

## HUBUNGAN ANTARA STATUS GIZI DAN PARTISIPASI IBU DENGAN KEJADIAN TBC PADA ANAK REMAJA DI TAPANULI TENGAH TAHUN 2014

**Benri Situmorang**

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Nauli Husada Sibolga (Stikes Nauli Husada)

### ABSTRAK

Pada tahun 2006 cakupan imunisasi BCG di Kabupaten Lampung Selatan mencapai nilai absolut sebesar 27.600 (92%) dari target 100%. Jumlah tersebut mengalami penurunan sebesar 2% dibandingkan tahun 2005 yang mencapai 94%. Kemudian diketahui bahwa berdasarkan data yang ada di Profil Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan tahun 2006 ditemukan sebanyak 819 anak <10 tahun menderita TBC, dari jumlah tersebut 703 orang diantaranya (86.56%) dapat diobati dan 573 orang (81.51%) dinyatakan sembuh (Dinkes Kabupaten Lampung Selatan, 2007). Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk meneliti tentang " Hubungan Antara Status Gizi dan Partisipasi Ibu dengan Kejadian TBC pada Anak Remaja di Tapanuli Tengah Tahun 2014".

Jenis penelitian ini adalah bersifat korelatif dengan jumlah sampel dalam penelitian ini adalah seluruh populasi anak Sekolah Dasar yang terdapat di Tapanuli Tengah berjumlah 158 orang.

Hasil penelitian di atas diketahui bahwa karakteristik ibu berdasarkan usia mayoritas atau 46.8% adalah berusia 31-35 tahun, berdasarkan tingkat pendidikan mayoritas atau 63.9% berpendidikan menengah (SMA sederajat) dan berdasarkan jenis pekerjaannya mayoritas atau 52.5% adalah sebagai wiraswasta. Berdasarkan hasil penelitian di atas diketahui bahwa sebagian besar status gizi Anak Remaja di Kabupaten Tapanuli Tengah atau 58.2% adalah dengan status gizi kurang. Berdasarkan hasil penelitian di atas diketahui bahwa 62% Anak Remaja tersebut mengalami TBC.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah ada hubungan yang signifikan antara status gizi dan partisipasi ibu dengan kejadian TBC pada Anak Remaja di

Kabupaten Tapanuli Tengah dimana hasil signifikansinya  $P < 0.05$ .

**Kata kunci :** TBC, Ibu, Remaja

### PENDAHULUAN

Visi Pembangunan Kesehatan Nasional dalam Indonesia Sehat 2010 merupakan gambaran masyarakat Indonesia pada masa depan yang penduduknya hidup dalam lingkungan sehat dan perilaku sehat yang diharapkan mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Perilaku sehat adalah perilaku proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah resiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat. Salah satu perilaku sehat yang harus diciptakan untuk menuju Indonesia Sehat 2010 adalah perilaku pencegahan dan penanggulangan (Tuberculosis Paru) TBC (Depkes RI, 2000).

*World Health Organization* (WHO) pada tahun 2003 memperkirakan setiap tahun terjadi 583.000 kasus baru TBC dengan kematian sekitar 140.000 orang. Secara kasar diperkirakan dalam setiap 100.000 penduduk Indonesia terdapat 130 orang penderita baru TBC BTA positif dan penyakit TBC ini menyerang sebagian kelompok usia yang merupakan sumber daya manusia yang penting dalam pembangunan bangsa baik dewasa pada anak-anak (Depkes RI, 2004).

Penyakit TBC pada bayi dan anak disebut juga TBC primer dan merupakan suatu penyakit sistemik. TBC primer biasanya mulai secara perlahan-lahan sehingga sukar ditentukan saat timbulnya gejala pertama. Kadang terdapat keluhan demam yang tidak diketahui sebabnya

dan sering disertai tanda-tanda infeksi saluran nafas bagian atas. Penyakit ini bila tidak diobati sedini mungkin dan setepatnya-tepatnya dapat timbul komplikasi yang berat dan reinfeksi pada usia dewasa (Ngastiyah, 1997).

Pencegahan penyakit TBC yang terjadi pada usia bayi dan anak dapat diberikan vaksinasi BCG. Pemberian vaksinasi BCG mampu meningkatkan daya tahan tubuh terhadap infeksi oleh basil TBC yang virulen. Imunitas timbul 6-8 setelah pemberian BCG, tetapi imunisasi yang terjadi tidaklah lengkap, sehingga masih mungkin terjadi superinfeksi meskipun biasanya tidak progresif dan menimbulkan komplikasi yang berat. BCG diberikan pada anak dengan uji tuberkulin negatif, 6 minggu kemudian dapat dilakukan uji tuberkulin ulang dan bila masih negatif dianjurkan untuk mengulangi BCG.

Indonesia dinyatakan berhasil meraih *Universal Child Immunization (UCI)* pada tahun 1990 yakni cakupan imunisasi nasional yang merata pada tahun 1993. Maka upaya pemberian imunisasi pada bayi, balita dan anak mutlak dilakukan meskipun berbagai upaya harus ditempuh (Depkes RI, 2005).

Penyakit TBC sampai saat ini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat, apalagi akhir-akhir ini prevalensi penyakit TBC dan kematian yang disebabkan oleh TBC meningkat. Tuberculosis merupakan 7.7% dari total *Burden of Diseases* di Indonesia. Padahal biaya yang diperlukan untuk pemberantasan tidak membutuhkan biaya besar yang berarti program pemberantasan tuberculosis merupakan program yang paling *cost effective*. Pemberian vaksin BCG diharapkan dapat meningkatkan imunisasi bayi. Imunitas yang terbentuk adalah imunitas seluler yang biasanya cukup kuat untuk menghambat berkembang biaknya kuman tuberculosis. Masalah yang terjadi akhir-akhir ini bahwa angka cakupan BCG 90%, namun prevalensi tuberculosis masih tinggi, bahkan merupakan penyebab utama kematian di Indonesia untuk semua umur dan 25% dari kasus tuberculosis pada anak adalah tuberculosis berat (Dina Bisara, dkk, 2006).

Menurut Andi Utama, (2006) Imunisasi BCG dapat memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit TBC. Vaksin TBC, yang dikenal dengan nama

BCG terbuat dari bakteri *M tuberculosis strain Bacillus Calmette-Guerin (BCG)*. Bakteri ini menyebabkan TBC pada sapi, tapi tidak pada manusia. Vaksin ini dikembangkan pada tahun 1950 dari bakteri *M tuberculosis* yang hidup (*live vaccine*), karenanya bisa berkembang biak di dalam tubuh dan diharapkan bisa mengindus antibodi seumur hidup. Selain itu, pemberian dua atau tiga kali tidak berpengaruh. Karena itu, vaksinasi BCG hanya diperlukan sekali seumur hidup.

