

Hubungan Antara Determinan Sosial dan Pengetahuan dengan Upaya Pencegahan Penularan Penyakit Tuberkulosis (TBC)

di Puskesmas Panjang Kota Bandar Lampung

Jefri Irawan¹, Dyah Wulan Sumekar Rengganis Wardani², Betta Kurniawan³

¹Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

²Bagian Ilmu kedokteran Komunitas komunitas dan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

³Bagian Parasitologi Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Tuberkulosis (TBC) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Gejala utama penderita TBC adalah batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu berdahak bercampur darah, batuk darah, sesak napas, lemas, nafsu makan menurun, berat badan turun, malaise, keringat malam tanpa aktivitas fisik, demam lebih dari satu bulan. Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan determinan sosial dengan pengetahuan tentang upaya pencegahan penularan TB di Puskesmas Panjang Bandar Lampung. Jenis penelitian ini adalah penelitian potong lintang analitik dan sampel penelitian ini adalah pasien TB yang terdaftar di Puskesmas Panjang pada bulan Desember – Januari 2022 dan memenuhi kriteria inklusi. Teknik pengambilan sampel ini menggunakan total sampling. Data diperoleh dengan menggunakan kuesioner. Data dianalisis menggunakan uji Chi-square. Sebagian Besar berpenghasilan rendah, berpendidikan rendah (SD dan SMP), memiliki pekerjaan, termasuk dalam kelompok kelas sosial bawah, berjenis kelamin laki-laki dan berpengetahuan baik. pada hasil uji statistik menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara pendapatan dengan upaya pencegahan penularan penyakit TBC ($p\text{-value} = 0.034$), Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan ($p\text{-value} = 0.076$), pekerjaan ($p\text{-value} = 0.079$) dengan upaya pencegahan penularan penyakit TBC, dan terdapat hubungan yang signifikan antara kelas ($p\text{-value} = 0.026$), jenis kelamin ($p\text{-value} = 0.017$), pengetahuan ($p\text{-value} = 0.000$) dengan upaya pencegahan penularan penyakit TBC. Didapatkan Hubungan antara Determinan sosial dan Pengetahuan dengan Upaya Pencegahan Penularan Penyakit Tuberkulosis (TBC) di Puskesmas Panjang Kota Bandar Lampung

Kata kunci : Determinan sosial, pengetahuan tuberkulosis, tuberkulosis

The Relationship Between Social Determinants And Knowledge With Efforts to Prevent Tuberculosis Transmission at Panjang Health Center, Bandar Lampung City

Abstract

Tuberculosis (TB) is an infectious disease caused by the bacterium *Mycobacterium tuberculosis*. The primary symptom of TB is a cough with phlegm that lasts for two weeks or more. The general objective of this study was to determine the relationship between social determinants and knowledge of TB transmission prevention efforts at Panjang Community Health Center, Bandar Lampung. This was an analytical cross-sectional study, with samples comprised of TB patients registered at Panjang Community Health Center between December and January 2022 and meeting the inclusion criteria. The sampling technique used total sampling. Data were obtained using a questionnaire. Data were analyzed using the Chi-square test. Low income, low education (elementary and junior high school), have a job, belong to the lower social class group, are male and have good knowledge. The results of statistical tests show a significant relationship between income and efforts to prevent TB transmission ($p\text{-value} = 0.034$), There is no significant relationship between education level ($p\text{-value} = 0.076$), employment ($p\text{-value} = 0.079$) and efforts to prevent TB transmission, and there is a significant relationship between class ($p\text{-value} = 0.026$), gender ($p\text{-value} = 0.017$), knowledge ($p\text{-value} = 0.000$) and efforts to prevent TB transmission. There is a relationship between social determinants and knowledge and efforts to prevent tuberculosis (TB) transmission at Panjang Community Health Center, Bandar Lampung City.

Keywords: Social determinants, tuberculosis knowledge, tuberculosis

Korespondensi : Jefri Irawan, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung, jefriirawan35@gmail.com

Pendahuluan

Tuberkulosis (TBC) adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*.¹ gejala utama pasien TBC yaitu batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan². Pada pasien dengan *human immunodeficiency virus* (HIV) positif, batuk sering kali bukan merupakan gejala TBC yang khas, sehingga gejala batuk tidak harus selalu selama dua minggu atau lebih³.

