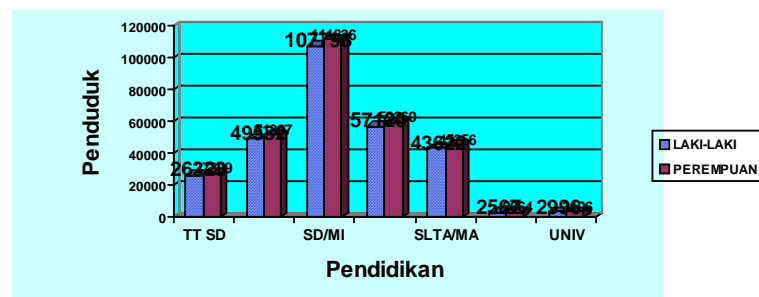
Tingkat pendidikan yang ditamatkan juga merupakan salah satu tolok ukur kondisi sosial ekonomi dalam suatu daerah tersebut. Untuk tahun 2004 jumlah penduduk di Kabupaten Kudus (laki-laki dan perempuan) yang berusia 10 tahun ke atas dan telah menamatkan pendidikan dapat dilihat pada grafik 1.

Dari grafik 1, diketahui bahwa sebagian besar tingkat pendidikan yang ditamatkan penduduk di Kabupaten Kudus baik laki-laki maupun perempuan adalah lulus SD/MI yaitu sebesar 35,76% dan yang terkecil adalah lulus Akademi/Diploma yaitu sebesar 0,64%.

Grafik 1

Tingkat Pendidikan Menurut Jenis Kelamin di Kabupaten Kudus
Tahun 2004

**Grafik Tingkat Pendidikan Penduduk Laki-Laki
dan Perempuan di Kabupaten Kudus Tahun
2004**



Indikator lain dari kondisi sosial ekonomi masyarakat diukur dengan Angka Ketergantungan (*dependency ratio*) yang diperoleh dengan melihat jumlah penduduk usia produktif (15 s.d 64 tahun) dibandingkan dengan jumlah penduduk non produktif usia (0 s.d 14 th) ditambah usia lebih dari 65 tahun.

Di Kabupaten Kudus pada tahun 2004 angka beban ketergantungan sebesar 49,45 %, hal ini berarti bahwa setiap 100 orang produktif harus menanggung 49 orang yang tidak produktif atau setiap satu orang produktif harus menanggung 2 orang yang tidak produktif.

4.2 Hasil Penelitian.

4.2.1 Hasil Penelitian univariat

4.2.1.1 Keadaan status gizi pasien TB Paru yang menjalani pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus tahun 2004

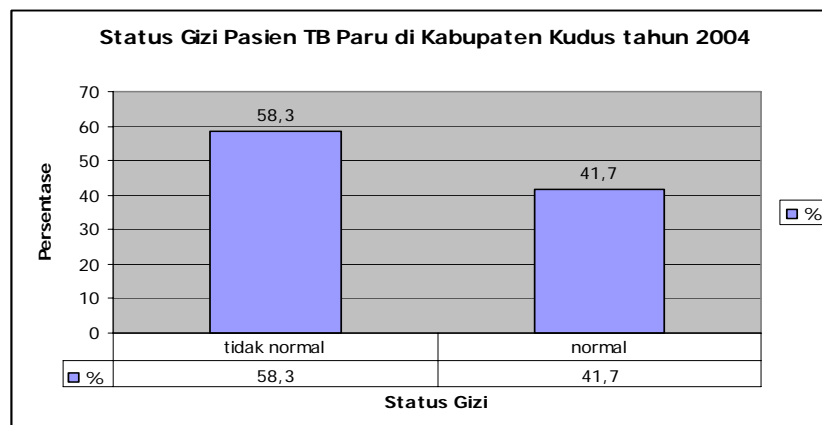
Tabel 5

Status Gizi	Jumlah	
	n	%
Tidak normal	28	58,3
Normal	20	41,7
Jumlah	48	100

Dari tabel 5 di atas, menunjukkan bahwa status gizi yang normal hanya sebanyak 20 pasien (41,7%). Sedangkan yang tidak normal ada sebanyak 28 pasien (58,3%). Adapun keadaan tersebut dapat digambarkan pada grafik berikut:

