

FAKTOR RISIKO KEJADIAN TB PARU BTA POSITIF DI DAERAH PESISIR DAN DAERAH PEGUNUNGAN: STUDI KOMPARASI PUSKESMAS BENU-BENUA DAN ANGGABERI

Risk Factors of Positive BTA Lungs Tuberculosis In The Coastal Area and The Mountain Area: Comparative Study of Benu-Benua and Anggaberi Health Center

Mohamad Guntur Nangi¹, Yulli Fety², Alianto¹

¹Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat

²Program Studi Keperawatan

Universitas Mandala Waluya

(mohamad.guntur@gmail.com, 082395496887)

ABSTRAK

Tuberkulosis masih merupakan masalah kesehatan di Indonesia, khususnya di Wilayah Kerja Puskesmas Benu-Benua Kota Kendari (daerah pesisir) dan Wilayah Kerja Puskesmas Anggaberi Kabupaten Konawe (daerah pegunungan). Tujuan penelitian ini untuk mengetahui perbedaan faktor risiko kejadian TB paru BTA Positif di Daerah Pesisir dan Daerah Pegunungan. Jenis penelitian adalah observasional analitik menggunakan studi perbandingan dengan rancangan *Cross Sectional Study* dari bulan September-Oktober 2019. Populasi penelitian ini adalah 57 kasus, dengan teknik penarikan sampel secara *Random Sampling*, jumlah sampel sebanyak 32 kasus di daerah pesisir dan 25 kasus di daerah pegunungan. Metode analisis menggunakan uji Statistik *Mann-Whitney Test*. Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan faktor risiko kebiasaan tidur kejadian TB paru BTA positif di daerah pesisir dan daerah pegunungan dengan $p\text{-value} = 0,003 < \alpha = 0,005$, tidak ada perbedaan faktor risiko kebiasaan membuang dahak dengan $p\text{-value} = 0,253 > \alpha = 0,005$, dan ada perbedaan faktor risiko kebiasaan membuka jendela kejadian TB paru BTA positif di daerah pesisir dan daerah pegunungan dengan nilai $p\text{-value} = 0,003 < \alpha = 0,005$. Saran dalam penelitian ini menjadi bahan masukan bagi pengelola program pencegahan dan penanggulangan penyakit khususnya penyakit TB.

Kata Kunci: Kejadian TB, kebiasaan tidur, membuang dahak, dan membuka jendela

ABSTRACT

Tuberculosis is still a health problem in Indonesia, especially in the working area of the Benu-Benua Public Health Center in Kendari City (coastal area) and the Working Area of the Anggaberi Health Center Regency Konawe (mountain area). The purpose of this study was to determine differences in risk factors for the incidence of positive smear pulmonary TB in the Coastal Areas and Mountain Areas. This type of research is an observational analytic study using a comparative study (comparative) with a cross-sectional study design from September to October 2019. The population in this study was 57 cases, with a random sampling technique, with a total sample of 32 cases in coastal areas and 25 cases in mountain areas). The analytical method uses the Mann-Whitney Test statistic. The results showed that there were differences in risk factors for sleep habits of positive smear pulmonary TB in coastal and mountain areas with $p\text{-value} = 0,003 < \alpha = 0,005$), there were no differences in risk factors for sputum removal habits with $p\text{-value} = 0,253 > \alpha = 0,005$, and there are differences in risk factors for habit of opening a window of positive smear pulmonary TB events in coastal and mountain areas with $p\text{-value} = 0,003 < \alpha = 0,005$. Suggestions in this study so that the results of the study become input for the management of disease prevention and management programs, especially as a consideration in determining TB.