Di Indonesia imunisasi ini, diberikan sebelum berumur dua bulan. Imunisasi TBC ini tidak sepenuhnya melindungi kita dari serangan TBC. Tingkat efektivitas vaksin ini berkisar antara 70-80%. Karena itu, walaupun telah menerima vaksin, kita masih harus waspada terhadap serangan TBC ini. Karena efektivitas vaksin ini tidak sempurna. Pendapat pertama adalah tidak perlu imunisasi. Amerika Serikat adalah salah satu di antaranya. Amerika Serikat tidak melakukan vaksinasi BCG, tetapi mereka menjaga ketat terhadap orang atau kelompok yang berisiko tinggi serta melakukan diagnosa terhadap mereka.

Pasien yang terdeteksi akan langsung diobati. Sistem deteksi dan diagnosa yang rapi inilah yang menjadi kunci pengendalian TBC di AS. Pendapat yang kedua adalah perlunya imunisasi. Karena tingkat efektivitasnya 70-80%, sebagian besar rakyat bisa dilindungi dari infeksi kuman TBC. Negara-negara Eropa dan Jepang adalah negara yang menganggap perlunya imunisasi. Bahkan Jepang telah memutuskan untuk melakukan vaksinasi BCG terhadap semua bayi yang lahir tanpa melakukan tes Tuberculin, tes yang dilakukan untuk mendeteksi ada-tidaknya antibodi yang dihasilkan oleh infeksi kuman TBC. Jika hasil tes positif, dianggap telah terinfeksi TBC dan tidak akan diberikan vaksin. Karena jarang kasus TBC di Jepang, dianggap semua anak tidak terinfeksi kuman TBC, sehingga diputuskan bahwa tes Tuberculin tidak perlu lagi dilaksanakan.

Penyakit Tuberculosis (TB) merupakan penyakit menular dan bersifat kronik, masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di negara-negara berkembang. Selain itu TB membunuh 1 juta wanita dan 100.000 anak setiap tahunnya. Tidak kurang dari 583.000 penderita paru dengan 262 BTA positif dan 140.000

kematian terjadi akibat tuberkulosis pertahun. Pada anak terdapat 450.000 anak usia di bawah 15 tahun meninggal dunia karena Tuberkulosis (WHO, 2003). Pada kerjasama strategi negara 2009-2013 di Timor-Leste, yang membahas mengenai tuberkulosis (TBC), sebuah analisis dari data program nasional ditetapkan sejak tahun 2000 hingga 2007, berita baru menunjukkan bahwa kejadian kasus dahak positif adalah 145 per 100.000 pada tahun 2008 dibandingkan dengan 250 pada tahun 2006. Demikian pula, prevalensi tuberkulosis telah diperkirakan sebesar 447 per 100.000 pada tahun 2008 dibandingkan 789 per 100.000 pada tahun 2006 (WHO, 2009).

Hingga akhir tahun 2008 cakupan pemberian imunisasi BCG di Indonesia telah mencapai 4.306.152 bayi (88.5%) dari sasaran sebanyak 4.866.842. Sedangkan di Provinsi Lampung pencapaian imunisasi BCG sebesar 145.426 (84.4%), jumlah ini tergolong relatif rendah jika dibandingkan dengan Provinsi Sumatera Utara yaitu sebanyak 282.292 (90.2%), namun tergolong tinggi jika dibandingkan dengan Provinsi Nangroe Aceh Darussalam yang baru mencapai 85.846 (78.7%) (Depkes RI, 2007).

Pada tahun 2006 cakupan imunisasi BCG di Kabupaten Lampung Selatan mencapai nilai absolut sebesar 27.600 (92%) dari target 100%. Jumlah tersebut mengalami penurunan sebesar 2% dibandingkan tahun 2005 yang mencapai 94%. Kemudian diketahui bahwa berdasarkan data yang ada di Profil Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan tahun 2006 ditemukan sebanyak 819 anak <10 tahun menderita TBC, dari

jumlah tersebut 703 orang diantaranya (86.56%) dapat diobati dan 573 orang (81.51%) dinyatakan sembuh (Dinkes Kabupaten Lampung Selatan, 2007).

### Tujuan Penelitian

#### 1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui Apakah ada Hubungan Antara Status Gizi dan Partisipasi Ibu dengan Kejadian TBC pada Anak Remaja di Tapanuli Tengah Tahun 2014.

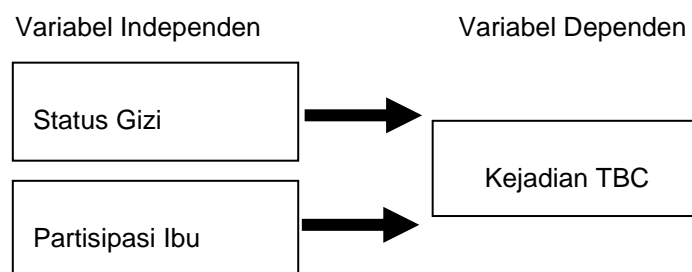
#### 2. Tujuan Khusus

- Untuk mengidentifikasi karakteristik ibu di Kabupaten Tapanuli Tengah yang mengalami TBC.
- Untuk mengetahui frekuensi status gizi anak-Anak Remaja yang ada di Kabupaten Tapanuli Tengah Tapanuli Tengah
- Untuk mengetahui persentasi kejadian TBC pada Anak Remaja di Kabupaten Tapanuli Tengah Tapanuli Tengah

### METODOLOGI PENELITIAN

#### Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2005). Adapun kerangka konsep penelitian tentang Apakah ada Hubungan Antara Status Gizi dan Partisipasi Ibu dengan Kejadian TBC pada Anak Remaja di Tapanuli Tengah Tahun 2014.