Grafik 2

Status Gizi Pasien TB Paru di Kabupaten Kudus tahun 2004



4.2.1.2 Keadaan perilaku pasien TB Paru yang menjalani pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus tahun 2004

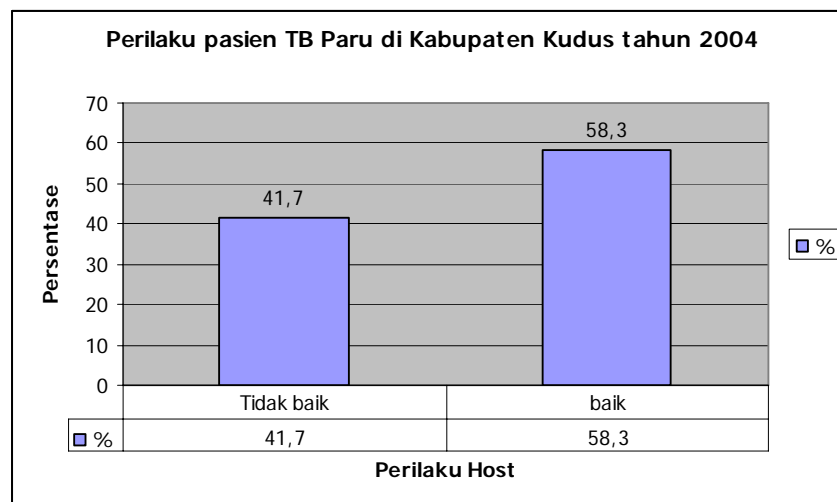
Tabel 6

Perilaku <i>host</i>	Jumlah	
	n	%
Tidak baik	20	41,7
Baik	28	58,3
Jumlah	48	100

Dari tabel 6 di atas, menunjukkan bahwa perilaku *host* yang baik sebanyak 28 pasien (58,3%). Sedangkan yang tidak baik hanya sebanyak 20 pasien (41,7%). Adapun keadaan tersebut dapat digambarkan pada grafik berikut:

Grafik 3

Perilaku Pasien TB Paru di Kabupaten Kudus tahun 2004



4.2.1.3 Keadaan lingkungan fisik pasien TB Paru yang menjalani pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus tahun 2004

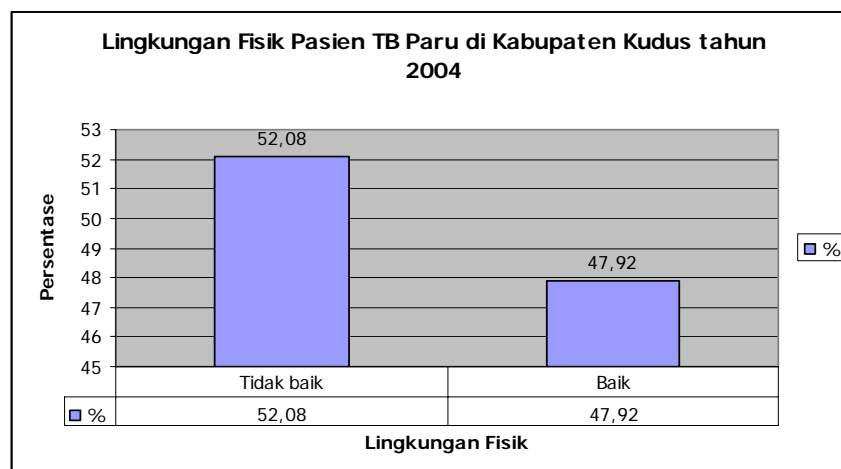
Tabel 7

Lingkungan Fisik	Jumlah	
	n	%
Tidak baik	25	52,08
Baik	23	47,92
Jumlah	48	100

Dari tabel 7 di atas, menunjukkan bahwa lingkungan fisik yang baik hanya sebanyak 23 pasien (47,92%). Sedangkan yang tidak baik ada sebanyak 25 pasien (52,08%). Adapun keadaan tersebut dapat digambarkan pada grafik berikut:

Grafik 4

Lingkungan Fisik Pasien TB Paru di Kabupaten Kudus tahun 2004



4.2.1.4 Keadaan lingkungan sosial ekonomi pasien TB Paru yang menjalani pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus tahun 2004

Tabel 8

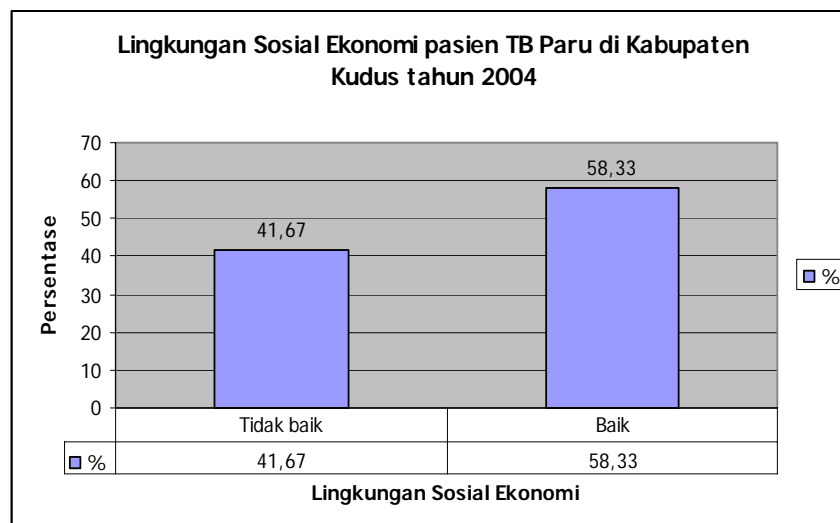
Lingkungan sosial ekonomi	Jumlah	
	n	%
Tidak baik	20	41,67
Baik	28	58,33
Jumlah	48	100

Dari tabel 8 di atas, menunjukkan bahwa lingkungan sosial ekonomi yang baik ada sebanyak 28 pasien (58,33%). Sedangkan yang tidak baik hanya sebanyak 20 pasien (41,67%). Adapun keadaan tersebut dapat digambarkan pada grafik berikut:

Grafik 5

Lingkungan Sosial Ekonomi Pasien TB Paru di Kabupaten

Kudus tahun 2004



4.2.2 Hasil Penelitian Bivariat

4.2.2.1 Hubungan antara status gizi dengan kesembuhan pengobatan TB Paru.

Tabel 9

Status gizi	Tidak sembuh		Sembuh		Jumlah		χ^2	p-value	OR
	n	%	n	%	n	%			
Tidak normal	6	21,4	22	78,6	28	58,3	0,457	0,499	0,636
Normal	6	30	14	70	20	41,7			
Jumlah	12	25	36	75	48	100			

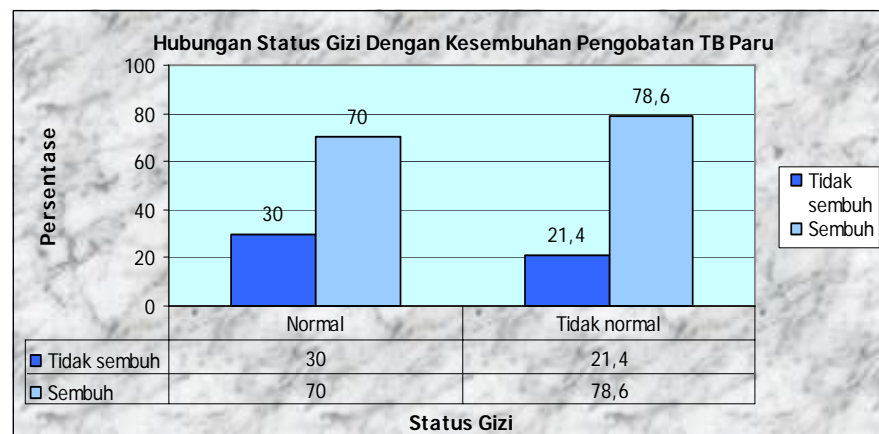
Berdasarkan tabel 9 di atas, menunjukkan bahwa status gizi yang normal hanya sedikit, dimana proporsinya lebih besar yang sembuh yaitu sejumlah 14(70 %) sedangkan yang tidak sembuh hanya sejumlah 6(30 %).