Keywords: *TB incidence, sleeping habits, phlegm disposal, and window opening*

PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB paru) merupakan penyakit infeksi bakteri menahun yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis*, suatu basil tahan asam yang ditularkan melalui udara. Ketika penderita tuberkulosis paru mengalami batuk, bersin, dan berbicara akan menyebarkan droplet yang mengandung basil kuman TB dari satu orang ke orang lain. Penyebab utama kematian diantara semua yang akan menghirup basil kuman TB dapat terinfeksi oleh tuberkulosis apabila seseorang mengalami ketahanan tubuh yang rendah.¹

Penyakit pleuritis, efusi pleura, laryngitis, dan TB usus akan terjadi jika penderita penyakit infeksi adalah penyakit TB paru. Penyakit ini cukup besar terkhusus masalah kesehatan masyarakat terutama di Negara-negara berkembang. Kondisi kepadatan hunian yang tinggi, sanitasi lingkungan yang buruk, kurangnya gizi seseorang dan tidak mampu berobat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan disebabkan oleh rendahnya ekonomi sosial masyarakat.²

Menurut WHO dalam *Global Tuberculosis Report* tahun 2017, sebaran kasus TB pada tahun 2016 banyak terjadi di wilayah Asia Tenggara (45%), Afrika (25%), Timur Mediterania (7%), Eropa (3%), dan yang terakhir adalah di wilayah Amerika (3%). Laporan dari WHO juga menyatakan bahwa terdapat 30 negara di dunia yang mempunyai status angka TB tertinggi di dunia yang menyumbang 87% dari semua perkiraan kasus insiden diseluruh dunia. Berdasarkan tingkat insidensinya terdapat tujuh negara yang menonjol memiliki kasus insiden TB tertinggi

pada tahun 2016 yakni Negara India, Indonesia, China, Filipina, Pakistan, Nigeria, dan Afrika Selatan.³

Data Riskesdas 2016 menunjukkan jumlah penderita Tuberkulosis paru BTA positif di Indonesia yang tersebar di 34 provinsi yaitu berjumlah 156.723 penderita dengan distribusi perempuan sebanyak 61.341 (39,7%) dan laki-laki 95.382 (60,3%). Jumlah kasus baru Tuberkulosis paru BTA positif yang paling banyak ditemukan adalah di Provinsi Jawa Barat dengan jumlah 23.774 (15,2%) kasus.⁴

Data Kementerian Kesehatan tahun 2018 ditemukan jumlah kasus Tuberkulosis Paru TBA positif sebanyak 511.873 kasus, menurun bila dibandingkan semua kasus Tuberkulosis Paru BTA Positif pada tahun 2017 dengan jumlah sebesar 168.412 kasus. Ada tiga provinsi yang memiliki kasus TBC tertinggi dari seluruh jumlah kasus di Indonesia yaitu Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa Tengah sebesar 43.54% kasus Tuberkulosis.⁵

Data Dinas Kesehatan Sulawesi Tenggara pada tahun 2017 terjadi penurunan kasus sebesar 2.587 kasus baru TB paru BTA positif, dibandingkan dengan tahun 2016 sebanyak 3.105 kasus. Tidak terjadi seperti trend pada tahun-tahun sebelumnya ditemukan kasus baru tertinggi pada tahun 2017 yang berasal dari 4 kabupaten yaitu Kota Kendari, Kabupaten Konawe, Kolaka, Baubau, dan Bombana. Jumlah kasus baru dari 5 kabupaten dan kota mencapai 50% dari total keseluruhan kasus TB paru BTA positif di Sulawesi Tenggara.⁶

Kota Kendari dan Kabupaten Konawe merupakan dua daerah yang saling berbatasan. Kedua daerah tersebut meskipun letaknya berdekatan, tetapi dalam hal karakteristik geografis memiliki perbedaan. Kota Kendari termasuk daerah pesisir sedangkan Kabupaten Konawe termasuk daerah pegunungan. Wilayah kerja Puskesmas Benu-Benua merupakan salah satu puskesmas terletak di daerah pesisir Kota Kendari. Sedangkan wilayah kerja Puskesmas Anggaberi Kabupaten Konawe merupakan salah satu daerah pegunungan dan termasuk salah satu puskemas *Case Detection Rate (CDR)* TB paru BTA positif di kedua puskesmas tersebut termasuk tinggi. *Case Detection Rate (CDR)* TB paru BTA Positif Kota Kendari terjadi penurunan pada tahun 2018 sebanyak 350 (24%) kasus dibandingkan tahun 2017 terjadi peningkatan jumlah penderita TB paru BTA positif sebanyak 538 (36%) kasus.⁷ Sedangkan CDR TB paru BTA positif Kabupaten Konawe juga terjadi penurunan pada tahun 2018 sebanyak 308 kasus dibandingkan tahun 2017 terjadi peningkatan jumlah penderita TB paru BTA positif sebanyak 337 kasus.⁸

