

**Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Alat Pelindung Diri
pada Petugas Kebersihan dan Keindahan Kota Martapura
Kabupaten OKU Timur Tahun 2014**

DELI LILIA

Deli_lilia@ymail.com

Dosen Program Studi S.1 Kesehatan Masyarakat STIKES Al-Ma'arif Baturaja

ABSTRAK

Data yang diperoleh dari Dinas Kebersihan dan Keindahan Kota Martapura Kabupaten Oku Timur ketersediaan alat pelindung diri bagi petugas kebersihan berjumlah 225 unit (50,56%) dengan jumlah Tenaga Harian Lepas 509 orang. Survei pendahuluan ditemukan 2 dari 6 petugas yang tidak memakai alat pelindung diri mengidap penyakit kulit. Jenis penelitian analitik dengan desain *cross sectional* dengan menggunakan teknik *Random Sampling*. Populasi 509 orang dan sampel dalam penelitian ini yaitu petugas kebersihan yang berjumlah 224 Responden. Hasil penelitian univariat didapatkan bahwa penggunaan alat pelindung diri sebanyak 51,8% Pengetahuan baik sebanyak 47,3%, Sikap baik sebanyak 49,1%, Ketersediaan alat pelindung diri sebanyak 49,6%, pernah mengikuti penyuluhan sebanyak 47,8% dan hasil bivariate menemukan bahwa (1) ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan baik dengan penggunaan APD pada petugas kebersihan sebanyak 90,6% dengan *p value* 0,000 (2) ada hubungan yang bermakna antara sikap baik dengan penggunaan APD pada petugas kebersihan sebanyak 90,9% dengan *p value* 0,000 (3) ada hubungan yang bermakna antara ketersediaan fasilitas dengan penggunaan APD pada petugas kebersihan sebanyak 91,0% dengan *p value* 0,000 (4) ada hubungan yang bermakna antara yang mengikuti penyuluhan oleh instansi terkait dengan penggunaan APD pada Petugas Kebersihan sebanyak 94,4% dengan *p value* 0,000. Beberapa saran yaitu kepada Dinas Kebersihan dan Keindahan Kota Martapura Kabupaten OKU Timur menyediakan APD berupa masker, pelindung mata, sarung tangan, sepatu kerja dan helm sesuai dengan jumlah Tenaga Harian Lepas yang ada dan pembuatan peraturan tentang tata cara pemakaian APD yang benar dan membagikan pamphlet mengenai cara penggunaan APD yang benar kepada Petugas Kebersihan.

Kata Kunci : Alat Pelindung Diri, Pengetahuan, Sikap, Ketersediaan Fasilitas, Penyuluhan

PENDAHULUAN

Di Indonesia Tuberkulosis paru penyebab kematian terbesar ke tiga dengan pertambahan sekitar 600.000 kasus setiap tahun. Sebagian besar penderitanya adalah masyarakat miskin yang hidup di lingkungan kumuh dengan tingkat kebersihan lingkungan rendah. Hampir 75% penderita Tuberkulosis paru di temukan pada kelompok usia reproduktif (15-50 tahun) ⁽²⁾.

Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2007 menunjukkan bahwa *estimasi insiden* tuberkulosis paru berdasarkan pemeriksaan mikroskopis Bakteri Tahan Asam (BTA+) sebesar 104/100.000 penduduk. Badan penelitian Litbangkes Tuberkulosis (2007) *estimasi insiden* kasus tuberkulosis paru (BTA+) sekitar 128/100.000 penduduk. Penderita tuberkulosis paru sekitar 75% adalah kelompok usia produktif secara ekonomis (15 – 50 tahun) ⁽³⁾.

Target program penanggulangan Tuberkulosis adalah tercapainya penemuan pasien baru TB BTA positif paling sedikit 70% dari perkiraan dan menyembuhkan 85% dari semua pasien sesuai tujuan *millenium development goals* (MDGs) tahun 2015 tentang pengendalian penyakit menular langsung⁽³⁾.