Setelah dilakukan analisis tabulasi silang dengan komputer program SPSS versi 11.0 diperoleh p-value sebesar 0,499 dengan derajat kesalahan 5%, dan OR sebesar 0,636. Ini berarti tidak ada hubungan antara status gizi dengan kesembuhan pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus Tahun 2004.

Adapun keadaan tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:

Grafik 6

Hubungan Antara Status Gizi Dengan Kesembuhan Pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus Tahun 2004



4.2.2.2 Hubungan antara perilaku *host* dengan kesembuhan pengobatan TB Paru.

Tabel 10

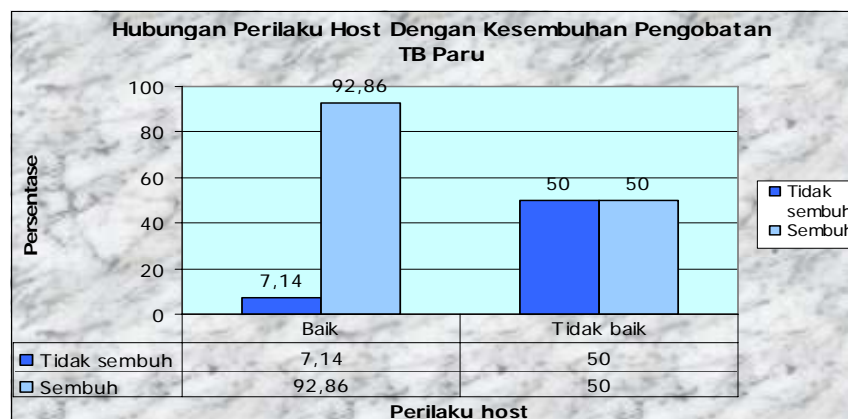
Perilaku host	Tidak sembuh		sembuh		Jumlah		χ^2	p-value	OR
	n	%	n	%	n	%			
Tidak baik	10	50	10	50	20	41,7	11,429	0,001	13,000
Baik	2	7,14	26	92,86	28	58,3			
Jumlah	12	25	36	75	48	100			

Berdasarkan tabel 10 di atas, menunjukkan bahwa perilaku *host* yang baik banyak, dimana proporsinya lebih besar yang sembuh yaitu sejumlah 26 (92,86 %) sedangkan yang tidak sembuh hanya sejumlah 2 (7,14 %).

Setelah dilakukan analisis tabulasi silang dengan komputer program SPSS versi 11.0 diperoleh p-value sebesar 0,001 dengan derajat kesalahan 5%, dan OR sebesar 13,000 (2,413-70,051). Ini berarti ada hubungan antara perilaku *host* dengan kesembuhan pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus Tahun 2004.

Adapun keadaan tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:

Grafik 7
Hubungan Antara Perilaku *Host* Dengan Kesembuhan Pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus Tahun 2004



4.2.2.3 Hubungan antara lingkungan fisik dengan kesembuhan pengobatan TB Paru.

Tabel 11

Lingkungan fisik	Tidak sembuh		Sembuh		Jumlah		χ^2	p-value	OR
	n	%	n	%	n	%			
Tidak baik	9	36	16	64	25	52,08	3,367	0,067	3,750
Baik	3	13,04	20	86,96	23	47,92			
Jumlah	12	25	36	75	48	100			