Kecamatan panjang merupakan salah satu kecamatan di kota Bandar Lampung dengan jumlah penduduk sebanyak 63.342 jiwa dengan 16.553 kepala⁴. Kecamatan panjang memiliki Puskesmas yang disebut Puskesmas Rawat Inap Panjang. Wilayah kerja puskesmas ini sendiri meliputi delapan kelurahan, yaitu Kelurahan Srengsem, Karang Maritim, Panjang Utara, Panjang Selatan, Pidada, Way Lunik, Ketapang, dan Ketapang Kuala⁵.

Puskesmas Rawat Inap Panjang adalah puskesmas yang menerima pemeriksaan mikroskopis sputum terduga TBC paru⁶ dalam melaksanakan program penanggulangan TBC dari pemerintah. Penemuan penderita TBC paru basil tahan asam (BTA) positif dengan merata di semua puskesmas yang ada di Bandar Lampung tertinggi ditemukan di puskesmas Rawat Inap Panjang dengan 83 kasus TBC basil tahan asam (BTA) positif⁷.

Faktor determinan sosial yang menjadi salah satu faktor resiko meningkatkan seseorang untuk terinfeksi *Mycobacterium tuberculosis*⁸. Adapun determinan sosial yang dimaksud meliputi pendapatan, pendidikan, pekerjaan, kelas sosial, dan jenis kelamin⁹. Kondisi sosial ekonomi yang rendah dapat membatasi akses terhadap pelayanan kesehatan, kualitas hunian yang layak, serta kemampuan individu dalam menerapkan perilaku pencegahan penyakit menular¹⁰.

Pengetahuan merupakan hasil dari proses penginderaan seseorang terhadap suatu objek melalui pancaindra, yang sangat berperan

dalam membentuk sikap dan perilaku kesehatan¹¹. Rendahnya pengetahuan mengenai TBC masih banyak ditemukan di masyarakat, yang dipengaruhi oleh kepercayaan terhadap mitos, kurangnya pemahaman mengenai cara penularan, serta ketidakpatuhan dalam pengobatan¹². Pengetahuan yang baik tentang TBC terbukti berhubungan dengan perilaku pencegahan penularan penyakit tersebut¹³.

Wilayah kerja Puskesmas Panjang merupakan daerah dengan jumlah penderita TBC yang cukup tinggi, yaitu sebanyak 47 penderita yang tercatat dalam periode penelitian⁷. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa TBC masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang perlu mendapatkan perhatian serius melalui pendekatan determinan sosial dan peningkatan pengetahuan masyarakat^{14,15}. Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara determinan sosial dan pengetahuan dengan upaya pencegahan penularan penyakit tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Panjang Kota Bandar Lampung.

Metode

Jenis penelitian ini adalah penelitian *Cross Sectional* yang bersifat analitik untuk mengetahui hubungan determinan sosial dan pengetahuan terhadap upaya pencegahan penularan penyakit TBC pada wilayah kerja Puskesmas Panjang Kecamatan Panjang kota Bandar Lampung pada satu waktu penagamatan tertentu.¹⁶ Desain potong lintang dipilih karena efisien untuk menilai hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat dalam populasi yang relatif kecil¹⁷.

Lokasi Penelitian Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Panjang Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung. Waktu Penelitian Waktu penelitian ini dilakukan pada tanggal 20 Desember 2021 sampai dengan 20 Februari 2022 menyesuaikan dengan periode pencatatan pasien tuberkulosis yang aktif menjalani pengobatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama¹⁸.

Jumlah populasi adalah penderita TBC Paru yang terdaftar dalam catatan medik di wilayah kerja Puskesmas Panjang. Sampel pada penelitian ini adalah: penderita TBC yang terdaftar di Puskesmas Panjang sejumlah 47

penderita pada bulan Desember - Januari 2022 dan memenuhi kriteria inklusi. Teknik pengambilan sampel ini dengan menggunakan total sampling¹⁹.

Pengumpulan data primer penderita tuberkulosis akan dilakukan wawancara langsung menggunakan kuisioner determinan sosial yang sebelumnya telah dilakukan uji validitas dan reabilitas sebelum digunakan untuk memastikan keakuratan dan konsistensi pengukuran²⁰.

Data yang telah terkumpul kemudian dianalisis menggunakan perangkat lunak statistik. Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan persentase masing-masing variabel, sedangkan analisis bivariat dilakukan untuk menilai hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat menggunakan uji Chi-square, dengan tingkat kemaknaan statistik ditetapkan pada nilai $p < 0,05$ ²¹.