Data Riskesdas (2013)

Tuberkulosis paru menduduki urutan ke-3 dengan jumlah kasus penderita sebanyak 18.085 (25,5%), sedangkan Propinsi Sumatera Selatan jumlah kasus penderita Tuberkulosis paru tahun 2012 sebesar 1.728 (15,07%). Penderita Tuberkulosis paru cenderung meningkat di Propinsi Sumatera Selatan yaitu jumlah kasus penderita Tuberkulosis paru tahun 2013 sebesar 1.896 (18,98%).

Data penderita Tuberkulosis paru di Kabupaten Ogan Komering Ulu Timur tahun 2011 terdapat 233 (65,45%) kasus penderita Tuberkulosis paru, kemudian tahun 2012 terdapat 245 (72,5%) kasus penderita Tuberkulosis paru dan pada tahun 2013 terdapat 236 (67,5%) kasus penderita Tuberkulosis paru (Profil Dinkes OKUT, 2013).

Berdasarkan data yang diperoleh dari bidang pemberantasan penyakit menular di UPTD Puskesmas Pandan Agung tahun 2011 bahwa angka penemuan kasus sebanyak 40 (23,52%) penderita tahun 2012 angka penemuan kasus sebanyak 50 (24,40%) penderita, tahun 2013 angka penemuan kasus sebanyak 48 (24,22%) penderita. Di UPTD Puskesmas Pandan Agung kasus Tuberkulosis paru ini masih banyak. Dari 19 desa hanya ada 6 desa yang ditemukan penderita TB paru,

diantaranya 3 besar desa yaitu Desa Dadi Mulyo, Desa Riang Abndung, dan Desa Suka Negara. Kasus TB paru di Desa lain ada tetapi tidak mengikuti program pengobatan dari Puskesmas, mereka berobat ke rumah sakit, dan klinik swasta, sehingga data penderita TB paru yang sebenarnya tidak masuk ke data Puskesmas. Pada tahun 2011 penderita Tuberkulosis paru di Desa Dadi Mulyo 18 (13,53%) penderita, pada tahun 2012 penderita Tuberkulosis paru di Desa Dadi Mulyo 17 (12,27%) penderita dan tahun 2013 penderita Tuberkulosis paru di Desa Dadi Mulyo 20 (15,03%) penderita (Profil UPTD Puskesmas Pandan Agung, 2013).

Berdasarkan data survey awal yang dilakukan oleh peneliti di Desa Dadi Mulyo dari 262 rumah terdapat rumah sehat sebanyak 122 (46,6%) dan rumah tidak sehat sebanyak 140 (53,4%).

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *Cross Sectional*. Populasi sebanyak 262 rumah tahun 2014. Pengambilan sampel dilakukan secara acak sederhana (*simple random sampling*).

Keterangan :

N = Besar Populasi

n = Besar Sampel

d = Tingkat Kepercayaan/Ketepatan yang diinginkan yaitu sebesar 95% = 0,05

$$n = \frac{262}{1 + 262(0,05^2)}$$

n = 158,3

jumlah sampel sebesar 159 rumah

Penelitian ini dilaksanakan pada Bulan Maret-Juli tahun 2014. Lokasi penelitian dilaksanakan di Desa Dadi Mulyo Wilayah Kerja Puskesmas, Data yang dikumpulkan meliputi data primer dan data sekunder. Analisa Data Analisa Univariat dan Bivariat dengan menggunakan uji statistic "*Chi-Square*" dengan tingkat kepercayaan (α : 95%) atau tingkat ketepatan (α : 0.05).