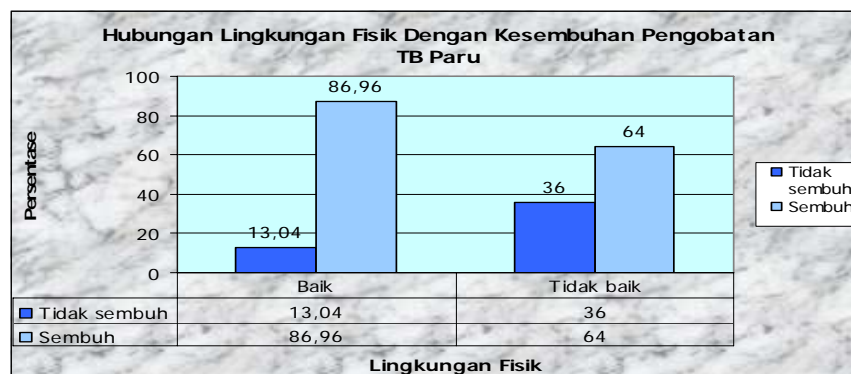
Berdasarkan tabel 11 di atas, menunjukkan bahwa lingkungan fisik yang baik hanya sedikit, dimana proporsinya lebih besar yang sembuh yaitu sejumlah 20 (86,96 %) sedangkan yang tidak sembuh hanya sejumlah 3 (13,04 %).

Setelah dilakukan analisis tabulasi silang dengan komputer program SPSS versi 11.0 diperoleh p-value sebesar 0,067 dengan derajat kesalahan 5% dan OR sebesar 3,750. Ini berarti tidak ada hubungan antara lingkungan fisik dengan kesembuhan pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus Tahun 2004.

Adapun keadaan tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:

Grafik 8

Hubungan Antara Lingkungan Fisik Dengan Kesembuhan Pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus Tahun 2004



4.2.2.4 Hubungan antara lingkungan sosial ekonomi dengan kesembuhan pengobatan TB Paru.

Tabel 12

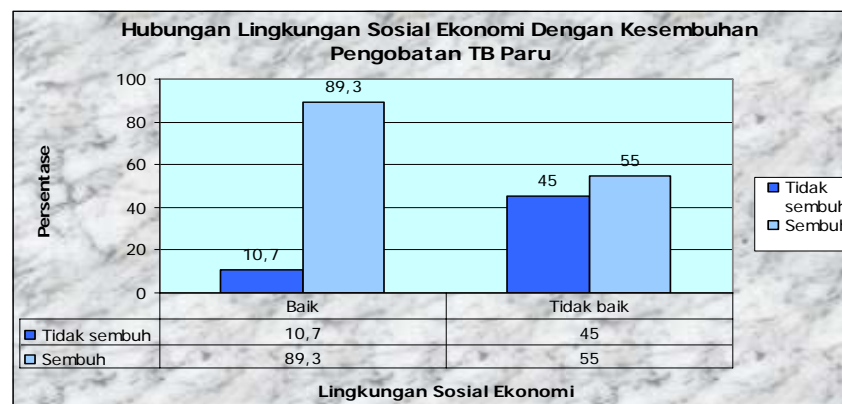
Lingkungan sosial ek.	Tidak sembuh		Sembuh		Jumlah		χ^2	p-value	OR
	n	%	n	%	n	%			
Tidak baik	9	45	11	55	20	41,67	7,314	0,007	6,818
Baik	3	10,7	25	89,3	28	58,33			
Jumlah	12	25	36	75	48	100			

Berdasarkan tabel 12 di atas, menunjukkan bahwa lingkungan sosial ekonomi yang tidak baik hanya sedikit, dimana proporsinya lebih besar yang sembuh yaitu sejumlah 11 (55 %) sedangkan yang tidak sembuh hanya sejumlah 9 (45 %).

Setelah dilakukan analisis tabulasi silang dengan komputer program SPSS versi 11.0 diperoleh p-value sebesar 0,007 dengan derajat kesalahan 5%, dengan OR 6,818. Ini berarti ada hubungan antara lingkungan sosial ekonomi dengan kesembuhan pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus Tahun 2004.

Adapun keadaan tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:

Grafik 9
Hubungan Antara Lingkungan Sosial Ekonomi Dengan Kesembuhan Pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus Tahun 2004



4.3 Pembahasan

4.3.1 Status Gizi

Dari hasil penelitian, status gizi tidak berhubungan dengan kesembuhan pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus tahun 2004.