Puskesmas Benu-Benua merupakan salah satu puskesmas terletak di pesisir yang masih mempengaruhi sifat-sifat air laut sehingga kondisi suhu sangat tinggi, berbeda dengan 14 Puskesmas yang lain di Kota Kendari yang kurang terpengaruh oleh sifat-sifat air laut dan kondisi suhunya hampir sama dengan daerah pegunungan kondisi suhunya rendah, sehingga dapat mempengaruhi perilaku kebiasaan-kebiasaan masyarakat di

wilayah kerja Puskesmas Benu-Benua Kota Kendari seperti kebiasaan tidurnya bersama kelurag lain, kebiasaan membuang dahak dan kebiasaan membuka jendela. *Case Detection Rate (CDR)* TB paru BTA positif tertinggi ke 5 dari 15 puskesmas Kota Kendari. Jumlah kasus TB paru BTA positif tahun 2017 sebanyak 47 kasus. Tahun 2018 terjadi peningkatan kasus sebanyak 48 kasus Tuberkulosis paru BTA Positif di wilayah kerja Puskesmas Benu-Benua Kota Kendari.⁹

Puskesmas Anggaberi merupakan salah satu Puskesmas terletak di daerah pegunungan Kabupaten Konawe yang memiliki kondisi suhu yang sangat rendah. *Case Detection Rate (CDR)* TB paru BTA positif paling tinggi dari 29 puskesmas Kabupaten Konawe. Pada tahun 2016 memiliki jumlah kasus TB paru BTA positif sebanyak 2 kasus. Kasus tersebut terjadi peningkatan jumlah kasus tuberkulosis paru BTA positif sebanyak 15 kasus dan tahun 2018 meningkat sebanyak 33 kasus Tuberkulosis paru BTA positif.¹⁰

Melihat CDR TB paru BTA Positif kedua wilayah kerja puskesmas tersebut termasuk tinggi (>70%), padahal kedua wilayah kerja puksesmas tersebut memiliki karakteristik dan kondisi geografis yang berbeda, sehingga dapat mempengaruhi perilaku kebiasaan yang berbeda antara masyarakat pesisir dengan masyarakat pegunungan seperti, kebiasaan tidur bersama, kebiasaan membuang dahak dan kebiasaan membuka jendela.

BAHAN DAN METODE

Jenis penitian yang digunakan adalah penelitian observasional analitik menggunakan studi perbandingan (komparasi) dengan rancangan *Cross Sectional Study*. Hipotesis penelitian ini meliputi ada perbedaan faktor risiko kebiasaan tidur, kebiasaan membuang dahak, kebiasaan membuka jendela dengan kejadian TB paru BTA positif di daerah pesisir dan daerah pegunungan.

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Benu-Benua Kota Kendari (daerah pesisir) dan wilayah kerja Puskesmas Anggaberi Kabupaten Konawe (daerah pegunungan). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh jumlah penderita TB paru BTA positif yang datang berobat di Puskesmas Benu-Benua Kota Kendari (daerah pesisir) dan Puskesmas Anggaberi Kabupaten Konawe (daerah pegunungan) yaitu sebanyak 48 dan 33 penderita. Besar sampel di wilayah Puskesmas Benu-Benua Kota Kendari (daerah pesisir) dan wilayah Puskesmas Anggaberi Kabupaten Konawe (daerah pegunungan) menggunakan rumus *simple random sampling* yaitu sebanyak 32 dan 25 penderita.

Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan wawancara terstruktur dengan menggunakan kuesioner yang sudah disiapkan sebelumnya. Data yang diperoleh dari kuesioner dianalisis menggunakan program SPSS 12,00 *for windows* yang terdiri dari analisis univariat dan analisis komparasi (perbandingan) dengan menggunakan uji statistik *Mann-Whitney*. Jika nilai *p-value* < 0,05 (H_0 diterima), maka ada perbedaan signifikan yang berarti ada perbedaan

beberapa faktor risiko kejadian TB paru BTA positif di daerah pesisir dan daerah pegunungan.

