

## HUBUNGAN ANTARA STATUS GIZI MASA LALU ANAK DAN PARTISIPASI IBU DI POSYANDU DENGAN KEJADIAN *TUBERKULOSIS* PADA MURID TAMAN KANAK-KANAK

*(The Correlation between Children Past Nutritional Status and Mothers' Participation  
at Posyandu with Tuberculosis (TB) Case on Kindergarten Student)*

Siti Madanijah<sup>1</sup> dan Nina Triana<sup>2</sup>

### ABSTRACT

*The Tuberculosis (TB) was detected on kindergarten students is triggered by the poor past nutritional status. The best way to maintain health and nutritional status can be accomplished at posyandu. The objective of this study is to analyze the correlation between children past nutritional status and mother's participation at posyandu with TB case on kindergarten students. The research was designed by cross sectional study with purposive method. This research had been conducted at Kecamatan Paseh, Kabupaten Sumedang, West Java from January to May 2006. The samples consisted of 30 kindergarten students suffered from TB and 30 healthy students that were selected randomly. The differences between the two groups were analyzed with the t-test and Mann Whitney test. The influenced variables were analyzed with multiple regression tests. Related with past nutritional status, on the TB group, 16.6% of the samples had moderate and severe malnutrition, while severe malnutrition was not found on the other group. The participation of mothers were less categories on the TB group, as much as 56.7%, compared to the group with no TB (26.7%). There were significant correlation between children past nutritional status and mothers' participation at posyandu with the TB case.*

*Keywords: tuberculosis, nutritional status, Posyandu*

### PENDAHULUAN

#### Latar Belakang

Murid Taman Kanak-kanak (TK) termasuk dalam kelompok usia pra sekolah. Pada masa ini seorang anak tengah berusaha membangun kemandiriannya. Tetapi karena keterbatasan kemampuan yang dimiliki, dalam banyak hal mereka seringkali gagal. Hal ini dapat mempengaruhi kondisi fisik dan psikisnya sehingga anak pada masa ini rawan mengalami gangguan kesehatan (Hurlock, 1999).

Anak yang sakit tidak akan tumbuh menjadi orang dewasa yang sehat, akibatnya ia tidak akan dapat berkarya untuk masyarakat dan bangsa. *First Informal Consultation on Growth of Children* (Unicef, 1998) menyepakati bahwa pertumbuhan anak merupakan indikator kunci dalam kesehatan dan perkembangan anak dan dapat menggambarkan bagaimana suatu masyarakat akan melaksanakan pembangunan. Dengan kata lain, anak-anak merupakan sumberdaya manusia suatu bangsa.

Salah satu masalah kesehatan yang akhir-akhir ini sering dijumpai pada anak-anak adalah penyakit Tuberkulosis (TB) (Sujayanto & Anglingsari, 2000). Tuberkulosis adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* dengan gejala batuk lebih dari 4 minggu, flu, demam, nyeri dada dan batuk darah (Mansjoer, Teriyanti, Savitri, Wardhani & Setiowulan, 1999). Tuberkulosis (TBC) merupakan penyakit infeksi kronis penyebab kematian nomor tiga setelah jantung dan penyakit pernafasan. Prevalensi TB paru di Indonesia masih cukup tinggi (0.24%) dengan pertambahan penderita baru sebesar 583.000 pertahun (Taslim 2004). Selanjutnya menurut Depkes (2006), penyakit TBC menjadi perhatian dunia karena tingginya jumlah temuan kasus baru. Angka penemuan kasus TBC menular meningkat dari 128.981 orang (54%) pada 2004 menjadi 156.508 orang (67%) pada 2005, sedangkan keberhasilan pengobatan TBC meningkat dari 86.7% pada 2003 menjadi 88.8% pada 2004.

Prevalensi kasus TBC di Jawa Barat masih termasuk tinggi yakni 107 per 100 000 penduduk. Pada tahun 2005 ditemukan 28.102 penderita baru dengan hasil pemeriksaan kuman TBC positif (Resmiati, 2006). Berdasarkan data Puskesmas Paseh, Kabupaten Sumedang,

<sup>1</sup> Staf pengajar Departemen Gizi Masyarakat, Fakultas Ekologi Manusia (FEMA) IPB.

<sup>2</sup> Alumni Program Studi Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga, Fakultas Pertanian (FAPERTA), IPB

pada tahun 2005 tercatat 88 (22.6%) murid sekolah TK yang dirujuk ke Puskesmas dan RS untuk secara teratur menjalani pengobatan TB sampai tuntas (minimal 6 bulan berturut-turut).