Penelitian ini telah memperoleh persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Lampung nomor 790/UN26.18/PP.05.02.00/2022 sehingga penelitian ini telah memenuhi prinsip etika penelitian kesehatan yang meliputi *respect for persons, beneficence, dan justice*²².

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah jumlah responden yang relatif kecil, yaitu 47 orang, sehingga hasil penelitian belum dapat digeneralisasikan untuk populasi yang lebih luas dan masih memerlukan penelitian lanjutan dengan jumlah sampel yang lebih besar²³.

Hasil

Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan persentase karakteristik responden yang meliputi pendapatan, tingkat pendidikan, pekerjaan, kelas sosial, jenis kelamin, tingkat pengetahuan, serta upaya pencegahan penularan penyakit tuberkulosis²⁴. Analisis memberikan gambaran umum mengenai karakteristik responden penderita TBC di wilayah kerja Puskesmas Panjang Kota Bandar Lampung.

Uji univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan persentase dari variabel pendapatan, pendidikan, pekerjaan, kelas sosial, jenis kelamin, pengetahuan dan upaya

pencegahan di Puskesmas Panjang Bandar Lampung.

Tabel 1. Karakteristik pendapatan

Pendapatan	Frekuensi	Persentasi
Rendah	41	87,2
Sedang & Tinggi	6	12,8
jumlah	47	100 %

Kondisi ini menunjukkan bahwa mayoritas penderita TBC berada pada kelompok ekonomi rendah, yang secara teoritis berkaitan dengan keterbatasan akses terhadap sarana kesehatan dan lingkungan tempat tinggal yang kurang sehat.²⁵

Tabel 2. Karakteristik pendidikan

Pendidikan	Frekuensi	Persentasi
Rendah (SD,SMP)	26	55,3
Tinggi (SMA,PT)	21	44,7
jumlah	47	100 %

Berdasarkan tingkat pendidikan, responden dengan pendidikan rendah (SD dan SMP) berjumlah 26 orang (55,3%), sedangkan responden dengan pendidikan tinggi (SMA dan perguruan tinggi) berjumlah 21 orang (44,7%). Tingkat pendidikan digunakan sebagai indikator kemampuan individu dalam menerima dan memahami informasi kesehatan²⁶.

Tabel 3. Karakteristik pekerjaan

Pekerjaan	Frekuensi	Persentasi
Bekerja	44	93,6
Tidak Bekerja	3	6,4
jumlah	47	100 %

Pada karakteristik pekerjaan, sebagian besar responden memiliki pekerjaan, yaitu sebanyak 44 orang (93,6%), sedangkan responden yang tidak bekerja berjumlah 3 orang (6,4%). Status pekerjaan berhubungan dengan pola aktivitas sehari-hari serta paparan lingkungan yang dapat memengaruhi risiko

penularan penyakit menular seperti tuberkulosis²⁷.

Berdasarkan kelas sosial, mayoritas responden termasuk dalam kelompok kelas sosial bawah sebanyak 43 orang (91,5%), sedangkan responden yang termasuk dalam kelas sosial menengah dan atas hanya berjumlah 4 orang (8,5%). Kelas sosial merupakan salah satu indikator determinan sosial yang berpengaruh terhadap kondisi kesehatan masyarakat²⁸.

Tabel 4. Karakteristik pendapatan kelas sosial

Kelas Sosial	Frekuensi	Persentasi
Kelas Bawah	43	91,5
Kelas Menengah & Atas	4	8,5
jumlah	47	100 %

Tabel 5. Karakteristik pendapatan jenis kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentasi
Laki-Laki	26	55,3
Perempuan	21	44,7
jumlah	47	100 %

Ditinjau dari jenis kelamin, responden laki-laki berjumlah 26 orang (55,3%), sedangkan responden perempuan berjumlah 21 orang (44,7%). Perbedaan jenis kelamin sering dikaitkan dengan variasi perilaku kesehatan dan kepatuhan terhadap upaya pencegahan penyakit²⁹.

Tabel 6. Karakteristik pendapatan pengetahuan

Pengetahuan	Frekuensi	Persentasi
Buruk	20	42,6
Baik	27	57,4
jumlah	47	100 %

Berdasarkan tingkat pengetahuan, responden dengan pengetahuan baik berjumlah

27 orang (57,4%), sedangkan responden dengan pengetahuan buruk berjumlah 20 orang (42,6%). Pengetahuan yang baik diharapkan dapat mendorong individu untuk melakukan tindakan pencegahan penularan penyakit secara lebih optimal³⁰.