HASIL PENELITIAN

Analisa Bivariat

a. Pencahayaan

Tabel 5.9
Hubungan Pencahayaan dengan Kejadian Tuberkolosis Paru di Desa Dadi Mulyo
Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Pandan Agung Kecamatan Madang Suku II
Kabupaten OKU Timur Tahun 2014

No	Pencahayaan	Tuberkulosis Paru		Σ (%)	<i>p value</i>
		Ya	Tidak		
1.	Tidak Baik	12 (34,3%)	23 (65,7%)	35 (100%)	0,00
2.	Baik	8 (8,5%)	116 (93,5%)	124 (100%)	
Jumlah		20 (12,6%)	139 (87,4%)	159 (100%)	

b. Ventilasi

Tabel 5.10
Hubungan Ventilasi dengan Kejadian Tuberkolosis Paru di Desa Dadi Mulyo
Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Pandan Agung Kecamatan Madang
Suku II Kabupaten OKU Timur Tahun 2014

No	Ventilasi	Tuberkulosis Paru		Σ (%)	<i>p value</i>
		Ya	Tidak		
1.	Tidak Memenuhi Syarat	12 (20,7%)	45 (79,3%)	58 (100%)	0,037
2.	Memenuhi Syarat	8 (7,8%)	93 (92,1%)	101 (100%)	
Jumlah		20 (12,6%)	139 (87,4%)	159 (100%)	

c. **Kondisi Lantai**

Tabel 5.11
Hubungan Kondisi Lantai dengan Kejadian Tuberkulosis Paru di Desa Dadi Mulyo
Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Pandan Agung Kecamatan Madang
Suku II Kabupaten OKU Timur Tahun 2014

No	Kondisi Lantai	Tuberkulosis Paru		Σ (%)	<i>p value</i>
		Ya	Tidak		
1.	Tidak Memenuhi Syarat	18 (16,2%)	93 (83,8%)	111 (100%)	0,038
2.	Memenuhi Syarat	2 (4,2%)	46 (95,8%)	48 (100%)	
Jumlah		20 (12,6%)	139 (87,4%)	159 (100%)	

d. **Kepadatan Hunian**

Tabel 5.12
Hubungan Kepadatan Hunian dengan Kejadian Tuberkulosis Paru di Desa Dadi
Mulyo Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Pandan Agung Kecamatan Madang Suku II
Kabupaten OKU Timur Tahun 2014

No	Kepadatan Hunian	Tuberkulosis Paru		Σ (%)	<i>p value</i>
		Ya	Tidak		
1.	Tidak Memenuhi Syarat	12 (36,4%)	21 (63,6%)	33 (100%)	0,000
2.	Memenuhi Syarat	8 (6,3%)	118 (93,7%)	126 (100%)	
Jumlah		20 (12,6%)	139 (87,4%)	159 (100%)	

e. **Bahan Bakar Masak**

Tabel 5.13

Hubungan Bahan Bakar Masak dengan Kejadian Tuberkolosis Paru di Desa Dadi Mulyo Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Pandan Agung Kecamatan Madang Suku II Kabupaten OKU Timur Tahun 2014

No	Bahan Bakar Masak	Tuberkulosis Paru		Σ (%)	<i>p value</i>
		Ya	Tidak		
1.	Tidak Memenuhi Syarat	17 (17%)	83 (83%)	100 (100%)	0,035
2.	Memenuhi Syarat	3 (5,1%)	56 (94,9%)	59 (100%)	
Jumlah		20 (12,6%)	139 (87,4%)	159 (100%)	

F. **Suhu dalam Rumah**

Tabel 5.14

Hubungan Suhu dalam Rumah dengan Kejadian Tuberkolosis Paru di Desa Dadi Mulyo Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Pandan Agung Kecamatan Madang Suku II Kabupaten OKU Timur Tahun 2014

No	Suhu dalam Rumah	Tuberkulosis Paru		Σ (%)	<i>p value</i>
		Ya	Tidak		
1.	Lembab	16 (57,1%)	12 (42,9%)	28 (100%)	0,000
2.	Tidak Lembab	4 (3,1%)	127 (96,9%)	131 (100%)	
Jumlah		20 (12,6%)	139 (87,4%)	159 (100%)	