Penyakit TBC biasanya menular melalui udara yang tercemar bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang dilepaskan pada saat penderita TBC batuk. Pada anak-anak sumber infeksi umumnya berasal dari penderita TBC dewasa. Selain itu faktor yang mempengaruhi seseorang menderita TB diantaranya adalah gizi buruk dan HIV/AIDS, memburuknya kondisi sosial ekonomi, belum optimalnya fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat, meningkatnya jumlah penduduk yang tidak mempunyai tempat tinggal dan adanya epidemi dari infeksi HIV. Di samping itu daya tahan tubuh yang lemah, virulensi dan jumlah kuman merupakan faktor yang berperan penting dalam terjadinya infeksi TBC (Depkes RI, 2001).

Kejadian TB yang terdeteksi pada murid TK kemungkinan disebabkan oleh adanya infeksi pada masa lalu anak yang didukung oleh status gizi yang kurang baik serta adanya kontak langsung dengan orang dewasa penderita TB. Sebanyak 30-50% anak yang kontak dengan penderita TBC paru dewasa memberikan hasil *uji tuberkulin* positif dan 30% anak usia 3 bulan 5 tahun yang tinggal serumah dengan penderita TBC paru dewasa dengan BTA positif juga terinfeksi berdasarkan hasil pemeriksaan serologi/darah.

Anak-anak dapat dengan mudah tertular TB apabila ibunya tidak menerapkan pola pengasuhan kesehatan yang baik seperti menghindarkan anak dari kontak langsung dengan penderita TB dewasa, pemeliharaan status gizi anak, dan pemeliharaan higiene dan sanitasi lingkungan. Pola asuh yang diterapkan oleh ibu kepada anaknya dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan ibu terutama mengenai kesehatan.

Posyandu adalah pusat kegiatan masyarakat yang dimanfaatkan oleh ibu untuk memperoleh pelayanan dan sebagai sumber informasi untuk meningkatkan pengetahuannya dalam hal gizi dan kesehatan. Melalui kegiatan di posyandu, pemantauan status gizi dan kesehatan anak dapat dilakukan dengan baik. Selain itu, anak dapat memperoleh pelayanan imunisasi untuk melindunginya dari penyakit menular seperti TB.

TB dapat digunakan sebagai dasar untuk menilai keadaan gizi masa lalu dan sekarang, bila umur anak diketahui dengan tepat. Selain itu retardasi pertumbuhan dan pubertas yang

terlambat dapat dihubungkan dengan penyakit kronis (Behrman & Vaughan 1988). Berdasarkan hal tersebut di atas perlu diteliti hubungan antara status gizi masa lalu anak dan partisipasi ibu di posyandu dengan kejadian TB pada murid TK.

### Tujuan Penelitian

1. Mengidentifikasi karakteristik sosial ekonomi keluarga murid TK yang TB dan tidak TB.
2. Menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian TB pada murid TK.
3. Menganalisis hubungan antara partisipasi ibu di posyandu dengan kejadian TB pada murid TK.
4. Menganalisis hubungan antara partisipasi ibu di posyandu dengan status gizi masa lalu murid TK
5. Menganalisis hubungan antara partisipasi ibu di posyandu dengan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu dalam hal gizi dan kesehatan anak.
6. Menganalisis hubungan antara status gizi masa lalu anak dengan kejadian TB pada murid TK.
7. Menganalisis hubungan antara pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu dalam hal gizi dan kesehatan anak dengan kejadian TB pada murid TK.

### METODE PENELITIAN

#### Desain, Tempat dan Waktu

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional study*, dilakukan di Kecamatan Paseh Kabupaten Sumedang selama bulan Januari sampai Mei 2006. Lokasi penelitian ditentukan secara *purposive*.

#### Contoh dan Cara Pengambilan Contoh

Contoh pada penelitian ini sebanyak 60 anak, terdiri dari 30 murid TK yang TB dan 30 murid TK yang tidak TB. Jumlah TK yang ada di Kecamatan Paseh adalah 19 dengan jumlah murid 389 orang, sedangkan jumlah murid TK yang TB adalah 88 orang. Penentuan contoh dilakukan terlebih dulu menentukan kerangka sampling berdasarkan daftar nama murid TK yang TB dan tidak TB. Selanjutnya dari setiap daftar tersebut dipilih secara acak 30 orang anak sebagai contoh penelitian.