HASIL

Berdasarkan Tabel 1 karakteristik responden menunjukkan bahwa dari 32 responden yang diteliti di wilayah kerja Puskesmas Benu-Benua Kota Kendari, terdapat kelompok umur responden terbanyak berumur 40-49 tahun yaitu 10 orang (31,2%) dan umur responden yang paling sedikit adalah yang berumur 10-19 tahun dan 30-39 tahun yaitu masing masing 2 orang (6,3%). Jenis kelamin responden terdapat 16 responden laki-laki (50%) dan 16 responden perempuan (50%). Tingkat pendidikan responden terbanyak yang berpendidikan SMA dengan jumlah 13 responden (40,7%) dan responden paling sedikit yang berpendidikan SMP yaitu 4 responden (12,5%). Pekerjaan responden terbanyak adalah wiraswasta dengan jumlah 10 (31,2%) dan responden dengan pekerjaan paling sedikit adalah satpam dan mahasiswa yaitu masing-masing 1 responden (3,1%). Sedangkan dari 25 responden yang diteliti di wilayah kerja Puskesmas Anggaberi Kab. Konawe, kelompok umur responden terbanyak berumur 30-39 tahun yaitu 8 orang (32%) dan responden yang paling sedikit adalah responden yang berumur 40-49 tahun yaitu 1 orang (4%). Jenis kelamin responden terdapat 13 responden laki-laki (52%) dan 12 responden perempuan (48%). Tingkat pendidikan responden terbanyak yang berpendidikan SMA dengan jumlah 12 responden (48%) dan

responden paling sedikit yang berpendidikan SD yaitu 2 responden (8%). Pekerjaan responden terbanyak adalah petani dengan jumlah 15 responden (60%) dan pekerjaan paling sedikit adalah PNS, Tukang dan Mahasiswa yaitu masing-masing 1 responden (4%).

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Daerah Responden			
	Pesisir		Pegunungan	
	n	%	n	%
Umur				
10-19 Tahun	2	6,2	0	0
20-29 Tahun	3	9,3	6	24
30-39 Tahun	2	6,2	8	32
40-49 Tahun	10	31,2	1	4
50-59 Tahun	9	28,1	4	16
>60 Tahun	6	18,8	6	24
Jenis kelamin				
Laki-laki	16	50	13	52
Perempuan	16	50	12	48
Pendidikan				
SD	5	15,7	2	8
SMP	4	12,5	3	12
SMA	13	40,7	12	48
PT (DIII,S1)	10	31,2	8	32
Pekerjaan				
PNS	4	12,5	1	4
Satpam	1	3,1	0	0
Pedagang	5	15,7	0	0
Mahasiswa	1	3,1	1	4
Pelajar	2	6,2	0	0
Wiraswasta	10	31,2	5	20
IRT	9	28,1	0	0
Petani	0	0	15	60
Pegawai honorer	0	0	2	8
Tukang	0	0	1	4
Total	32	100,0	25	100,0

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan Tabel 2 analisis univariat menunjukkan bahwa dari 32 responden yang diteliti di wilayah kerja Puskesmas Benua Benua Kota Kendari, terdapat 13 responden (40,6%) memiliki kebiasaan tidurnya bersama anggota keluarga lainnya berisiko dan 19 responden (59,4%) memiliki kebiasaan tidurnya bersama anggota keluarga laintidak

berisiko dan terdapat 17 responden (53,1%) memiliki kebiasaan membuang dahaknya berisiko dan 15 responden (46,9%) memiliki kebiasaan membuang dahaknya tidak berisiko serta terdapat 20 responden (62,5%) memiliki kebiasaan membuka jendelanya berisiko dan 12 responden (37,5%) memiliki kebiasaan membuka jendelanya tidak berisiko. Sedangkan dari 25 responden yang diteliti di wilayah kerja Puskesmas Anggaberi Kab. Konawe, terdapat 21 responden (84%) memiliki kebiasaan tidurnya berisiko dan 4 responden (16%) memiliki kebiasaan tidurnya tidak berisiko dan terdapat 11 responden (44%) kebiasaan membuang dahaknya berisiko dan 14 responden (56%) kebiasaan membuang dahaknya tidak berisiko serta terdapat 5 responden (20%) kebiasaan membuka jendelanya berisiko dan 20 responden (80%) kebiasaan membuka jendelanya tidak berisiko.