Pada variabel upaya pencegahan penularan TBC, sebagian besar responden termasuk dalam kategori tidak baik, yaitu sebanyak 30 orang (63,8%), sedangkan responden yang melakukan upaya pencegahan dengan baik berjumlah 17 orang (36,2%). Hasil ini menunjukkan bahwa meskipun sebagian responden memiliki tingkat pengetahuan yang baik, penerapan perilaku pencegahan belum sepenuhnya optimal³¹.

Tabel 7. Karakteristik pendapatan pencegahan

Pencegahan	Frekuensi	Persentasi
Tidak Baik	30	63,8
Baik	17	36,2
jumlah	47	100 %

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara determinan sosial dan tingkat pengetahuan dengan upaya pencegahan penularan penyakit tuberkulosis menggunakan uji Chi-square²¹. Hasil analisis menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara pendapatan, kelas sosial, jenis kelamin, dan pengetahuan dengan upaya pencegahan penularan TBC, sementara tingkat pendidikan dan pekerjaan tidak menunjukkan hubungan yang signifikan secara statistik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden penderita tuberkulosis paru di wilayah kerja Puskesmas Panjang Kota Bandar Lampung berada pada kondisi sosial ekonomi yang kurang menguntungkan. Mayoritas responden memiliki pendapatan rendah, pendidikan rendah, serta termasuk dalam kelompok kelas sosial bawah. Kondisi ini sejalan dengan konsep determinan sosial kesehatan yang menyatakan bahwa faktor sosial ekonomi berperan besar dalam memengaruhi status kesehatan individu dan masyarakat³².

Tabel 8. Analisa hubungan pendapatan dengan upaya pencegahan penularan penyakit TBC di Puskesmas Panjang Bandar Lampung Tahun

Pendapatan	Pencegahan				Total	%	P-value
	Tidak Baik		Baik				
	n	%	n	%			
rendah	29	70.7	12	29.3	41	100	0,34
Sedang dan tinggi	1	16.7	5	83.3	6	100	

Responden yang tidak melakukan upaya pencegahan lebih banyak (70,7%) merupakan responden dengan pendapatan rendah, sedangkan responden yang melakukan upaya pencegahan lebih banyak (83,3%) dengan tingkat pendapatan sedang dan tinggi. Dengan menggunakan uji *Chi Square* menunjukkan *p-value* = 0.034 yang berarti terdapat hubungan antara jumlah pendapatan dengan upaya pencegahan penularan penyakit TBC. Temuan ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa keterbatasan pendapatan dapat menghambat akses terhadap fasilitas kesehatan, kualitas hunian yang layak, serta sarana pendukung perilaku hidup bersih dan sehat^{33,34}. Kondisi ekonomi yang rendah juga sering dikaitkan dengan kepadatan hunian dan ventilasi yang buruk, yang merupakan faktor risiko penularan TBC³⁵.

Tabel 9. Analisa Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Upaya Pencegahan Penularan Penyakit TBC di Puskesmas Panjang Bandar Lampung

Pendidikan	Pencegahan				Total	%	P-value
	Tidak Baik		Baik				
	n	%	n	%			
Rendah (SD, SMP)	2	76.9	6	23.1	26	100	0.076
Tinggi (SMA, PT)	1	47.6	11	52.4	21	100	

Merujuk pada tabel 9, responden yang tidak melakukan upaya pencegahan lebih banyak (76,9%) merupakan responden dengan pendidikan rendah, sedangkan responden yang melakukan upaya pencegahan sebanyak (52,4%) dengan tingkat pendidikan sedang dan tinggi. Dengan menggunakan uji *Chi Square* menunjukkan *p-value* = 0,076 yang berarti tidak terdapat hubungan antara jumlah pendapatan dengan upaya pencegahan penularan penyakit TBC. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa perilaku kesehatan lebih dipengaruhi oleh kebiasaan, lingkungan sosial, serta intensitas edukasi kesehatan yang diterima, dibandingkan dengan tingkat pendidikan formal semata^{36,37}.