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Hasil Penelitian

Hubungan Pencahayaan dengan Kejadian Tuberkolosis Paru di Desa Dadi Mulyo Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Pandan Agung Kecamatan Madang Suku II Kabupaten OKU Timur Tahun 2014

Penderita Tuberkulosis paru dengan proporsi pencahayaan tidak baik yang menderita Tuberkulosis Paru sebanyak 12 responden (34,3%), lebih besar dari proporsi pencahayaan baik yang menderita Tuberkulosis Paru sebanyak 8 responden (6,5%). Hasil uji statistik *Chi – Square* diperoleh *p value* 0,000. Maka dapat

disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara pencahayaan dengan kejadian Tuberkulosis paru.

Berdasarkan asumsi peneliti bahwa responden yang memiliki rumah dengan pencahayaan tidak memenuhi syarat kesehatan memiliki resiko menderita Tuberkulosis paru lebih besar dibanding dengan responden yang rumahnya dengan pencahayaan memenuhi syarat. Di Desa Dadi Mulyo masih banyak rumah yang memiliki sumber masuknya cahaya (ventilasi dan jendela) yang ditutup atau jendela yang jarang dibuka karena alasan keamanan, sehingga cahaya yang masuk kedalam rumah ataupun kamar tidur sangat kurang atau bahkan tidak ada.

Hubungan Ventilasi dengan Kejadian Tuberkulosis Paru di Desa Dadi Mulyo Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Pandan Agung Kecamatan Madang Suku II Kabupaten OKU Timur Tahun 2014

Hasil penelitian ventilasi dengan proporsi ventilasi tidak memenuhi syarat yang menderita Tuberkulosis Paru sebanyak 12 responden (20,7%), lebih besar dari proporsi ventilasi memenuhi syarat yang menderita Tuberkulosis Paru sebanyak 8 responden (7,9%). Hasil uji statistik *Chi – Square* diperoleh *p value* 0,037. Maka dapat disimpulkan ada

hubungan yang bermakna antara ventilasi dengan kejadian Tuberkulosis Paru.

Untuk sirkulasi yang baik diperlukan paling sedikit luas lubang ventilasi $\geq 10\%$ dari luas lantai. Untuk luas ventilasi permanen minimal 10% dari luas lantai. Udara segar juga diperlukan untuk menjaga temperatur dan kelembaban udara dalam ruangan. Umumnya temperatur kamar 22°C – 30°C dari kelembaban udara optimum kurang lebih 60% ⁽¹⁾.

Hubungan Kondisi Lantai dengan Kejadian Tuberkulosis Paru di Desa Dadi Mulyo Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Pandan Agung Kecamatan Madang Suku II Kabupaten OKU Timur Tahun 2014

Hasil analisa kondisi lantai dengan proporsi kondisi lantai tidak memenuhi syarat yang menderita Tuberkulosis Paru sebanyak 18 responden (16,2%), lebih besar dari proporsi kondisi lantai memenuhi syarat yang menderita Tuberkulosis Paru sebanyak 2 responden (4,2%). Hasil uji statistik *Chi – Square* diperoleh *p value* 0,038. Maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara kondisi lantai dengan kejadian Tuberkulosis Paru

Asumsi dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kondisi lantai rumah penderita Tuberkulosis paru sebagian besar masih berupa tanah terutama bagian

kamar tidur, dapur dan ditemukan kondisi lantai dengan semen retak. Kondisi lantai yang tidak memenuhi syarat kesehatan menyebabkan debu terendap dan mengurangi kelembaban. Lantai yang sulit dibersihkan akan menyebabkan penumpukan debu sehingga akan dijadikan media yang baik untuk perkembangbiakkan basil Tuberkulosis paru.