### Jenis dan Cara Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer dan sekunder. Data primer meliputi karakteristik sosial ekonomi keluarga, faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian TB pada anak, partisipasi ibu di posyandu serta pengetahuan, sikap dan perilaku ibu. Data primer diperoleh dari hasil wawancara, pengamatan terhadap kondisi rumah responden dan *cross* cek data dengan register Posyandu untuk melihat tingkat kehadiran ibu di Posyandu.

Data sekunder meliputi data status TB anak, tinggi badan, berat badan, umur, riwayat penyakit, kategori keluarga sejahtera, data murid TK se-Kecamatan Paseh dan data gambaran umum lokasi penelitian. Data tinggi dan berat badan diperoleh dari pengukuran saat kegiatan Deteksi Dini dan Tumbuh Kembang (DTTK) Anak. Data-data tersebut diperoleh dari Puskesmas, Kantor Kecamatan, Kantor Dinas Pendidikan Nasional Kecamatan dan setiap sekolah TK.

### Pengolahan dan Analisis Data

Data yang terkumpul diverifikasi dan diolah dengan program SPSS 11.0 *for windows*. Kategori status gizi anak (TB/U) ditentukan dengan metode Median WHO-NCHS (Riyadi, 2001). Tingkat partisipasi ibu di posyandu ditentukan dengan memberikan skor pada aspek kehadiran, upaya pengembangan posyandu, keaktifan bertanya dan penggunaan KMS. Tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku ibu juga ditentukan dengan memberikan skor pada pertanyaan yang diajukan. Selanjutnya tingkat partisipasi, pengetahuan, sikap dan perilaku ibu dikategorikan menjadi baik (>80%), sedang (60-80%) dan kurang (<60%).

Perbedaan variabel antara dua kelompok dianalisis dengan uji-t dan uji *Mann Whitney*. Hubungan antar variabel dianalisis dengan uji korelasi *Rank Spearman* dan untuk mengetahui besarnya pengaruh variabel digunakan uji regresi linier berganda.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Karakteristik Contoh

Umur contoh pada kedua kelompok berkisar antara 56 - 85 bulan dengan rata-rata umur 72.3 bulan pada kelompok TB dan 71.2 bulan pada kelompok yang tidak TB. Hampir seluruh contoh (93.3%) pada kelompok TB dan 90.0% pada kelompok yang tidak TB memiliki

kisaran umur antara 60 - 72 bulan. Hasil uji t menunjukkan tidak terdapat perbedaan nyata dalam hal umur.

Berat badan anak TB lebih rendah dibanding anak tidak TB. Pada kelompok TB rata-rata berat anak 16.7 kg, dan sebanyak 60% beratnya antara 10 - 15 kg. Sedangkan anak tidak TB rata-rata beratnya 17.8 kg, dan sebanyak 76.7% antara 16-21 kg. Tinggi badan pada kelompok TB (53.3%) dan yang tidak TB (80.0%) masing-masing berada pada kisaran yang sama, antara 107.5 - 119.5cm. Hasil uji t menunjukkan tidak terdapat perbedaan nyata dalam hal berat badan, dan berbeda nyata pada tinggi badan pada kedua kelompok.

Anak yang sehat, bertambah umur bertambah pula berat badan dan tinggi badannya. Pada penelitian ini rata-rata berat badan anak TB lebih rendah dibandingkan anak yang tidak TB. Artinya gangguan kesehatan berupa penyakit kronis seperti TB dapat berakibat retardasi pertumbuhan (Berhman & Vaughan 1988).

Sebagian besar contoh pada kedua kelompok memiliki berat badan lahir normal, yaitu sebanyak 93.3% pada kelompok TB dan 90% pada kelompok tidak TB. Berat badan lahir pada kelompok TB berkisar antara 2000-4400 g (rata-rata 3223.3g). Sedangkan pada kelompok tidak TB berkisar antara 1700 - 4500 g (rata-rata 3010.0 g). Uji t menunjukkan tidak terdapat perbedaan nyata dalam hal berat badan lahir pada kedua kelompok.

### Karakteristik Sosial Ekonomi Keluarga

#### *Jumlah Anggota Keluarga*

Sebagian besar contoh (63.3%) pada kelompok TB memiliki jumlah anggota keluarga kecil ( $\leq 4$  orang) dan 53.3% pada kelompok yang tidak TB memiliki jumlah anggota keluarga besar ( $> 4$  orang). Namun Uji t menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang nyata dalam hal berat badan lahir pada kedua kelompok.