Tabel 2. Analisis Univariat

Variabel	Kejadian TB			
	Pesisir		Pegunungan	
	n	%	n	%
Kebiasaan				
Tidur	13	40,6	21	84,0
Berisiko	19	59,4	4	16,0
Tidak Berisiko	32	100,0	25	100,0
Total				
Kebiasaan Membuang				
Dahak	17	53,1	11	44,0
Berisiko	15	46,9	14	56,0
Tidak Berisiko	32	100,0	25	100,0
Total				
Kebiasaan Membuka				
Jendela	20	62,5	5	20,0
Berisiko	12	37,5	20	80,0
Tidak Berisiko	32	100,0	25	100,0
Total				

Sumber : Data Primer, 2019

Berdasarkan Tabel 3 analisis komparasi menunjukkan bahwa dari 32 responden yang diteliti di daerah pesisir terdapat 13 responden (40,6%) kebiasaan tidur bersama anggota keluarga yang risiko tinggi dan 19 responden (59,4%) kebiasaan tidur bersama anggota keluarga risiko rendah. Sedangkan 25 responden daerah pegunungan yang diteliti terdapat 21 responden (84%) yang kebiasaan tidur bersama anggota keluarga risiko tinggi dan 4 responden (16%) kebiasaan tidur bersama anggota keluarga risiko rendah dan dari 32 responden yang diteliti daerah pesisir terdapat 17 responden (53,1%). Hasil uji statistik menunjukkan $p\text{-value} = 0,003$ lebih kecil dari 0,05. Hal ini menunjukkan ada perbedaan faktor risiko kebiasaan tidur terhadap kejadian TB di daerah pesisir dan daerah pegunungan.

Kebiasaan membuang dahak yang risiko tinggi dan 15 responden (46,9%) kebiasaan membuang dahak risiko rendah. Sedangkan 25 responden daerah pegunungan yang diteliti

terdapat 11 responden (44%) yang kebiasaan membuang dahak risiko tinggi dan 14 responden (56%) kebiasaan membuang dahak risiko rendah. Hasil uji statistik menunjukkan $p\text{-value} = 0,253$ lebih kecil dari 0,05. Hal ini menunjukkan ada perbedaan faktor risiko kebiasaan membuang dahak terhadap kejadian TB di daerah pesisir dan daerah pegunungan.

Dari 32 responden daerah pesisir yang diteliti terdapat 20 responden (62,5%) kebiasaan membuka jendela yang risiko tinggi dan 12 responden (37,5%) kebiasaan membuka jendela yang risiko rendah. Sedangkan 25 responden daerah pegunungan yang diteliti terdapat 5 responden (20%) yang kebiasaan membuka jendela yang risiko tinggi dan 20 responden (80%) kebiasaan membuka jendela yang risiko rendah. Hasil uji statistik menunjukkan $p\text{-value} = 0,003$ lebih kecil dari 0,05. Hal ini menunjukkan ada perbedaan faktor risiko kebiasaan membuka jendela terhadap kejadian TB di daerah pesisir dan daerah pegunungan.

Tabel 3. Analisis Bivariat

Variabel	Kejadian TB						Hasil Uji Statistik
	Pesisir		Pegunungan		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Kebiasaan Tidur							
Risiko Tinggi	13	40,6	21	84	34	59,6	$= 0,05$
Risiko Rendah	19	59,4	4	16	23	40,4	$p\text{-Value} = 0,003$
Kebiasaan Membuang Dahak							
Risiko Tinggi	17	53,1	11	44	28	49,1	$= 0,05$
Risiko Rendah	15	46,9	14	56	29	51,9	$p\text{-Value} = 0,253$
Kebiasaan Membuka Jendela							
Risiko Tinggi	20	62,5	5	20	25	43,8	$= 0,05$
Risiko Rendah	12	37,5	20	80	32	56,2	$p\text{-Value} = 0,003$

Sumber : Data Primer, 2019

PEMBAHASAN

Setelah dilakukan pengolahan data, penyajian dan analisis data univariat dan komparasi serta hasilnya, selanjutnya dilakukan pembahasan hasil penelitian sesuai variabel. Berikut adalah pembahasan hasil penelitian yang sesuai dengan variabel yang diteliti.