Gambar 1. Kerangka Konsep

### Definisi Operasional Variabel

N0	Variabel	Definisi	Alat ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Status Gizi	Adalah keadaan status gizi anak saat penimbangan yaitu dengan pengukuran umur dan berat badan sesuai dengan standart WHO. Pengukurannya dilakukan dengan timbangan dan perhitungan umur	Kuesioner	a.Gizi buruk b.Gizi kurang c.Gizi baik d. Gizi lebih	Ordinal
2	Partisipasi Keluarga	Ibu yang membawa anaknya ke posyandu dan melakukan pemeriksaan penyakit TBC, yang dilihat dari kehadiran ibu untuk mengontrol pengobatan anak	Kuesioner	a. Tidak berpartisipasi b. Berpartisipas i	Nominal
3	Tuberculosis	Tuberculosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman(Mycobacterium Tuberculosis). Sebagian besar kuman TB menyerang paru tetapi dapat jugamengenai organ tubuh lainnya	Kuesioner	a. Tidak terjadi b. Terjadi	Nominal

### Hipotesa

Hipotesa adalah pernyataan atau tentang jawaban sementara dari sebuah masalah penelitian (Suyanto, 2008). Adapun hipotesa dari penelitian ini adalah:

Ho : Tidak ada Hubungan Antara Status Gizi dan Partisipasi Ibu dengan Kejadian TBC pada Anak Remaja di Tapanuli Tengah Tahun 2014.

Ha : Ada Hubungan Antara Status Gizi dan Partisipasi Ibu dengan Kejadian TBC pada Anak Remaja di Tapanuli Tengah Tahun 2014.

### Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah bersifat deskriptif korelasi yaitu untuk mengetahui Hubungan Antara Status Gizi dan Partisipasi Ibu dengan Kejadian TBC pada Anak Remaja di Tapanuli Tengah Tahun 2014.

### Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini dilakukan di Sekolah Dasar Kecamatan Tapanuli Tengah. Adapun alasan peneliti memilih lokasi tersebut karena mudah dijangkau

dan sampel terpenuhi. Penelitian ini dilakukan dari bulan Februari 2014 sampai dengan April 2014.

### Populasi dan Sampel

#### 1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh anak Sekolah Dasar kelas III, IV, V dan VI yang terdapat Tapanuli Tengah yang berjumlah sebanyak 158 orang.

#### 2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang akan diambil dari menjadi sampel penelitian (Sudigdo, 2006). Adapun jumlah sampel dalam penelitian ini adalah seluruh populasi anak Sekolah Dasar yang terdapat di Tapanuli Tengah berjumlah 158 orang.

### Metode Pengambilan Data

Sumber data yang diperlukan dalam penelitian ini adalah data primer dan skunder. Data primer adalah data yang diperoleh dari hasil kuesioner kepada kader. Data sekunder adalah data yang

diperoleh dari kepustakaan dan berbagai referensi yang berhubungan dengan topik penelitian ini dan data dari sekolah dasar Kabupaten Tapanuli Tengah

### Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data yang telah diperoleh dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

#### 1. *Editing*

*Editing* adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Editing data dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul. Setelah pengumpulan data hasil kuesioner kemudian dilakukan pengecekan, apakah semua data sudah lengkap dan benar.

#### 2. *Coding*

*Coding* adalah kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Pemberian kode ini sangat penting bila pengetahuan dan analisis data menggunakan komputer. Data-data yang sudah tersusun, diklasifikasikan sesuai dengan kelompoknya yang telah ditetapkan. Kemudian data dianalisis dengan bantuan komputerisasi.

#### 3. *Entri data*

*Entri data* adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau data hasil komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga dengan membuat tabel kontigensi. Kemudian dilakukan pengolahan data

#### 4. *Tabulating*

Merupakan pengorganisasian data agar mudah dijumlah, disusun dan ditata untuk disajikan dan dianalisis.

### Analisis Data

#### 1. Melakukan Teknik Analisis

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisa univariat

untuk mengetahui distribusi frekuensi responden, di samping itu juga dilakukan analisis bivariat terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi.

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan analisis kuantitatif dimana data yang diperoleh dikumpulkan berjumlah besar, berupa angka-angka. Metode analisis kuantitatif menggunakan statistik sebagai analisis data. Untuk mengetahui Hubungan Antara Status Gizi dan Partisipasi Ibu dengan Kejadian TBC pada Anak Remaja di Tapanuli Tengah Tahun 2014 dilakukan dengan uji korelasi *Pearson Correlation*, dengan tingkat kepercayaan 95% ( $\alpha = 0.05$ ).

#### 2. Interpretasi hasil pengolahan data

Pada uji *Pearson Correlation*, bila  $p < 0.05$  maka  $H_0$  ditolak, maka  $H_a$  diterima artinya ada Hubungan Antara Status Gizi dan Partisipasi Ibu dengan Kejadian TBC pada Anak Remaja di Tapanuli Tengah Tahun 2014, dan bila  $p > 0.05$  maka  $H_0$  diterima atau  $H_0$  ditolak artinya tidak ada Hubungan Antara Status Gizi dan Partisipasi Ibu dengan Kejadian TBC pada Anak Remaja di Tapanuli Tengah Tahun 2014.

## HASIL PENELITIAN

Setelah dilakukan penelitian terhadap Hubungan Antara Status Gizi dan Partisipasi Ibu dengan Kejadian TBC pada Anak Remaja di Tapanuli Tengah Tahun 2014 dapat hasil sebagai berikut:

### Analisis Univariat

Analisis Univariat dilakukan untuk mentabulasikan dan dikelompokkan jumlah nilai yang diperoleh dari jawaban kuesioner dan lembar observasi dibandingkan dengan skor maksimal, kemudian dikalikan 100%, dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 1. Distribusi Frekuensi Umur Ibu dari Anak Remaja Kabupaten Tapanuli Tengah Kab. Tapanuli Tengah Tahun 2014**

		Umur			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-25 tahun	22	13.9	13.9	13.9
	26-30 tahun	62	39.2	39.2	53.2
	31-35 tahun	74	46.8	46.8	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa umur ibu mayoritas berumur 31-35 tahun sebanyak 74 orang (46.8%) dan

minoritas berumur 20-25 tahun sebanyak 22 orang (13.9%).

**Tabel 2. Distribusi Frekuensi Pendidikan Ibu dari Anak Remaja Kabupaten Tapanuli Tengah Kab. Tapanuli Tengah Tahun 2014**

		Pendidikan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pendidikan dasar (SD-SMP)	28	17.7	17.7	17.7
	Pendidikan menengah (SMA sederajat)	101	63.9	63.9	81.6
	Pendidikan tinggi (DIII-S1)	29	18.4	18.4	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa pendidikan ibu mayoritas berpendidikan menengah (SMA sederajat) sebanyak 101 orang (63.9%) dan

minoritas berpendidikan dasar (SD-SMP) sebanyak 28 orang (17.7%).