#### *Umur Orangtua*

Sebagian besar umur ayah (76.7%) dan umur ibu (96.7%) pada kelompok TB berkisar antara 20 - 40 tahun (dewasa awal). Sedangkan pada kelompok yang tidak TB, umur ayah (60.0%) dan umur ibu (83.3%) berada pada kisaran umur yang sama (20-40 tahun). Uji t menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang nyata dalam hal umur ayah dan terdapat perbedaan nyata dalam hal umur ibu pada kedua kelompok. Papallia dan Olds (1981) menyatakan

bahwa status baru sebagai orangtua bagi individu dewasa awal menjadi sumber konflik dan kegelisahan mereka. Sementara itu pada masa dewasa tengah biasanya seseorang berada dalam kondisi kesehatan yang prima baik secara fisik maupun psikologis. Mereka juga berada dalam kondisi keuangan yang aman. Dengan demikian peran individu dewasa menengah dalam pertumbuhan dan perkembangan anak termasuk dalam pemeliharaan dan perawatan kesehatan anak dapat lebih optimal.

#### *Pendidikan Orangtua*

Sebanyak 53.3% pendidikan ayah pada kelompok TB adalah SD/ sederajat dan 46.7% pendidikan ibu adalah SMP/ sederajat. Sedangkan pada kelompok yang tidak TB sebanyak 53.3% ayah dan 46.7% ibu memiliki pendidikan yang sama, yaitu SD/ sederajat. Uji t menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang nyata dalam hal pendidikan ayah dan ibu pada kedua kelompok. Pendidikan orangtua melalui mekanisme hubungan efisiensi penjagaan kesehatan dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak secara tidak langsung (Satoto, 1990). Selain itu, Atmarita (2004) menyatakan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang atau masyarakat untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam hal kesehatan dan gizi.

#### *Pekerjaan Orangtua*

Jenis pekerjaan ayah pada kedua kelompok terdiri dari buruh, wiraswasta, sopir, petani, dagang, TNI, PNS dan pegawai swasta. Pekerjaan ayah pada kelompok TB (56.7%) dan yang tidak TB (43.3%) adalah buruh, kemudian diikuti dengan wiraswasta (16.7%) dan dagang dengan persentase masing-masing 10% pada kelompok TB dan 20% pada kelompok yang tidak TB.

Pekerjaan ibu pada kelompok TB (83.3%) dan 80.0% pada kelompok yang tidak TB adalah ibu rumah tangga, kemudian diikuti oleh dagang (13.3%) pada kelompok yang tidak TB. Pekerjaan sebagai buruh, biasanya memiliki penghasilan relatif rendah sedangkan sebagai pedagang dan pegawai swasta memiliki penghasilan yang relatif tinggi. Dengan demikian, upaya pemenuhan gizi dan kesehatan anak dapat lebih terjamin pada kelompok yang tidak TB. Hartoyo *et al.* (2003) menyebutkan bahwa pekerjaan dengan penghasilan rendah menyebabkan kemampuan untuk menyediakan makanan bagi keluarga dengan kualitas dan kuantitas yang cukup menjadi terbatas. Namun

hasil uji *Mann Whitney* menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang nyata dalam hal pekerjaan ayah dan ibu pada kedua kelompok.

#### *Pendapatan*

Kisaran jumlah pendapatan/bulan/kapita pada kelompok TB adalah Rp 71.429 - Rp 283.333. Sedangkan pada kelompok tidak TB adalah Rp 71.429 - Rp 485.714. Rata-rata pendapatan/bulan/kapita pada kelompok TB adalah Rp 181.917 dan pada kelompok tidak TB adalah Rp 227.790. Jumlah pendapatan/bulan/kapita contoh sebagian besar berada pada kategori di atas rata-rata pendapatan penduduk Jawa Barat tahun 2004. Walaupun demikian terdapat kecenderungan pendapatan kelompok TB lebih rendah (56.7%) jika dibandingkan dengan kelompok tidak TB (63.3%). Uji t menunjukkan tidak terdapat perbedaan nyata dalam hal pendapatan pada kedua kelompok.

Pendapatan yang tinggi akan mendukung perbaikan kesehatan dan gizi anggota keluarga (Berg, 1986). Pendapatan yang rendah mengakibatkan daya beli terhadap pangan yang berkualitas menjadi rendah, akibatnya status gizi anggota keluarga, terutama anak-anak akan menurun. Rendahnya status gizi akan menyebabkan lemahnya daya tahan tubuh terhadap penyakit.

#### Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi TB

##### *Jenis Kelamin*

Sebagian besar contoh (53.3%) pada kelompok TB dan 60,0% pada kelompok yang tidak TB berjenis kelamin laki-laki. Hasil uji *Mann Whitney* menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang nyata dalam hal jenis kelamin pada kedua kelompok. Crofton *et al.* (2002) menyatakan bahwa angka kejadian TB pada pria selalu tinggi pada semua usia, tetapi cenderung menurun pada wanita. Perlawanan tubuh terhadap basil TB pada anak laki-laki dan perempuan pada masa pubertas memang hampir tidak ada perbedaan.

##### *Status Imunisasi BCG*

Usia yang tepat saat pemberian imunisasi BCG adalah 0 - 2 bulan. Semakin cepat bayi memperoleh imunisasi BCG, maka semakin cepat ia memperoleh kekebalan dari serangan penyakit TB (Ismail, 2003). Seluruh contoh pada kedua kelompok dalam penelitian pernah diimunisasi BCG sewaktu bayi (100.0%) pada kisaran umur 0 - 3 bulan. Dengan demikian, pada penelitian ini status imunisasi BCG tidak dapat dianalisis sebagai dasar kejadian TB.

Menurut Ismail (2003), meskipun sudah diimunisasi BCG, daya kekebalan vaksin BCG untuk mencegah TBC hanya 20%. Sesudah vaksinasi BCG, TB masih dapat memasuki tubuh. Meskipun demikian dengan pertahanan tubuh yang meningkat akan mengendalikan atau membunuh kuman-kuman tersebut. Efektifitas imunisasi BCG untuk dapat mencegah penyakit TB juga ditentukan antara lain oleh keadaan gizi anak (Crofton *et al.*, 2002).

**Kejadian Penyakit Tertentu**

Penyakit tertentu yang memiliki risiko medis terhadap TB adalah *silicosis*, *Gastrectomy*, berat badan kurang (10% atau lebih di bawah ideal), gangguan ginjal kronik, diabetes mellitus, kelainan hematologis, leukimia, batuk rejan, campak atau infeksi lainnya seperti malaria dan diare kronik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir seluruh contoh (96.7%) tidak pernah atau sedang menderita penyakit tertentu dan hanya ada 1 contoh yang mengalami kelainan jantung bawaan, meskipun saat ini tidak menjalani pengobatan lagi. Contoh tersebut menderita risiko medis berat badan kurang (lebih dari 10% di bawah ideal). Pada kelompok tidak TB seluruh contoh tidak pernah atau sedang menderita penyakit tertentu. Hasil uji *Mann Whitney* menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang nyata dalam hal keberadaan penyakit pada kedua kelompok.

**Lingkungan Fisik Rumah**

Variabel lingkungan fisik rumah meliputi aspek kebersihan, udara dalam rumah, cahaya dalam rumah, kepadatan penghuni dan ukuran ventilasi. Rata-rata nilai lingkungan fisik rumah contoh disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Rata-Rata Nilai Lingkungan Fisik Rumah

No	Aspek	TB	Tidak TB	P
1	Kebersihan	93.3	96.7	0.557
2	Udara	73.3	93.3	0.039*
3	Cahaya	63.3	80.0	0.155
4	Kepadatan	60.0	90.0	0.008*
5	Ventilasi	66.7	90.0	0.030*
	Rata-rata ± SD	71.3±31.4	90.0±23.9	

Keterangan : \* Berbeda nyata pada  $\alpha = 0.05$

Aspek lingkungan fisik yang paling baik pada kedua kelompok adalah kebersihan (93.3 pada TB dan 96.7 pada kelompok tidak TB). Sedangkan aspek yang paling kurang adalah kepadatan hunian (60.0 pada kelompok TB)

dan cahaya (80.0 pada kelompok tidak TB). Rata-rata skor setiap aspek yang diteliti pada kedua kelompok adalah sedang (60.0-80.0). Pada kelompok TB terdapat kecenderungan kurang baik dalam seluruh aspek yang diteliti jika dibandingkan dengan yang tidak TB. Kecenderungan tersebut nyata dalam aspek kecukupan udara, kepadatan hunian dan ventilasi ( $P < 0.05$ ) (Tabel 1). Kategori lingkungan fisik rumah contoh disajikan pada Tabel 2.