Kebiasaan tidur adalah kebutuhan pokok dengan pola yang dilakukan secara berulang. Kebiasaan tidur merupakan salah satu proses perpindahan penyakit, khususnya penularan penyakit menular melalui udara akan semakin mudah dan cepat, apalagi terdapat salah satu anggota keluarga menderita TB BTA positif.

Hasil analisis komparasi menunjukkan ada perbedaan faktor risiko kebiasaan tidur dengan kejadian TB paru BTA positif di daerah pesisir dan daerah pegunungan ($p\text{-value} = 0,003$). Sebagian besar penderita TB Paru BTA positif di daerah pegunungan memiliki kebiasaan tidur bersama dengan anggota keluarga lain 1,6 kali lebih banyak dibandingkan di daerah pesisir. Perbedaan tersebut disebabkan karena berdasarkan informasi yang diperoleh dari beberapa responden di daerah pegunungan bahwa tidur bersama anggota keluarga lainnya merupakan kebiasaan anggota keluarga untuk menjaga dan merawat penderita TB, akan tetapi tidak menggunakan kasur dan bantal bersama penderita dan anggota keluarga selalu menjemur kasur dan bantal setiap 3 atau 4 kali dalam seminggu yang dipakai oleh penderita tersebut agar terhindar dari penyakit TB paru BTA positif.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Teguh Dhika R K dkk (2011), dengan menggunakan metode studi perbandingan (komparasi) dengan *design cross sectional study* dan total sampel adalah daerah pantai sebanyak 35 responden dan daerah pegunungan sebanyak 31 responden. Hasil uji statistik menunjukkan adanya perbedaan kebiasaan tidur penderita TB paru BTA positif di daerah pantai dan daerah pegunungan ($p = 0,000$). Sebagian besar penderita TB paru BTA positif di daerah pegunungan memiliki kebiasaan tidur bersama dengan anggota keluarga lain (93,5%) atau 2,5 kali lebih banyak dibandingkan di daerah pantai (34,3%).¹¹

Kebiasaan membuang dahak adalah kegiatan membuang dahak yang berasal dari mulut oleh seseorang. Membuang dahak disembarang tempat akan meningkatkan penyebaran kuman TB, sebab kuman TB dapat hidup yang mempunyai peluang untuk menular jika dahak akan membuangnya disembarang tempat.

Hasil analisis komparasi menunjukkan tidak ada perbedaan faktor risiko kebiasaan membuang dahak dengan kejadian TB paru BTA positif di daerah pesisir dan daerah pegunungan ($p\text{-value} = 0,253$). Sebagian besar penderita TB paru BTA positif di daerah pesisir dan daerah pegunungan memiliki kebiasaan membuang dahak disembarang tempat misalnya di dalam kamar WC, disamping rumah dan di lingkungan sekitarnya, karena berdasarkan informasi dari responden bahwa kurangnya pengetahuan penderita tentang kejadian penyakit TB paru

BTA positif terhadap penularan TB paru melalui dahak/ludah.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Nofi Yugibalom dkk., (2019), dengan menggunakan jenis penelitian study observasional analitik dengan *design case control* dan total sampel 100 responden terdapat 50 kasus dan 50 kontrol. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa kebiasaan membuang dahak sembarang dengan kejadian TB paru diperoleh nilai *p-value* = 0,001 dengan nilai odds rasio (OR) sebesar 4,750 dengan 95% *confidence interval* (CI) 2,008-11,236. Hasil uji ini menunjukkan bahwa nilai *p*< 0,05 dengan demikian dapat dinyatakan bahwa tidak membuang dahak dalam wadah tertutup merupakan faktor risiko antara kebiasaan membuang dahak sembarang dengan kejadian TB paru.¹²

Kebiasaan membuka jendela merupakan suatu kegiatan rutin sehari-hari untuk memperoleh cahaya matahari dalam rumah. Cahaya dalam rumah sangat berperan penting pada kehidupan manusia, salah satunya adalah untuk membunuh bakteri-bakteri patogen seperti *Mycobacterium Tuberculosis*.