**Tabel 3. Distribusi Frekuensi Pekerjaan Ibu dari Anak Remaja Kabupaten Tapanuli Tengah Kab. Tapanuli Tengah Tahun 2014**

		Pekerjaan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pegawai negeri (PNS)	11	7.0	7.0	7.0
	Pegawai swasta	39	24.7	24.7	31.6
	Wiraswasta	83	52.5	52.5	84.2
	Buruh	21	13.3	13.3	97.5
	Ibu rumah tangga	4	2.5	2.5	100.0
	Total	158	100.0	100.0	

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa pekerjaan ibu mayoritas sebanyak 83 orang (52.5%) adalah sebagai wiraswasta dan minoritas sebanyak 4

orang (2.5%) adalah sebagai ibu rumah tangga.

**Tabel 4. Distribusi Frekuensi Status Gizi Anak Remaja Kabupaten Tapanuli Tengah Kab. Tapanuli Tengah Tahun 2014**

		Status Gizi			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Gizi buruk	7	4.4	4.4	4.4
	Gizi kurang	92	58.2	58.2	62.7
	Gizi baik	53	33.5	33.5	96.2
	Gizi lebih	6	3.8	3.8	100.0
Total		158	100.0	100.0	

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa mayoritas status gizi anak sebanyak 92 orang (58.2%) adalah status

gizi kurang dan minoritas status gizi anak sebanyak 6 orang (3.8%) dengan status gizi lebih.

**Tabel 5. Distribusi Frekuensi Partisipasi Ibu dalam Pengobatan TBC di Kabupaten Tapanuli Tengah Kab. Tapanuli Tengah Tahun 2014**

		Partisipasi			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak berpartisipasi	31	19.6	19.6	19.6
	Berpartisipasi	127	80.4	80.4	100.0
Total		158	100.0	100.0	

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa partisipasi ibu dalam melakukan pengobatan TBC mayoritas memberikan perhatian dalam pemeriksaan dan pengobatan TBC sebanyak 127 orang (80.4%)

dan minoritas partisipasi tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan sebanyak 31 orang (19.6%).

**Tabel 6. Distribusi Frekuensi Kejadian TBC pada Anak Remaja di Kabupaten Tapanuli Tengah Kab. Tapanuli Tengah Tahun 2014**

		Kejadian TBC			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak terjadi	60	38.0	38.0	38.0
	Terjadi	98	62.0	62.0	100.0
Total		158	100.0	100.0	

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa mayoritas kejadian TBC pada Anak Remaja sebanyak 98 orang (62.0%) dan minoritas tidak terjadi TBC sebanyak 60 orang (38.0%).

#### Analisis Chi-Square

Analisis Chi-Square digunakan untuk mengetahui Hubungan Antara Status Gizi dan Partisipasi Ibu dengan Kejadian TBC pada Anak Remaja di Tapanuli Tengah Tahun 2014 sebagai berikut :

**Tabel 7. Hubungan Antara Status Gizi dengan Kejadian TBC pada Anak Remaja di Tapanuli Tengah Tahun 2014**

**StatusGizi \* KejadianTBC Crosstabulation**

		Count		
		KejadianTBC		Total
		Tidak terjadi	Terjadi	
StatusGizi	Gizi buruk	1	6	7
	Gizi kurang	37	55	92
	Gizi baik	17	36	53
	Gizi lebih	5	1	6
Total		60	98	158

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.888 <sup>a</sup>	3	.048
Likelihood Ratio	8.154	3	.043
Linear-by-Linear Association	1.063	1	.303
N of Valid Cases	158		

a. 4 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.28.

Berdasarkan hasil pengolahan output statistik penulis menggunakan teknik Chi-Square dengan menggunakan SPSS sehingga dapat dianalisis. Uji Chi-Square untuk mengamati ada tidaknya hubungan antara dua variabel (baris dan kolom). Untuk menguji keeratan hubungan kedua variabel antara status gizi dengan kejadian TBC maka dilakukan dengan pengujian hipotesa. Hipotesis dalam kasus ini adalah :

Ho: Tidak ada hubungan antara baris dan kolom, atau antara status gizi dengan kejadian TBC.

Ha: Ada hubungan antara baris dan kolom, atau antara status gizi dengan kejadian TBC.

Pengambilan Keputusan:

- Berdasarkan tingkat signifikansi alfa = 5%  
Pada hasil output dengan menggunakan SPSS, tingkat signifikan ditetapkan sebesar 5%; tentu saja bisa ditetapkan dengan besaran

yang lain (misal 10%, 1% 2.5% dan seterusnya), yang tentu akan mengubah Chi-Square tabel.

- Derajat kebebasan (df) = 3  
Rumus  $df = (\text{jumlah baris}-1) \times (\text{jumlah kolom}-1)$ ; oleh karena ada 4 baris dan 2 kolom, maka  $df = (4-1) \times (2-1) = 3$

Berdasarkan probabilitas (signifikansi) maka dapat di uji

Jika probabilitas > 0.05, maka Ho diterima  
Jika probabilitas < 0.05, maka Ho ditolak

Keputusan:

Terlihat bahwa pada tabel hasil output statistik dengan menggunakan SPSS terlihat pada kolom **Asymp. Sig** adalah 0.048, atau probabilitas di bawah 0.05 ( $0.048 < 0.05$ ). Maka keputusannya adalah Ho ditolak. Dari hasil analisis di atas, bisa diambil kesimpulan yaitu Ho ditolak, atau ada hubungan antara status gizi dengan kejadian TBC.



**Tabel 8. Hubungan Partisipasi Ibu dengan Kejadian TBC pada Anak Remaja di Tapanuli Tengah Tahun 2014**

Count		Partisipasi * KejadianTBC Crosstabulation		
		KejadianTBC		
		Tidak terjadi	Terjadi	Total
Partisipasi	Tidak berpartisipasi	17	14	31
	Berpartisipasi	43	84	127
Total		60	98	158

**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.657 <sup>a</sup>	1	.031		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3.809	1	.051		
Likelihood Ratio	4.538	1	.033		
Fisher's Exact Test				.039	.027
Linear-by-Linear Association	4.627	1	.031		
N of Valid Cases	158				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.77.

b. Computed only for a 2x2 table

Berdasarkan hasil pengolahan output statistik penulis menggunakan teknik Chi-Square dengan menggunakan SPSS sehingga dapat dianalisis. Uji Chi-Square untuk mengamati ada tidaknya hubungan antara dua variabel (baris dan kolom). Untuk menguji keeratan hubungan kedua variabel antara partisipasi ibu dengan kejadian TBC maka dilakukan dengan pengujian hipotesa. Hipotesis dalam kasus ini adalah :

Ho: Tidak ada hubungan antara baris dan kolom, atau antara partisipasi ibu dengan kejadian TBC.

Ha: Ada hubungan antara baris dan kolom, atau antara partisipasi ibu dengan kejadian TBC.