Tabel 2. Sebaran Contoh Menurut Lingkungan Fisik Rumah

Lingkungan Fisik Rumah	TB		Tidak TB	
	n	%	n	%
Baik	11	36.7	23	80.0
Kurang	19	63.3	7	20.0
Total	30	100.0	30	100.0
P = 0.002				

Lingkungan fisik rumah pada kelompok TB sebagian besar masuk dalam kategori kurang (63.3%), sedangkan pada kelompok tidak TB sebagian besar masuk pada kategori baik (80.0%). Walaupun demikian hasil uji *Mann Whitney* menunjukkan tidak terdapat perbedaan nyata dalam hal lingkungan fisik kedua kelompok. Dengan demikian lingkungan fisik tidak menjadi dasar kejadian TB pada anak.

Ruangan yang gelap dan relatif tertutup dengan ventilasi minimum akan memperpanjang umur kuman TB. Kusnidar *et al.*, (1993) dalam Mulyadi (2003) menyatakan bahwa lingkungan perumahan yang merupakan faktor risiko penularan TB paru adalah kepadatan hunian terutama kamar tidur, pencahayaan terutama sinar matahari yang kurang dan ventilasi yang tidak memadai.

**Perilaku Sumber Penularan (Penderita TB Dewasa)**

Penderita TB dewasa dengan kondisi yang infeksius apabila batuk tanpa menutup mulut dan meludah sembarangan akan menyebabkan kuman TB mudah menyebar di lingkungannya. Oleh karena itu, penderita TB dewasa terutama yang infeksius perlu diberi tahu untuk selalu menutup mulut mereka dan memalingkan muka mereka saat batuk. Selain itu, kebiasaan meludah sembarangan dan kontak fisik yang erat dengan anak-anak juga perlu dihindari.

Perilaku sumber penularan dikategorikan berdasarkan perilaku penderita TB dewasa dalam hal menutup mulut jika batuk dan atau bersin, tidak membuang ludah dan atau dahak

secara sembarangan dan menghindari kontak yang erat dengan anak-anak. Rata-rata nilai perilaku penularan disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3. Rata-Rata Nilai Perilaku Sumber Penularan

No	Aspek	TB	Tidak TB	P
1	Mencegah penyebaran kuman di udara	65.6	66.7	0.009*
2	Lokalisasi ludah/dahak	55.6	70.2	0.846
3	Kontak dengan anak-anak	55.6	70.2	0.009*
	Rata-rata ± SD	59.3±13.2	64.8±7.7	

Keterangan : \* Berbeda nyata pada  $\alpha = 0.05$

Perilaku sumber penularan pada kelompok TB paling baik dalam aspek mencegah penyebaran kuman lewat udara (65.6) dan kurang dalam aspek lokalisasi ludah/dahak dan kontak dengan anak-anak (55.6). Sementara itu pada kelompok tidak TB aspek yang paling baik adalah lokalisasi ludah/dahak dan kontak dengan anak-anak (70.2), sedangkan aspek yang kurang adalah mencegah penyebaran kuman lewat udara (66.7). Secara keseluruhan rata-rata skor setiap aspek perilaku sumber penularan kelompok TB adalah kurang (<60%), sedangkan kelompok tidak TB adalah cukup (60-80%). Walaupun demikian, ada kecenderungan perilaku sumber penularan pada kelompok TB kurang dalam seluruh aspek yang diteliti dibandingkan dengan kelompok tidak TB. Kecenderungan tersebut terutama nyata pada aspek mencegah penyebaran kuman lewat udara dan kontak dengan anak (P<0.05).

Pada kelompok tidak TB, jumlah sumber penularan yang berperilaku baik hanya sedikit (5.3%) jika dibandingkan dengan yang berperilaku cukup (94,7%). Hasil uji *Mann Whitney* menunjukkan terdapat perbedaan yang nyata dalam hal perilaku sumber penularan pada kedua kelompok. Hal ini didukung oleh Mulyadi (2003), yang menunjukkan bahwa perilaku penderita TB paru dewasa merupakan variabel risiko yang paling dominan terhadap kejadian TB paru pada balita gizi buruk.

**Riwayat Kontak**

Riwayat kontak contoh meliputi riwayat kontak dengan penderita TB dewasa yang tinggal serumah dan atau dengan penderita TB-dewasa di lingkungannya (tetangga, sekolah, tempat mengaji, tempat kursus dan tempat perantauan apabila sewaktu balita contoh pernah dibawa merantau oleh orangtuanya.