Hasil analisis komparasi menunjukkan ada perbedaan faktor risiko kebiasaan membuka jendela dengan kejadian TB paru BTA positif di daerah pesisir dan daerah pegunungan (*p-value* = 0,003). Sebagian besar penderita TB paru BTA positif di daerah pegunungan 1,7 kali lebih banyak dibandingkan daerah pesisir. Perbedaan tersebut disebabkan karena suhu di daerah pegunungan sangat rendah atau dingin, sehingga mempengaruhi kebiasaan masyarakat

daerah pegunungan selalu membuka jendela di pagi hari untuk mendapatkan suasana hangat di dalam rumah atau kamar tidur dan sebagai upaya cahaya matahari dapat masuk di dalam ruangan agar tercipta suasana hangat.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Teguh Dhika dkk., (2011), dengan menggunakan metode studi perbandingan (komparasi) dengan *design cross sectional study* dan total sampel adalah daerah pantai sebanyak 35 responden dan daerah pegunungan sebanyak 31 responden. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan kebiasaan membuka jendela kamar tidur penderita TB paru BTA positif di daerah pantai dan daerah pegunungan (*p* = 0,000). Sebagian besar penderita TB paru BTA positif di daerah pegunungan (70,97%) memiliki kebiasaan membuka jendela kamar tidur setiap pagi atau 2,5 kali lebih banyak dibandingkan di daerah pantai (25,70%).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan dalam penelitian ini adalah ada perbedaan faktor risiko kebiasaan tidur, kebiasaan membuang dahak dengan kejadian TB paru BTA positif di daerah pesisir dan daerah pegunungan dan Tidak ada perbedaan faktor risiko kebiasaan membuang dahak dengan kejadian TB paru BTA positif di daerah pesisir dan daerah pegunungan.

Saran dalam penelitian ini adalah sebagai bahan informasi tambahan mengenai penyakit TB pada khususnya untuk mengembangkan penelitian ini tentang faktor risiko lainnya yang berhubungan dengan penyakit TB paru BTA positif. Oleh karena itu,

penulis dapat menyarankan bagi peneliti selanjutnya dapat menggunakan variabel tentang kebiasaan merokok, kepadatan hunian, ventilasi, dan status sosial ekonomi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada Yayasan Mandala Waluya Kendari yang telah memberi dukungan atas kelancaran pelaksanaan penelitian ini sebagai bagian dari pelaksanaan Tridharma Perguruan Tinggi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta; 2015.
2. Mulyadi, Fitrika Y. Hubungan Tuberkulosis dengan HIV/AIDS. Jurnal PSIK-FK Unisyah. 2011;2(2):162-166.
3. WHO. Tuberculosis Remains Leading Infectious Killer. Geneva; 2017.
4. Kemenkes RI. Riskesdas Penyakit Menular. Jakarta; 2016.
5. Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta; 2018.
6. Dinkes Provinsi Sultra. Profil Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara. Kendari; 2018.
7. Dinkes Kota Kendari. Data TB BTA Positif Kota Kendari Tahun 2016-2018. Kendari; 2019.
8. Dinkes Kabupaten Konawe. Data TB BTA Positif Kabupaten Konawe Tahun 2016-2018. Unaaha; 2019.
9. Puskesmas Benu-Benua. Data TB BTA Positif Tahun 2014-2018. Benu-Benua; 2019.
10. Puskesmas Anggaberi. Data TB BTA Positif Tahun 2014-2018. Anggaberi; 2019.
11. Dhika T, Rejeki DSR. Studi Komparasi Beberapa Faktor Risiko Kejadian Tuberkulosis Paru BTA Positif di Daerah Pesisir dan Daerah Pegunungan. Jurnal Kesmas Indonesia. 2011;4(2):184-192.
12. Yigibalom N, Sulistiani, Nurjazuli. Faktor Risiko Kebiasaan Tinggal di Rumah Etnis dan Membuang Dahak Sembarang pada Kejadian TB Paru di Kabupaten Jayawijaya, Papua. Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia. 2019;18(1):1-7.