Pengambilan Keputusan:

a. Berdasarkan tingkat signifikansi alfa = 5%

Pada hasil output dengan menggunakan SPSS, tingkat signifikan ditetapkan sebesar 5%; tentu saja bisa ditetapkan dengan besaran yang lain (misal 10%, 1% 2.5% dan seterusnya), yang tentu akan mengubah Chi-Square tabel.

b. Derajat kebebasan (df) = 1

Rumus  $df = (\text{jumlah baris}-1) \times (\text{jumlah kolom}-1)$ ; oleh karena ada 2 baris dan 2 kolom, maka  $df = (2-1) \times (2-1) = 1$

Berdasarkan probabilitas (signifikansi) maka dapat di uji

Jika probabilitas > 0.05, maka Ho diterima  
Jika probabilitas < 0.05, maka Ho ditolak

Keputusan:

Terlihat bahwa pada tabel hasil output statistik dengan menggunakan SPSS terlihat pada kolom **Asymp. Sig** adalah 0.031, atau probabilitas di bawah 0.05 ( $0.048 < 0.05$ ). Maka keputusannya adalah Ho ditolak. Dari hasil analisis di atas, bisa diambil kesimpulan yaitu Ho ditolak, atau ada hubungan antara partisipasi ibu dengan kejadian TBC.

**PEMBAHASAN**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan yaitu penelitian yang berjudul Hubungan Antara Status Gizi dan Partisipasi Ibu dengan Kejadian TBC

pada Anak Remaja di Tapanuli Tengah Tahun 2014 adalah sebagai berikut :

#### **Distribusi Frekuensi Umur Ibu dari Anak Remaja Kabupaten Tapanuli Tengah Kab. Tapanuli Tengah Tahun 2014**

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa umur ibu mayoritas berumur 31-35 tahun sebanyak 74 orang (46.8%) dan minoritas berumur 20-25 tahun sebanyak 22 orang (13.9%). *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2003 memperkirakan setiap tahun terjadi 583.000 kasus baru TBC dengan kematian sekitar 140.000 orang. Secara kasar diperkirakan dalam setiap 100.000 penduduk Indonesia terdapat 130 orang penderita baru TBC BTA positif dan penyakit TBC ini menyerang sebagian kelompok usia yang merupakan sumber daya manusia yang penting dalam pembangunan bangsa baik dewasa pada anak-anak (Depkes RI, 2004).

Di Indonesia dari hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) Departemen Kesehatan (DepKes) tahun 1995 didapatkan Tuberkulosis merupakan penyebab kematian nomor 3 setelah penyakit Kardiovaskuler dan penyakit infeksi saluran pernafasan serta penyebab kematian nomor 1 pada semua golongan umur dari golongan penyakit infeksi. WHO (1998) memperkirakan terdapat 450.000 penderita baru TB paru dengan ditemukan BTA pada dahaknya (BTA (+)) di Indonesia serta terdapat 175.000 kematian karena TB setiap tahunnya.

Pemberantasan TB di Indonesia telah dilaksanakan secara nasional sejak tahun 1969 melalui Program Pemberantasan Tuberkulosis (P2TB) oleh DepKes, dan sejak tahun 1995 lebih diintensifkan dengan cara pengobatan yang menggunakan strategi "DOTS" (Directly Observed Treatment Shortcourse) yang direkomendasikan oleh WHO. Namun pada kenyataan setelah berjalan 9-10 tahun program "DOTS", angka keberhasilan pengobatan masih belum mencapai target yang ditetapkan Dep.Kes yaitu dapat menyembuhkan 85% dari penderita TB dengan BTA (+) yang diobati. Dari hasil surveillance secara global dilaporkan telah terjadi resistensi kuman TB terhadap OAT pada penderita TB untuk satu jenis OAT (DR-TB, Drug Resistant-TB) sebesar 12.6% dan untuk

lebih dari 2 jenis OAT (MDR-TB, Multi Drug Resistant-TB) sebesar 2.2%.

Data dari the third report of the WHO/IUATLD Global Project on Anti Tuberculosis Drug Resistance Surveillance pada 75 area dari 13 negara tahun 1999-2002, menunjukkan MDR-TB berkisar antara 6,5% sampai 14% pada kasus baru (resisten primer) dan 30% sampai 60% pada kasus yang pernah diobati (resisten sekunder). Di Indonesia, RS. Persahabatan Jakarta (data dari WHO tahun 2003), melaporkan angka MDR-TB sebesar 4.3% pada kasus baru dan 34.44% pada kasus yang pernah diobati.

Menurut penelitian serupa yang dilakukan oleh Anwar, 2009 Sebagian besar penderita TB Paru dalam penelitiannya berusia antara 21-30 tahun sebanyak 43 orang 32.1%, usia 41-50 tahun 30 orang 22.4%, 31-40 tahun 27 orang 20.1% dan usia 61-70 tahun 5 orang (3.7%) dan Umur rata-rata penderita TB Paru dalam penelitiannya 37.48 berusia 13.30 tahun. Penderita termuda berumur 15 tahun dan tertua 70 tahun.

#### **Distribusi Frekuensi Pendidikan Ibu dari Anak Remaja Kabupaten Tapanuli Tengah Kab. Tapanuli Tengah Tahun 2014**

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa pendidikan ibu mayoritas berpendidikan menengah (SMA sederajat) sebanyak 101 orang (63.9%) dan minoritas berpendidikan dasar (SD-SMP) sebanyak 28 orang (17.7%). Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan hal ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu melalui panca indera yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Namun sebagian besar pengetahuan tersebut diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan juga dapat diartikan sebagai sekumpulan informasi yang dipahami, yang diperoleh dari proses belajar selama hidup dan dapat digunakan sewaktu-waktu sebagai alat penyesuaian diri dengan lingkungannya.

Pengetahuan seseorang terhadap suatu objek dapat berubah dan berkembang sesuai dengan kemampuan, kebutuhan, pengalaman dan tinggi rendahnya mobilitas informasi tentang

obyek tersebut di lingkungannya (WHO, 1992). Pengetahuan adalah suatu objek yang dapat diperoleh dari pengalaman, guru, orangtua, teman, buku dan media massa. Dari penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan itu dapat diperoleh dari pengalaman dan informasi-informasi yang diterima setiap hari, baik dari mendengar maupun melihat tanpa harus belajar jalur pendidikan formal.