Merujuk pada tabel 10, responden yang tidak melakukan upaya pencegahan lebih banyak (68,2%) merupakan responden dengan status bekerja, sedangkan responden yang melakukan upaya pencegahan lebih banyak (100%) dengan status tidak bekerja. Dengan menggunakan uji *Chi Square* menunjukkan *p-value* = 0,079 yang berarti tidak terdapat hubungan antara jumlah pekerjaan dengan upaya pencegahan penularan penyakit TBC.

Tabel 10. Analisa Hubungan Pekerjaan Dengan Upaya Pencegahan Penularan Penyakit TBC Di Puskesmas Panjang Bandar Lampung Tahun 2022

Pekerjaan	Pencegahan				Total	%	P-value
	Tidak Baik		Baik				
	N	%	n	%			
Tidak Bekerja	0	0.0	3	100.0	3	100	0,079
Bekerja	30	68.2	14	31.8	44	100	

Sebagian besar responden yang bekerja justru tidak melakukan upaya pencegahan dengan baik. Kondisi ini dapat dikaitkan dengan karakteristik pekerjaan responden yang umumnya berada pada sektor informal dengan lingkungan kerja padat, jam kerja panjang, serta minimnya penerapan standar kesehatan dan keselamatan kerja³⁸. Lingkungan kerja yang padat dan kurang ventilasi juga berpotensi meningkatkan risiko penularan tuberkulosis³⁹.

Pada penelitian ini didapatkan hasil tidak berhubungan antara jumlah pekerjaan dengan

upaya pencegahan penularan penyakit TBC dikarenakan beberapa faktor seperti kondisi daerah rumah yang tergolong daerah kumuh dan kurangnya ketersediaan tenaga medis yang berada di daerah perumahan.

Tabel 11. Analisa Hubungan Kelas Sosial Dengan Upaya Pencegahan Penularan Penyakit TBC Di Puskesmas Panjang Bandar Lampung

Kelas sosial	Pencegahan				Total	%	p-value
	Tidak Baik		Baik				
	N	%	N	%			
Bawah	30	69.8	13	30.2	43	100	0.026
Menengah & Atas	0	0.0	4	100.0	4	100	

Merujuk pada tabel 11, responden yang tidak melakukan upaya pencegahan lebih banyak (69,8%) merupakan responden dengan kelas sosial bawah, sedangkan responden yang melakukan upaya pencegahan lebih banyak (100%) dengan kelas social menengah dan atas. Dengan menggunakan uji *Chi Square* menunjukkan *p-value* = 0.026 yang berarti terdapat hubungan antara jumlah pendapatan dengan upaya pencegahan penularan penyakit TBC.

Responden yang termasuk dalam kelas sosial bawah lebih banyak tidak melakukan upaya pencegahan dibandingkan dengan responden dari kelas sosial menengah dan atas. Kelas sosial mencerminkan kombinasi dari pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan, yang secara bersama-sama memengaruhi akses terhadap sumber daya kesehatan dan kemampuan individu dalam menerapkan perilaku pencegahan penyakit^{40,41}.

Tabel 12. Analisa Hubungan Jenis Kelamin Dengan Upaya Pencegahan Penularan Penyakit TBC Di Puskesmas Panjang Bandar Lampung

Jenis Kelamin	Pencegahan				Total	%	p-value
	Tidak Baik		Baik				
	n	%	n	%			
Laki-laki	21	80.8	5	19.2	26	100	0.01
Perempuan	9	42.9	12	57.1	21	100	

Merujuk pada tabel 12, responden yang tidak melakukan upaya pencegahan lebih banyak (80,8%) merupakan responden dengan Jenis kelamin laki-laki, sedangkan responden yang melakukan upaya pencegahan sebanyak (57,1%) berjenis kelamin perempuan. Dengan menggunakan uji *Chi Square* menunjukkan *p-value* = 0.017 yang berarti terdapat hubungan antara jumlah pendapatan dengan upaya pencegahan penularan penyakit TBC. Hasil analisis menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan upaya pencegahan penularan TBC, di mana responden laki-laki lebih banyak tidak melakukan upaya pencegahan dibandingkan perempuan. Temuan ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa perempuan cenderung memiliki perilaku kesehatan yang lebih baik, lebih patuh terhadap anjuran medis, serta lebih aktif dalam menjaga kebersihan lingkungan dan kesehatan keluarga^{42,43}.