Hal ini tidak sesuai dengan teori I Dewa Nyoman.dkk bahwa masalah kekurangan dan kelebihan gizi pada orang dewasa (usia 18 tahun ke atas) merupakan masalah penting, karena selain mempunyai risiko penyakit-penyakit tertentu, juga dapat mempengaruhi produktivitas kerja (I Dewa Nyoman.dkk,2001:59)

Pasien yang tidak sembuh yang memiliki status gizi normal 18,5 – 25 sebanyak 30 % sedangkan yang sembuh sebanyak 70 %. Pada penelitian ini, peneliti tidak mengklasfikasikan tingkatan usia pasien dan tidak meneliti konsumsi gizi pasien selama masa pengobatan, sehingga hal ini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan status gizi tidak berhubungan dengan angka kesembuhan pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus tahun 2004.

4.3.2 Perilaku *Host*

Dari hasil penelitian, perilaku *host* berhubungan dengan kesembuhan pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus tahun 2004.

Hal ini sesuai dengan teori yang dikatakan oleh Wakil Kepala Dinas Kesehatan (Dinkes) Jateng, dr Budihardja, MPH DTM di Semarang, bahwa para penderita penyakit tuberkulosis (TBC) dapat disembuhkan jika diberi obat anti TBC (OAT) yang diminum secara

teratur sampai selesai dengan pengawasan yang ketat. Pengobatan TBC memerlukan waktu cukup lama, yakni 6 bulan sampai 8 bulan secara terus menerus dengan OAT dan harus dilakukan dengan tuntas sampai sembuh, sehingga dapat mencegah penularan kepada orang lain (Suara Merdeka, 10 April 2005).

Kemaknaan hubungan ini juga berkesuaian dengan literatur yang ditulis oleh Depkes RI, 2002:11, pada penderita stadium lanjut, dapat terjadi hemoptitis berat (perdarahan dari saluran nafas bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena *syok hipovolemik* atau tersumbatnya jalan nafas. Hal ini dapat mempengaruhi hasil pengobatan karena dari pasien yang tidak sembuh.

4.3.3 Lingkungan Fisik

Dari hasil penelitian, lingkungan fisik tidak berhubungan dengan kesembuhan pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus tahun 2004.

Hal ini tidak sesuai dengan teori (Depkes RI,2002:9) bahwa kuman TBC cepat mati dengan sinar matahari langsung. Keberadaan sinar matahari ini peneliti kaitkan dengan rumah sehat yang oleh teori Soekidjo Notoatmodjo (1997:149-152) bahwa kurangnya cahaya yang masuk ke dalam ruangan rumah, terutama cahaya matahari di samping kurang nyaman, juga merupakan media atau tempat yang baik untuk hidup dan berkembangbiaknya bibit-bibit penyakit. Cahaya matahari sangat penting, karena dapat membunuh bakteri-bakteri patogen di dalam rumah, misalnya baksil TBC.

Berdasarkan hasil penelitian ini, lingkungan fisik tidak berhubungan dengan kesembuhan pasien. Hal ini disebabkan karena keterlambatan pengobatan pasien sehingga pasien meninggal dalam masa pengobatan, pasien yang merasa sembuh sebelum selesai masa pengobatan sehingga *drop out*, pasien yang masih bekerja berat selama pengobatan sehingga memperparah sakitnya sehingga meninggal, pasien yang tidak tahan terhadap obat, pasien yang menghentikan pengobatan karena merasa sudah sembuh selama masih dalam masa pengobatan, sedangkan ia masih berhubungan dengan penderita lain di sekitarnya, sehingga ia kembali menjalani pengobatan mulai dari awal pada tahun tersebut.

4.3.4 Lingkungan Sosial Ekonomi

Dari hasil penelitian, lingkungan sosial ekonomi berhubungan dengan kesembuhan pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus tahun 2004.