#### **Distribusi Frekuensi Pekerjaan Ibu dari Anak Remaja Kabupaten Tapanuli Tengah Kab. Tapanuli Tengah Tahun 2014**

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa pekerjaan ibu mayoritas sebanyak 83 orang (52.5%) adalah sebagai wiraswasta dan minoritas sebanyak 4 orang (2.5%) adalah sebagai ibu rumah tangga. Hasil penelitian Bagiada, 2010 Dari segi pekerjaannya, penderita TB mangkir paling banyak bekerja sebagai wiraswastawan (5 orang). Masing-masing dua orang penderita berprofesi sebagai pelajar, pegawai swasta, dan tidak memiliki pekerjaan. Sisanya sebanyak 3 orang memiliki pekerjaan lain-lain.

Sedangkan bila dilihat dari faktor adekuat atau tidaknya edukasi oleh petugas di poliklinik DOTS RSUP Sanglah, didapatkan edukasi yang adekuat pada sebagian besar kasus TB mangkir (86.7%).

Pendapatan keluarga adalah jumlah seluruh hasil perolehan yang didapat oleh anggota keluarga dalam bentuk uang sebagai hasil pekerjaannya. Sajogio (1994) menyatakan bahwa pendapatan keluarga meliputi penghasilan ditambah dengan hasil-hasil lain. Menurut BPS (2002) diacu dalam Shinta (2008), pendapatan rumah tangga atau keluarga adalah seluruh penghasilan atau penerimaan berupa uang dari seluruh anggota yang diperoleh berupa upah atau gaji, pendapatan dari usaha rumah tangga atau penerimaan lainnya.

Pendapatan keluarga merupakan aspek yang sangat penting dan sangat berpengaruh pada keluarga dengan penyakit kronis, karena tidak jarang mereka membatalkan pengobatan medis meskipun telah menderita penyakit kronis sehingga memunculkan komplikasi penyakit (Sugianto 2007). Goldsmith (2005) diacu dalam Mimbs & Lewis (2009) menyatakan bahwa setiap tindakan

memiliki konsekuensi sehingga manajemen input menentukan *outcome* yang dihasilkan. Jika keluarga dengan penyakit kronis memiliki kemampuan manajemen sumber daya dengan baik, maka kendala keuangan dapat diatasi.

Secara umum, batasan dan ukuran status sosial ekonomi dalam masyarakat pada dasarnya memiliki banyak kesamaan dengan keadaan pada perseorangan yaitu berhubungan dengan pendidikan, pekerjaan dan pendapatan. Brooks (1975) menyelidiki hubungan antara pendapatan keluarga yang rendah, pendidikan rendah, perumahan kumuh, dan angka kematian bayi dan balita di Afrika dan Amerika. Ternyata bahwa pendidikan yang rendah menunjukkan adanya hubungan langsung dengan kematian bayi dan bertanggung jawab terhadap rendahnya pendapatan, dan tidak mempunyai rumah yang layak. Warner (1949) menunjukkan bahwa kelas atau status sosial adalah berbagai segi yang merupakan refleksi pendidikan, pekerjaan, gaya hidup dan mobilitas yang ditambah dengan pendapatan dan harta.

Sudah banyak penelitian tentang upaya menghubungkan keadaan sosio ekonomi terhadap perilaku kesehatan. Dalam membedakannya, terhadap satu pendekatan yang sederhana, Coburn dan Pope (1974) menggunakan ukuran status ekonomi adalah dari gambaran pendapatan, pekerjaan dan pendidikan, bersama-sama dengan 6 langkah variabel seperti faktor-faktor partisipasi sosial, memimpin sendiri pekerjaan dan sebagai perencanaan penuh, gagasan untuk menggambarkan gaya hidup. Menurut Zoebir (1981), sebagai akibat rendahnya pendidikan dari penderita, menyebabkan kurangnya pengertian dan pemahamannya terhadap penyakit, sehingga bila keadaan penyakit telah berkurang, merupakan suatu ukuran kesembuhan bagi penderita tersebut sehingga menghentikan pengobatannya, di samping kesungguhannya dipengaruhi oleh berat ringannya penyakit (Anderson, 1995). Menurut Hasting dan Last (1986), keadaan ekonomi yang rendah, kemiskinan, perumahan kumuh, kepadatan penduduk yang tinggi berhubungan erat dengan insidens dan prevalensi penyakit. Juga akan kesulitan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan dan kebebasan

dalam memilih fasilitas kesehatan yang diinginkan.

Kemiskinan atau masalah ekonomi yang mendera negara kita ini, turut pula meningkatkan prevalensi TB. Memang hal ini belum ada yang mengulas di Indonesia akan tetapi berkurangnya asupan gizi oleh karena mahalnnya harga bahan pokok setidaknya kan melemahkan daya tahan tubuh seseorang sehingga memudahkan seseorang menderita TB. Penurunan angka kesakitan di negara maju salah satunya disebabkan oleh perbaikan gizi penduduknya akibat perbaikan ekonomi negara tersebut (Antariksa, 2008).

Keberhasilan pembangunan suatu bangsa ditentukan oleh ketersediaan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas, yaitu SDM yang memiliki fisik yang tangguh, mental yang kuat, kesehatan yang prima, serta cerdas. Bukti empiris menunjukkan bahwa hal ini sangat ditentukan oleh status gizi yang baik. Status gizi yang baik ditentukan oleh jumlah asupan pangan yang dikonsumsi. Masalah gizi kurang dan buruk dipengaruhi langsung oleh faktor konsumsi pangan dan penyakit infeksi. Secara tidak langsung dipengaruhi oleh pola asuh, ketersediaan pangan, faktor sosial ekonomi, budaya dan politik. Apabila gizi kurang dan gizi buruk terus terjadi dapat menjadi faktor penghambat dalam pembangunan nasional. Secara perlahan kekurangan gizi akan berdampak pada tingginya angka kematian ibu, bayi, dan balita.

Penghasilan masyarakat akan menentukan seberapa besar kemauan membayar kesehatan (*willingness to pay*) atau dikenal dengan singkatan WTP serta kemampuan membayar kesehatan (*ability to pay*) atau dikenal dengan ATP. Depkes RI (2001) mengatakan bahwa kemauan membayar kesehatan (*willingness to pay*) adalah besarnya dana yang mau dibayarkan keluarga untuk kesehatan, dalam hal ini data pengeluaran untuk kesehatan masa lalu dapat digunakan sebagai WTP. Kemampuan membayar kesehatan (*ability to pay*), yaitu besarnya dana yang sebenarnya dapat dialokasikan untuk membiayai kesehatan yang bersangkutan atau keluarga.