Tabel 13. Analisa Hubungan Pengetahuan Dengan Upaya Pencegahan Penularan Penyakit TBC Di Puskesmas Panjang Bandar Lampung

Pengetahuan	Pencegahan				Total	%	p-value
	Tidak Baik		Baik				
	n	%	n	%			
Buruk	19	95.0	1	5.0	20	100	0.00
Baik	11	40.7	16	59.3	27	100	

Berdasarkan pada tabel 13, responden yang tidak melakukan upaya pencegahan lebih banyak (95,0%) merupakan responden dengan pengetahuan buruk, sedangkan responden yang melakukan upaya pencegahan sebanyak

(59,3%) dengan tingkat pengetahuan baik. Dengan menggunakan uji *Chi Square* menunjukkan $p\text{-value} = 0.000$ yang berarti pengetahuan menunjukkan hubungan yang sangat signifikan dengan upaya pencegahan penularan TBC. Responden dengan pengetahuan buruk hampir seluruhnya tidak melakukan upaya pencegahan, sedangkan responden dengan pengetahuan baik lebih banyak melakukan tindakan pencegahan. Pengetahuan merupakan faktor kunci dalam pembentukan perilaku kesehatan, karena pemahaman yang baik mengenai penyebab, cara penularan, dan pencegahan TBC akan mendorong individu untuk melakukan tindakan pencegahan secara konsisten^{44,45}. Namun demikian, hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa pengetahuan yang baik belum tentu diikuti oleh perilaku pencegahan yang optimal apabila tidak didukung oleh kondisi sosial ekonomi dan lingkungan yang memadai⁴⁶.

Pembahasan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden penderita tuberkulosis paru di wilayah kerja Puskesmas Panjang Kota Bandar Lampung berada pada kondisi sosial ekonomi yang kurang menguntungkan. Mayoritas responden memiliki pendapatan rendah (87,2%), berpendidikan rendah (SD dan SMP) (55,3%), memiliki pekerjaan (93,6%), serta termasuk dalam kelompok kelas sosial bawah (91,5%). Kondisi ini menggambarkan bahwa penderita TBC di wilayah ini didominasi oleh kelompok masyarakat dengan keterbatasan sumber daya ekonomi dan sosial, yang secara kontekstual berpotensi memengaruhi kemampuan mereka dalam melakukan upaya pencegahan penularan penyakit.⁴⁶⁻⁴⁸

Ditinjau dari karakteristik demografis, responden lebih banyak berjenis kelamin laki-laki (55,3%) dibandingkan perempuan. Sementara itu, berdasarkan tingkat pengetahuan, lebih dari setengah responden memiliki pengetahuan yang tergolong baik (57,4%). Namun demikian, meskipun sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang baik, hasil univariat menunjukkan bahwa upaya pencegahan penularan TBC masih didominasi oleh kategori tidak baik (63,8%). Temuan ini

mengindikasikan adanya kesenjangan antara pengetahuan yang dimiliki responden dan penerapan perilaku pencegahan dalam kehidupan sehari-hari.⁴⁹⁻⁵¹

Hasil analisis bivariat menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara pendapatan dengan upaya pencegahan penularan penyakit TBC ($p\text{-value} = 0,034$). Responden dengan pendapatan rendah lebih banyak tidak melakukan upaya pencegahan dibandingkan dengan responden yang memiliki pendapatan sedang dan tinggi. Secara kontekstual, keterbatasan pendapatan dapat membatasi akses responden terhadap fasilitas kesehatan, kualitas hunian yang layak, serta sarana pendukung perilaku hidup bersih dan sehat, sehingga berdampak pada rendahnya upaya pencegahan penularan TBC.^{47,48,52}

Pada variabel tingkat pendidikan, hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan dengan upaya pencegahan penularan TBC ($p\text{-value} = 0,076$). Meskipun secara proporsi responden dengan pendidikan rendah lebih banyak tidak melakukan upaya pencegahan, perbedaan tersebut tidak bermakna secara statistik. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan formal belum tentu mencerminkan kemampuan responden dalam menerapkan perilaku pencegahan, yang kemungkinan dipengaruhi oleh faktor lain seperti kebiasaan, lingkungan tempat tinggal, dan intensitas edukasi kesehatan dari tenaga kesehatan.^{50,53}