Hubungan Kepadatan Hunian dengan Kejadian Tuberkolosis Paru di Desa Dadi Mulyo Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Pandan Agung Kecamatan Madang Suku II Kabupaten OKU Timur Tahun 2014

Hasil analisa hubungan kepadatan hunian dengan kejadian Tuberkulosis paru diperoleh proporsi kepadatan hunian tidak memenuhi syarat yang menderita Tuberkulosis Paru sebanyak 12 responden (36,4%), lebih besar dari proporsi kepadatan hunian yang memenuhi syarat yang menderita Tuberkulosis Paru sebanyak 8 responden (6,3%). Hasil uji statistik *chi-square* diperoleh *p value* 0,000.

Hubungan Bahan Bakar Masak dengan Kejadian Tuberkolosis Paru di Desa Dadi Mulyo Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Pandan Agung Kecamatan Madang Suku II Kabupaten OKU Timur Tahun 2014

Hasil analisa hubungan antara penggunaan bahan bakar masak yang mempengaruhi Tuberkulosis paru didapat proporsi responden yang menggunakan bahan bakar masak tidak memenuhi syarat yang menderita Tuberkulosis Paru sebanyak 17 responden (17%), lebih besar dari proporsi bahan bakar masak yang memenuhi syarat yang menderita Tuberkulosis Paru sebanyak 3 responden (5,1%). Hasil uji statistik *chi square* diperoleh *p value* 0,035. Maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara bahan bakar masak dengan kejadian Tuberkulosis Paru.

Hubungan Suhu dalam Rumah dengan Kejadian Tuberkolosis Paru di Desa Dadi Mulyo Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Pandan Agung Kecamatan Madang Suku II Kabupaten OKU Timur Tahun 2014

Hasil analisa hubungan antara suhu dalam rumah yang mempengaruhi Tuberkolosis paru didapat proporsi suhu dalam rumah yang menderita Tuberkulosis Paru sebanyak 16 responden (57,1%), lebih besar dari proporsi suhu dalam rumah yang memenuhi syarat yang menderita Tuberkulosis Paru sebanyak 4 responden (3,1%). Hasil uji statistik *chi square* diperoleh *p value* 0,000. Maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna

antara suhu dalam rumah dengan kejadian Tuberkulosis paru.

Beberapa penelitian telah dilakukan yang menegaskan bahwa suhu udara bias menjadi salah satu factor penyebab (factor risiko) Tuberkulosis paru seperti penelitian yang dilakukan oleh Fatimah (2012) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara kejadian Tuberkulosis paru dengan suhu *p value* 0,009⁽¹⁴⁾. Selanjutnya, Atmosukarto dan Soewasti (2010) yang melakukan penelitian tentang pengaruh lingkungan permukiman dengan kejadian Tuberkulosis paru menemukan bahwa suhu ruangan memberikan pengaruh terhadap kejadian Tuberkulosis paru dengan *p.value* 0,012^(15 - 16). Hal ini menunjukkan bahwa individu yang memiliki rumah dengan suhu <18 / > 37°C memiliki risiko terkena Tuberkulosis paru sebesar 2,7 an 5,1 kali dibandingkan dengan suhu ruangan 18-37°C.

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari hasil wawancara dengan 159 responden sebagai sampel tentang kejadian penyakit tuberkolosis paru di Desa Dadi Mulyo Wilayah Kerja Puskesmas Pandan Agung Kecamatan Madang Suku II Kabupaten OKU Timur seperti yang diuraikan pada bab sebelumnya maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut.

Ada hubungan yang bermakna antara pencahayaan dengan kejadian Tuberkulosis Paru di Desa Dadi Mulyo dengan *p value* 0,000, Ada hubungan yang bermakna antara ventilasi dengan kejadian Tuberkulosis Paru di Desa Dadi Mulyo dengan *p value* 0,037, Ada hubungan yang bermakna antara kondisi lantai rumah dengan kejadian Tuberkulosis Paru di Desa Dadi Mulyo dengan *p value* 0,038, Ada hubungan yang bermakna antara kepadatan hunian dengan kejadian Tuberkulosis Paru di Desa Dadi Mulyo dengan *p value* 0,000, Ada hubungan yang bermakna antara bahan bakar masak dengan kejadian Tuberkulosis Paru di Desa Dadi Mulyo dengan *p value* 0,035, Ada hubungan yang bermakna antara suhu dalam rumah dengan kejadian Tuberkulosis Paru di Desa Dadi Mulyo dengan *p value* 0,000.