Penghasilan masyarakat seperti halnya kemampuan membayar adalah penilaian yang bersifat subjektif terhadap asumsi apa yang seharusnya dibayar,

yang dapat dilihat dari tingkat pendapatan seseorang atau rumah tangga dengan menghitung pengeluaran rumah tangga di luar makan yang mencerminkan tingkat kesejahteraan masyarakat dan kemauan membayar merupakan sejumlah uang yang mau dibayarkan oleh konsumen untuk suatu barang atau pelayanan tertentu (Varley, 1995; Rogerson, 2001 and Levy, 1992).

#### **Distribusi Frekuensi Status Gizi Anak Remaja Kabupaten Tapanuli Tengah Kab. Tapanuli Tengah Tahun 2014**

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa mayoritas status gizi anak sebanyak 92 orang (58.2%) adalah status gizi kurang dan minoritas status gizi anak sebanyak 6 orang (3.8%) dengan status gizi lebih. Penyakit tuberkulosis 75 persen terjadi pada usia produktif (15-49 tahun) (WHO, 2003). Hal ini akan menyebabkan kemungkinan penularan infeksi tuberkulosis, khususnya pada anak semakin tinggi.

Prevalensi nasional Gizi Buruk pada Balita dan anak-anak adalah 5.4%, dan Gizi Kurang pada Balita adalah 13,0%. Keduanya menunjukkan bahwa baik target Rencana Pembangunan Jangka Menengah untuk pencapaian program perbaikan gizi (20%), maupun target *Millenium Development Goals* pada 2015 (18.5%) telah tercapai pada 2007. Namun demikian, sebanyak 19 provinsi mempunyai prevalensi Gizi Buruk dan Gizi Kurang diatas prevalensi nasional, yaitu Nanggroe Aceh Darussalam, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau, Jambi, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Sulawesi Barat, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat dan Papua (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI, 2008).

Akibat penyakit tuberkulosis pada anak dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan bahkan kematian (Eichenwald, 1983). Penyakit TBC pada bayi dan anak disebut juga TBC primer dan merupakan suatu penyakit sistemik. TBC primer biasanya mulai secara perlahan-lahan sehingga sukar ditentukan saat timbulnya gejala pertama. Kadang terdapat keluhan demam yang tidak diketahui sebabnya dan sering disertai

tanda-tanda infeksi saluran nafas bagian atas.

Penyakit ini bila tidak diobati sedini mungkin dan setepatnya-tepatnya dapat timbul komplikasi yang berat dan reinfeksi pada usia dewasa (Ngastiyah, 1997). Sekitar 30 persen penduduk dunia yang terdiri dari bayi, anak, remaja, dewasa, dan manula, menderita kurang gizi. Hampir separo (49 persen) kematian balita berkaitan dengan masalah kurang gizi (gizi kurang). Berdasarkan data Depkes, jumlah kasus balita gizi kurang dan gizi buruk menurun dalam beberapa tahun terakhir. Pada tahun 2004, jumlah anak balita gizi kurang dan gizi buruk sebanyak 5,1 juta jiwa. Pada tahun 2006, jumlah anak balita bergizi kurang dan buruk turun jadi 4.28 juta anak, dan 944.246 orang di antaranya berisiko gizi buruk (Depkes, 2008).

Malnutrisi diperkirakan menyumbang lebih dari sepertiga dari kematian anak, meskipun terdaftar sebagai penyebab langsung. Kurangnya akses kemakanan yang bergizi, terutama dalam konteks ini ialah harga pangan, adalah penyebab umum dari kekurangan gizi. Praktek makan yang buruk, seperti ASI tidak memadai, menawarkan makanan yang salah, dan tidak memastikan bahwa anak mendapat cukup makan bergizi, memberikan kontribusi terhadap kekurangan gizi (WHO, 2011).

Anak-anak di bawah usia 5 tahun mempunyai risiko ketularan tuberkulosis 20 kali lebih mudah dari orang dewasa. hal ini akan menyebabkan berkembangnya tuberkulosis yang luas dan berat (Djoehari, 2007). Angka penularan dan bahaya penularan yang tinggi terdapat pada golongan umur 0-6 tahun dan golongan umur 7-14 tahun (Samallo, 1998). Menurut Rosmayudi (2002), usia anak sangat rawan tertular tuberkulosis, dan bila terinfeksi mereka mudah terkena penyakit tuberkulosis dan cenderung menderita tuberkulosis berat (komplikasi) seperti : Pneumonia TB, tuberkulosis meningitis, tuberkulosis milier atau penyakit paru berat. Kurangnya pelayanan kesehatan, gizi buruk dan kondisi hidup yang kurang, semua berkontribusi terhadap penularan tuberkulosis.

### **Distribusi Frekuensi Partisipasi Ibu dalam Pengobatan TBC di Kabupaten Tapanuli Tengah Kab. Tapanuli Tengah Tahun 2014**

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa partisipasi bu dalam melakukan pengobatan TBC mayoritas memberikan perhatian dalam pemeriksaan dan pengobatan TBC sebanyak 127 orang (80.4%) dan minoritas partisipasi tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan sebanyak 31 orang (19.6%). Penyakit TB Paru dapat mempengaruhi konsep diri penderitanya. Konsep diri (harga diri) TB Paru seseorang tidak terbentuk waktu lahir, tetapi hasil dari pengalaman ataupun pengaruh lingkungan seseorang dalam dirinya sendiri, kehidupan dari orang terdekat maupun dari realitas hidup. Konsep diri terdiri atas komponen-komponen berikut : citra diri, ideal diri, harga diri, penampilan peran, identitas personal (Stuart, 2007).

Individu yang menderita penyakit TB Paru sering merasa tidak berdaya, menolak, merasa bersalah, merasa rendah diri, dan menarik diri dari orang lain karena khawatir penyakit yang diderita menular kepada orang lain. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti terhadap beberapa penderita TB Paru. Pada beberapa kasus banyak ditemukan data bahwa pasien TB Paru cenderung menutup diri, tidak mau diajak berinteraksi, kontak mata kurang, hanya menjawab bila ditanya. Pasien merasa malu karena mengetahui bahwa penyakitnya dapat tertular pada orang lain. Sehingga pasien memerlukan adanya dukungan keluarga agar harga diri pasien menjadi meningkat. Pada survey awal peneliti menemukan ada memberikan dorongan, bantuan melalui sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap pasien TB Paru.