Sebanyak 100% contoh pada kelompok TB dan 63.3% pada kelompok tidak TB pernah memiliki riwayat kontak dengan penderita TB dewasa. Namun contoh yang memiliki riwayat kontak dengan penderita TB dewasa dapat tidak terkena penyakit TB. Hal ini diduga karena daya tahan tubuh contoh yang cukup baik sehingga kuman TB dari penderita TB dewasa yang kontak dengan contoh tidak infeksius. Hasil uji *Mann Whitney* menunjukkan ada perbedaan nyata dalam hal riwayat kontak dengan penderita TB dewasa pada kedua kelompok. Dengan demikian riwayat kontak menjadi dasar bagi kejadian TB.

**Faktor Toksik**

Faktor toksik yang dapat mempengaruhi kejadian TB adalah asap rokok, minuman beralkohol dan obat-obatan pada penyakit tertentu. Faktor toksik yang diamati pada penelitian ini adalah sumber asap rokok dalam rumah.

Sepuluh contoh (50.0%) pada kelompok TB dan 66.7% pada kelompok yang tidak TB ada yang merokok di dalam rumah. Hasil uji *Mann Whitney* menunjukkan terdapat perbedaan nyata dalam hal faktor toksik pada kedua kelompok. Hal ini dapat terjadi meskipun sebagian besar contoh ada yang merokok di dalam rumah, seperti ayah dan anggota keluarga yang laki-laki. Crofton *et al.* (2002) menyebutkan bahwa merokok tembakau adalah salah satu faktor toksik yang dapat menurunkan daya tahan tubuh. Selain itu penelitian Snider (1992) dalam Mulyadi (2003) menunjukkan bahwa merokok dapat meningkatkan risiko terkena TB paru sebanyak 2.2 kali. Dengan demikian asap rokok yang terhisap oleh anak-anak juga dapat menjadi faktor risiko kejadian TB.

**Status Sosial Ekonomi**

Status sosial ekonomi keluarga contoh dikategorikan berdasarkan kategori keluarga sejahtera menurut BKKBN yaitu Pra KS, KS I, KS II, KS III dan KS III plus. Tabel 4 menunjukkan sebaran contoh menurut status sosial ekonomi.

Tabel 4. Sebaran Contoh Menurut Status Sosial Ekonomi Keluarga

Status Sosial Ekonomi	TB		Tidak TB	
	n	%	n	%
Kurang (KS I)	14	46.7	1	3.3
Sedang (KS II)	16	53.3	29	96.7
Total	30	100.0	30	100.0
P = 0.000				

Seluruh contoh pada penelitian ini tidak ada yang termasuk dalam kategori pra KS, KS III dan KS III plus. Status ekonomi keluarga kelompok tidak TB hampir seluruhnya (96,7%) dan separuh (53.3%) pada kelompok TB adalah sedang. Pada kelompok TB hampir separuh (46,7%) keluarga mempunyai status sosial ekonomi kurang. Hasil uji *Mann Whitney* menunjukkan terdapat perbedaan yang nyata dalam hal status sosial ekonomi keluarga pada kedua kelompok.

**Status Gizi**

Infeksi TB dapat berkembang menjadi penyakit TB dalam jangka waktu minimal 12 bulan (Rahajoe, 1994). Hal ini sangat ditentukan oleh daya tahan tubuh anak sebagai hasil dari kondisi status gizi selama masa terinfeksi kuman TB. Dengan demikian status gizi yang dianalisis adalah status gizi contoh pada masa sebelum sakit TB, yaitu sebelum TK. Selain itu, sebelum bersekolah di TK contoh seharusnya masih menjadi sasaran kegiatan posyandu. Oleh karena itu, upaya pemeliharaan status gizi contoh dapat dilakukan melalui partisipasi ibu di posyandu. Status gizi contoh yang dianalisis pada penelitian ini selanjutnya disebut sebagai status gizi masa lalu. Kategori status gizi masa lalu ditentukan dengan menggunakan metode median WHO-NCHS (Riyadi, 2001) (Tabel 5).

Tabel 5. Sebaran Contoh Menurut Status Gizi Masa Lalu

Status Gizi (TB/U)	TB		Tidak TB	
	n	%	n	%
Baik	4	13.3	19	63.3
Sedang	21	70.0	11	36.7
Kurang	4	13.3	0	0.0
Buruk	1	3.3	0	0.0
Total	30	100.0	30	100.0
Rata-rata±SD	92.7±4.0		96.8±3.3	
P = 0.000				

Rata-rata nilai median kelompok TB adalah 92.7% (sedang) sedangkan pada kelompok tidak TB adalah 96.8 (baik). Pada kelompok TB sebagian besar contoh (70.0%) memiliki status gizi masa lalu sedang, dan 63.3% contoh pada kelompok tidak TB memiliki status gizi masa lalu baik.