Hasil analisis pada variabel pekerjaan juga menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan dengan upaya pencegahan penularan TBC ($p\text{-value} = 0,079$). Sebagian besar responden yang bekerja justru tidak melakukan upaya pencegahan dengan baik. Kondisi ini dapat dikaitkan dengan karakteristik pekerjaan responden yang umumnya berada pada sektor informal, dengan lingkungan kerja padat, waktu kerja yang panjang, serta keterbatasan kesempatan untuk mengakses informasi dan layanan kesehatan.^{54,55}

Berbeda dengan pendidikan dan pekerjaan, variabel kelas sosial menunjukkan hubungan yang signifikan dengan upaya pencegahan penularan TBC ($p\text{-value} = 0,026$). Responden yang termasuk dalam kelas sosial bawah lebih banyak tidak melakukan upaya

pencegahan dibandingkan dengan responden dari kelas sosial menengah dan atas. Temuan ini memperkuat gambaran bahwa posisi sosial ekonomi yang rendah berperan penting dalam menentukan kemampuan individu untuk melindungi diri dan lingkungan dari risiko penularan TBC.^{46,48,56}

Pada variabel jenis kelamin, terdapat hubungan yang signifikan dengan upaya pencegahan penularan TBC (p -value = 0,017). Responden laki-laki lebih banyak tidak melakukan upaya pencegahan dibandingkan responden perempuan. Secara kontekstual, hal ini dapat mencerminkan perbedaan peran sosial dan perilaku kesehatan antara laki-laki dan perempuan, di mana perempuan cenderung lebih patuh terhadap anjuran kesehatan dan lebih aktif dalam menjaga kebersihan serta kesehatan lingkungan.^{57,58}

Hasil analisis menunjukkan bahwa pengetahuan memiliki hubungan yang sangat signifikan dengan upaya pencegahan penularan TBC (p -value = 0,000). Responden dengan pengetahuan buruk hampir seluruhnya tidak melakukan upaya pencegahan, sedangkan responden dengan pengetahuan baik lebih banyak yang melakukan upaya pencegahan. Temuan ini menegaskan bahwa pengetahuan merupakan faktor kunci dalam mendorong perilaku pencegahan penularan TBC, meskipun dalam konteks sosial ekonomi yang terbatas, pengetahuan saja belum tentu cukup tanpa didukung oleh kondisi lingkungan dan sumber daya yang memadai.^{51,59,60}

Simpulan

Sebagian besar penderita TBC di wilayah kerja Puskesmas Panjang Kota Bandar Lampung berada pada kondisi sosial ekonomi rendah dan belum melakukan upaya pencegahan penularan secara optimal. Terdapat hubungan yang signifikan antara pendapatan, kelas sosial, jenis kelamin, dan pengetahuan dengan upaya pencegahan penularan penyakit tuberkulosis. Sementara itu, tingkat pendidikan dan pekerjaan tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan upaya pencegahan penularan TBC.

Daftar Pustaka

1. World Health Organization. *Global tuberculosis report 2021*. Geneva: WHO; 2021.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis*. Jakarta: Kemenkes RI; 2020.
3. Lawn SD, Churchyard G. Epidemiology of HIV-associated tuberculosis. *Curr Opin HIV AIDS*. 2009;4(4):325–333.
4. Badan Pusat Statistik Kota Bandar Lampung. *Kecamatan Panjang dalam angka 2021*. Bandar Lampung: BPS; 2021.
5. Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung. *Profil kesehatan Kota Bandar Lampung tahun 2020*. Bandar Lampung: Dinkes; 2021.
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Petunjuk teknis pemeriksaan mikroskopis TBC*. Jakarta: Kemenkes RI; 2018.
7. Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung. *Laporan program TBC tahun 2021*. Bandar Lampung: Dinkes; 2021.
8. Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: WHO; 2010.
9. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099–1104.
10. Wilkinson R, Pickett K. *The spirit level: why equality is better for everyone*. London: Penguin Books; 2010.
11. Notoatmodjo S. *Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta; 2014.
12. Kigozi NG, et al. Knowledge, attitudes and practices on tuberculosis. *BMC Public Health*. 2017;17:1–9.
13. Hoa NP, et al. Knowledge about tuberculosis and its association with preventive behavior. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2009;13(12):155–161.
14. World Health Organization. *End TB strategy*. Geneva: WHO; 2015.
15. Lönnroth K, et al. Drivers of tuberculosis epidemics. *PLoS Med*. 2009;6(3):e1000056.
16. Setiadi. *Konsep dan praktik penelitian keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2013.