Taylor 1995 berpendapat bahwa sebagai pendukung utama dalam perawatan pasien keluarga dapat melakukan perubahan yang bermanfaat pada anggota keluarga. Dukungan keluarga yang diperlukan oleh pasien dapat berupa motivasi pasien selama mendapat perawatan dan pengobatan. Dukungan keluarga ini dapat diberikan oleh anggota keluarga sendiri seperti anggota keluarga sendiri seperti dari saudara kandung ataupun orangtua dan juga dapat oleh orang lain yang bukan anggota keluarga

(Friedman, 1998). Anggota keluarga dengan TB Paru perlu mendapatkan informasi/bimbingan, dukungan emosional merasa dihargai dan dibutuhkan, baik keluarga maupun orang-orang terdekat. Dukungan ini sangat perlu agar pasien perhatian dengan penyakitnya serta peningkatan harga diri pasien (Friedman, 1998).

#### **Distribusi Frekuensi Kejadian TBC pada Anak Remaja di Kabupaten Tapanuli Tengah Kab. Tapanuli Tengah Tahun 2014**

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa mayoritas kejadian TBC pada Anak Remaja sebanyak 98 orang (62.0%) dan minoritas tidak terjadi TBC sebanyak 60 orang (38.0%). TB pada anak tidak lepas hubungannya dengan orang dewasa karena penularannya berasal dari orang dewasa yang menderita TB (Ismail 2003). Selain itu, faktor yang mempengaruhi seseorang menjadi penderita TB adalah daya tahan tubuh yang rendah, diantaranya karena gizi buruk dan HIV/AIDS (Depkes RI *et.al.* 2001). Kuman TB juga mengalami masa inkubasi, yaitu waktu yang diperlukan mulai terinfeksi sampai menjadi sakit.

Dengan demikian, kejadian TB yang terdeteksi pada murid SD memiliki kemungkinan akibat adanya infeksi pada masa lalu anak yang didukung oleh status gizi yang kurang baik. Masalah gizi yang dialami oleh anak disebabkan oleh faktor utama yaitu konsumsi gizi yang kurang memadai dan adanya penyakit infeksi. Kedua faktor utama tersebut sangat dipengaruhi antara lain oleh pola asuh gizi dan kesehatan yang diterapkan oleh ibu. Pengasuhan yang baik sangat penting untuk dapat menjamin pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal. Pengasuhan anak dalam hal perilaku yang diterapkan sehari-hari seperti pemberian makan, pemeliharaan kesehatan, stimulasi mental, serta dukungan emosional dan kasih sayang akan memberikan kontribusi yang nyata terhadap tumbuh kembang intelektual anak (Engel *et.al.* 1998 diacu dalam Wahidah 2004).

Status gizi erat hubungannya dengan pertumbuhan dan massa jaringan tubuh (Abunain & Jahari 1989). Dengan demikian, pemantauan status gizi dapat dilakukan dengan menggunakan indikator pertumbuhan. Menurut Narendra, (2005)

penilaian pertumbuhan merupakan komponen esensial dalam surveilan kesehatan anak karena hampir setiap masalah yang berkaitan dengan fisiologi, interpersonal, dan domain sosial dapat memberikan efek yang buruk pada pertumbuhan anak. Alat yang sangat penting untuk penilaian pertumbuhan anak adalah kurva pertumbuhan (*growth chart*). Pada anak-anak, informasi tentang umur, berat badan, dan tinggi badan akan dapat memberikan gambaran tentang akut tidaknya kekurangan gizi yang diderita oleh anak, yaitu dengan melihat rasio berat badan dengan tinggi badan, berat badan dengan umur, dan tinggi badan dengan umur. Kekurangan makan yang akut akan mengakibatkan anak kurus berapapun umur atau tinggi badannya.

Sedangkan kekurangan makan yang berlangsung lama akan mengakibatkan anak tidak hanya kurus tapi juga pendek. Tinggi badan yang kurang dari normal ini masih akan tampak walaupun anak telah mendapatkan makanan yang cukup kembali (Masjkuri 1991). Indikator antropometri yang menjelaskan proses tersebut adalah TB/U yang rendah/*stunted*. Gibson (1990) menyatakan bahwa indeks TB/U yang merupakan indeks *stunting* dari potensi pertumbuhan optimal anak-anak dapat digunakan untuk menilai status gizi masa lalu.

Tinggi badan pada umur tertentu adalah hasil kumulatif pertumbuhan sejak lahir sehingga menggambarkan riwayat status gizi di masa lalu (Abunain & Jahari 1989). Indeks TB/U yang rendah bila dikombinasikan dengan indeks berat badan menurut umur (BB/U) yang normal dan indeks berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) yang rendah diinterpretasikan sebagai keadaan anak yang cukup makan tapi pernah kurang gizi. Ketiga indeks tersebut digunakan secara bersamaan dalam rangka evaluasi program intervensi (WHO 1983).

#### **KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian yang berjudul Hubungan Antara Status Gizi dan Partisipasi Ibu dengan Kejadian TBC pada Anak Remaja di Tapanuli Tengah Tahun 2014 dengan responden sebanyak 158 orang Anak Remaja didapat kesimpulan sebagai berikut :

1. Berdasarkan hasil penelitian di atas diketahui bahwa ada hubungan yang signifikan antara status gizi dan partisipasi ibu dengan kejadian TBC pada Anak Remaja di Kabupaten Tapanuli Tengah dimana hasil signifikansinya  $P < 0.05$
2. Berdasarkan hasil penelitian di atas diketahui bahwa karakteristik ibu berdasarkan usia mayoritas atau 46.8% adalah berusia 31-35 tahun, berdasarkan tingkat pendidikan mayoritas atau 63.9% berpendidikan menengah (SMA sederajat) dan berdasarkan jenis pekerjaannya mayoritas atau 52.5% adalah sebagai wiraswasta.
3. Berdasarkan hasil penelitian di atas diketahui bahwa sebagian besar status gizi Anak Remaja di Kabupaten Tapanuli Tengah atau 58.2% adalah dengan status gizi kurang.
4. Berdasarkan hasil penelitian di atas diketahui bahwa 62% Anak Remaja tersebut mengalami TBC

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Munandar. 2003. Pengembangan Kreativitas Anak, Jakarta: Rineka Cipta.
- \_\_\_\_\_. 2005. Pengembangan Kreativitas Anak, Jakarta, Rineka Cipta.
- Rusman. 2011. Model-Model Pembelajaran. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Sudjana. 2005. Metoda Statistika. Bandung : Tarsito  
Sagala, S. 2009. Konsep dan Makna Pembelajaran. Bandung: Alpha Beta.
- Subuni., N. 2011. Mengatasi Kesulitan Belajar, Yogyakarta, Javalitera.
- Trianto. 2009. Mendesain Model Pembelajaran Inovatif-Progresif. Jakarta: Kencana.