B. Saran

Sesuai dengan hasil penelitian yang penulis lakukan, maka penulis memberikan beberapa masukan untuk membantu dalam meningkatkan pelaksanaan penurunan kejadian Tuberkulosis paru, bagi Petugas Kesehatan Petugas kesehatan hendaknya memberi penyuluhan secara berkala tentang persyaratan rumah sehat, melibatkan bidan desa dalam penjangkaran

suspek TB paru yang berobat di luar Puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan RI. 2010. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis Paru*. Jakarta: Depkes RI
2. Zaleha. P. 2012. *Pedoman Teknik Penyehatan Perumahan*. Tesis. Diakses dari: <http://repository.ipb.ac.id>. (diunduh 11 Maret)
3. Departemen Kesehatan RI. 2011. *Laporan Situasi Terkini Perkembangan Tuberkulosis di Indonesia*. Kementerian Kesehatan RI
4. Notoatmodjo, S. 2007. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineke Cipta, Jakarta
5. Notoatmodjo, S. 2010. *Pendidikan dan perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta
6. Adnani, S. 2011. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Edisi Revisi V. Jakarta : RinekaCipta
7. Mukono, dkk. 2006. *Hubungan Tingkat Konsumsi Energi dan Protein, Status Gizi, Sanitasi Lingkungan dengan terjadinya Penyakit TB Paru di Puskesmas Pulo Merak*. Diakses dari: <http://elibrary.ub.ac.id> (diunduh 11 Maret 2014)
8. Sugianto. 2011. *Psikologi Sosial (Suatu Pengantar)*, Yogyakarta
9. Suryani, 2011. *Penyakit Tropis: Epidemiologi, Penularan, Pencegahan, dan Pemberantasannya*, Erlangga, Semarang
10. Litbang. 2010. *Laporan Situasi Terkini Perkembangan Tuberkulosis di Indonesia*. Jenkins. *The microbiology of Tuberculosis During Houston*
11. Lubis, C. 2010. *Pencegahan Tuberkulosis pada Bayi dan Anak 2010*. Browsing at <http://www.depkes.com> on 25 Maret
12. Kasamsi. P. 2010. *Hubungan antara luas ventilasi dan pencahayaan rumah dengan kejadian tuberkulosis paru anak di wilayah kerja puskesmas Kedungmundu Kecamatan Tembalang Semarang tahun 2010*. Jurnal kesehatan masyarakat volume 3/ no 2.
13. Syarif. M. 2009. *Hubungan Antara Karakteristik Lingkungan Rumah Dengan Kejadian Tuberkulosis (TB) Pada Anak Di Kecamatan Paseh Kabupaten Subang*, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Padjadjaran, Bandung
14. Fatimah, S. 2012 *Faktor Kesehatan Lingkungan Rumah yang Berhubungan dengan Kejadian Tb Paru di Kab. Cilacap tahun 2012*. Tesis. Program PascaSarjana Universitas Diponegoro. Semarang
15. Atmosukarto. dkk. 2010. *Pengaruh Lingkungan Pemukiman dalam Penyebaran Tuberkulosis*. Jakarta: Media Litbang Kesehatan, Depkes RI
16. Soeswati A. 2010. *Hubungan Faktor Lingkungan Rumah dengan Penularan TB Paru Kontak Serumah*, Jurnal Ekologi Kesehatan: 3(5); Vol. 486
17. Anonim, A. 2009. *Ilmu Penyakit Paru dan Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: Mutiara Sumber Daya