17. Levin KA. Study design III: cross-sectional studies. *Evid Based Dent*. 2006;7(1):24–25.
18. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Sistem pencatatan dan pelaporan TBC*. Jakarta: Kemenkes RI; 2020.
19. Sugiyono. *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta; 2017.
20. Azwar S. *Reliabilitas dan validitas*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2012.
21. Dahlan MS. *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: Epidemiologi Indonesia; 2016.
22. World Medical Association. Declaration of Helsinki. *JAMA*. 2013;310(20):2191–2194.
23. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
24. Arikunto S. *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta: Rineka Cipta; 2013.
25. Lönnroth K, et al. Tuberculosis and poverty. *Bull World Health Organ*. 2009;87:737–745.
26. Green LW, Kreuter MW. *Health promotion planning*. New York: McGraw-Hill; 2005.
27. Baker M, et al. The impact of occupation on TB transmission. *Occup Med*. 2008;58(4):249–255.
28. Adler NE, Stewart J. Health disparities across the lifespan. *Annu Rev Public Health*. 2010;31:349–366.
29. Courtenay WH. Behavioral factors associated with disease in men. *J Mens Stud*. 2000;8(3):275–295.
30. Glanz K, et al. *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
31. Maciel EL, et al. Adherence to tuberculosis treatment. *Rev Saude Publica*. 2010;44(2):224–231.
32. WHO Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation*. Geneva: WHO; 2008.
33. Oxlade O, Murray M. Tuberculosis and poverty. *PLoS Med*. 2012;9(2):e1001215.
34. Boccia D, et al. Socioeconomic inequalities in TB. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2011;15(1):6–13.
35. Narasimhan P, et al. Risk factors for tuberculosis. *Tuberculosis*. 2013;93(3):266–276.
36. Glanz K, Rimer BK. *Theory at a glance*. NIH; 2005.
37. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259–267.
38. Jensen PA, et al. Risk assessment of TB transmission. *Emerg Infect Dis*. 2005;11(1):75–82.
39. Beggs CB, et al. The transmission of tuberculosis. *Indoor Air*. 2003;13(4):297–304.
40. Krieger N. *Epidemiology and the people's health*. New York: Oxford University Press; 2011.
41. Braveman P, et al. Socioeconomic status in health research. *JAMA*. 2005;294(22):2879–2888.
42. Vlassoff C. Gender differences in TB. *Bull World Health Organ*. 1997;75(2):123–130.
43. Thorson A, et al. Gender inequity and TB control. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2007;11(8):843–850.
44. Rosenstock IM. Health belief model. *Health Educ Monogr*. 1974;2:354–386.
45. Bandura A. Social cognitive theory. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:1–26.
46. Farmer P. *Pathologies of power*. Berkeley: University of California Press; 2003.
47. Lönnroth K, et al. Tuberculosis and poverty. *Bull World Health Organ*. 2009;87:737–745. doi:10.2471/BLT.09.065029
48. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099–1104. doi:10.1016/S0140-6736(05)71146-6
49. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259–267. doi:10.1093/heapro/15.3.259
50. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
51. Bandura A. Social cognitive theory. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:1–26. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.1
52. Oxlade O, Murray M. Tuberculosis and poverty. *PLoS Med*. 2012;9(2):e1001215. doi:10.1371/journal.pmed.1001215

53. Green LW, Kreuter MW. *Health promotion planning*. New York: McGraw-Hill; 2005.
54. Baker M, et al. The impact of occupation on tuberculosis transmission. *Occup Med*. 2008;58(4):249–255.
doi:10.1093/occmed/kqn033
55. Jensen PA, et al. Risk assessment of tuberculosis transmission. *Emerg Infect Dis*. 2005;11(1):75–82.
doi:10.3201/eid1101.040773
56. Braveman P, et al. Socioeconomic status in health research. *JAMA*. 2005;294(22):2879–2888.
doi:10.1001/jama.294.22.2879
57. Courtenay WH. Behavioral factors associated with disease in men. *J Mens Stud*. 2000;8(3):275–295.
doi:10.3149/jms.0803.275
58. Vlassoff C. Gender differences in tuberculosis. *Bull World Health Organ*. 1997;75(2):123–130.
59. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr*. 1974;2:354–386.
60. Narasimhan P, et al. Risk factors for tuberculosis. *Tuberculosis*. 2013;93(3):266–276.
doi:10.1016/j.tube.2013.01.005