Hal ini sesuai dengan teori bahwa status sosial ekonomi sangat berpengaruh terhadap status gizi, kebiasaan, kualitas lingkungan, pengetahuan keberadaan sumber daya meteri, sehingga efek *agent* terhadap berbagai status sosial-ekonomi akan berbeda pula (Juli Soemirat, 2000:109).

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang kesembuhan TB Paru, dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan kesembuhan pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus tahun 2004 adalah **perilaku *host*** dan faktor **lingkungan sosial ekonomi**.

Sedangkan faktor-faktor yang tidak berhubungan dengan kesembuhan pengobatan TB Paru di Kabupaten Kudus tahun 2004 adalah status gizi dan lingkungan fisik.

5.2 Saran

Berdasarkan dari hasil penelitian, saran yang dapat peneliti berikan kepada:

1. Pegawai atau petugas TB puskesmas
 - a) Peningkatan upaya dalam memberikan pengertian lebih lanjut kepada pasien TB tentang pentingnya kepatuhan dan keteraturan minum obat.
 - b) Peningkatan upaya dalam memberikan pengertian lebih lanjut kepada pasien TB tentang pentingnya memeriksakan dahaknya pada waktu-waktu yang telah ditetapkan.
 - c) Peningkatan upaya dalam memberikan pengertian lebih lanjut kepada pasien TB tentang pentingnya perilaku yang positif terhadap pengobatan TB Paru dalam jangka panjang.

2. Pemerintah daerah
 - a) Peningkatan bantuan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten dalam hal promosi pemberantasan penyakit TB Paru.
 - b) Peningkatan dukungan, kesempatan dan kemudahan yang sebesar-besarnya kepada masyarakat untuk mendapatkan pendidikan tentang kesehatan dengan peningkatan penyuluhan tentang pentingnya memeriksakan sedini mungkin jika memiliki gejala TB Paru.
3. Bagi masyarakat
 - a. Memberikan respon positif terhadap upaya pemerintah dalam memberantas tuberkulosis.
 - b. Segera memeriksakan diri ke pusat pelayanan kesehatan terdekat bila sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI.2002.*Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*,Jakarta:-
- Difa Danis.-.*Kamus Istilah Kedokteran,-*:Gitamedia Press
- DR. Sugiyono.2002.*Statistika Untuk Penelitian*,Bandung:CV ALFABETA
- I Dewa Nyoman,dkk.2001.*Penilaian Status Gizi*,Jakarta:EGC
- Juli Soemirat.2000.*Epidemiologi Lingkungan*,Yogyakarta:Gajah Mada University Press
- Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 829/Menkes/SK/VII/1989 tanggal 20 Juli 1989*.2005.Semarang:Diperbanyak oleh Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah
- Misnadiarly.2006.*Mengenal, Mencegah, Menanggulangi TBC Paru, Ekstra Paru, Anak, dan pada Kehamilan*,Jakarta:Pustaka Populer Obor
- Soekidjo Notoatmodjo.1997.*Ilmu Kesehatan Masyarakat*,Jakarta:Rineka Cipta
- _____ .2000.*Metodologi Penelitian Kesehatan*,Jakarta:Rineka Cipta
- _____ .2003.*Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta:Rineka Cipta
- Stanley Lemeshow.1997.*Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*,Yogyakarta:Gajah Mada University Press
- Suara Merdeka.10 April 2005.*Penderita TBC Dapat Disembuhkan*.
- Sudjana.2002.*Metoda Statistika*,Bandung:Tarsito
- Suharsimi Arikunto.1991.*Metodologi Penelitian*,Jakarta:Rineka Cipta

Tim Kelompok Kerja PPOK.2001.*PPOK Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan di Indonesia*,Jakarta:Balai Penerbit FKUI

_____.2003.*Pedoman Diagnosis & Penatalaksanaan di Indonesia*,Jakarta:Balai Penerbit FKUI

Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1992 tentang Perumahan dan Pemukiman.1992.Jakarta :Diterbitkan Proyek Pemberantasan Penyakit Menular Jawa Tengah Tahun Anggaran 1991/1992

Vaughan JP&Morrow RH.1993.*Pedoman Epidemiologi*,Bandung:ITB