Status gizi masa lalu yang sedang, diduga merupakan akibat dari ketidak-optimalan pemeliharaan gizi dan kesehatan anak di masa lalu, seperti tidak hadir ke posyandu dan perilaku kesehatan orangtua yang kurang baik.

Oleh karena itu memungkinkan anak menjadi terkena TB. Hasil uji *Mann Whitney* menunjukkan terdapat perbedaan yang nyata dalam hal status gizi masa lalu pada kedua kelompok contoh. Dengan demikian status gizi masa lalu dapat mendasari kejadian TB. TB lebih banyak terjadi pada anak yang kurang gizi sehubungan dengan lemahnya daya tahan tubuh anak.

Berdasarkan hasil uji statistik regresi linier berganda, diketahui bahwa faktor-faktor yang mempunyai pengaruh signifikan terhadap kejadian TB pada murid TK adalah status gizi, kontak dengan sumber penularan, perilaku sumber penularan, dan status sosial ekonomi ( $t_{hitung} > 2.000$ ). Dari keempat faktor tersebut, faktor perilaku sumber penularan memberikan pengaruh yang paling besar, yaitu sebesar 59.0% ( $r^2 = 0.590$ ). Dengan demikian, ketiga faktor lainnya yaitu status sosial ekonomi, status gizi dan kontak dengan sumber penularan memberikan pengaruh terhadap kejadian TB pada anak sebesar 41.0%.

**Tingkat Partisipasi Ibu di Posyandu**

Pertanyaan yang diajukan di posyandu mengenai partisipasi ibu di posyandu meliputi aspek tingkat kehadiran, upaya pengembangan posyandu, keaktifan bertanya dan penggunaan KMS (Tabel 6).

Tabel 6. Rata-Rata Nilai Ibu Menurut Aspek Partisipasi di Posyandu

No	Aspek	TB	Tidak TB	P
1	Kehadiran	48.9	67.8	0.022*
2	Upaya pengembangan posyandu	41.1	49.6	0.042*
3	Keaktifan bertanya	83.7	84.4	0.942
4	Penggunaan KMS	51.5	63.3	0.293
	Rata-rata ± SD	57.8±12.0	60.0±15.7	

Keterangan : \* Berbeda nyata pada  $\alpha = 0.05$

Tabel 6 menunjukkan bahwa partisipasi ibu yang paling baik terlihat dari aspek keaktifan bertanya, 83.7 pada kelompok TB dan 84.4 pada kelompok yang tidak TB. Sedangkan aspek yang paling kurang terlihat pada upaya pengembangan posyandu, 41.1 pada kelompok TB dan 49.6 pada kelompok yang tidak TB. Walaupun demikian, terdapat kecenderungan bahwa kelompok TB kurang dalam seluruh aspek partisipasi Posyandu jika dibandingkan dengan kelompok tidak TB. Kecenderungan tersebut nyata dalam aspek kehadiran dan upaya pengembangan posyandu ( $P < 0.05$ ).

Kehadiran ibu di posyandu disajikan pada Tabel 7.

Tabel 7. Sebaran Contoh Menurut Tingkat Kehadiran Ibu di Posyandu

Kehadiran Ibu di Posyandu	TB		Tidak TB	
	n	%	n	%
Baik (>80%)	1	3.3	14	46.7
Sedang (60-80%)	12	40.0	3	10.0
Kurang (<60%)	17	56.7	13	43.3
Total	30	100.0	30	100.0
P = 0.022				

Tingkat kehadiran ibu dikategorikan baik apabila garis grafik berat badan pada KMS tidak pernah putus (hadir dan ditimbang setiap bulan di posyandu), sedang apabila garis grafik tersambung dua bulan berturut-turut, dan kurang apabila garis grafik pada KMS tidak terbentuk (tidak hadir dan tidak ditimbang setiap bulan di posyandu). uji *Mann Whitney* menunjukkan terdapat perbedaan yang nyata dalam tingkat kehadiran ibu di posyandu pada kedua kelompok contoh.

Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita di posyandu dengan menggunakan KMS baru akan berguna bila dilakukan setiap bulan. Hal ini karena grafik pertumbuhan berat badan yang terputus-putus dalam KMS tidak dapat digunakan untuk memantau keadaan kesehatan dan gizi anak dengan baik.

### Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu

#### Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan ibu contoh diukur berdasarkan aspek pengetahuan tentang penyakit TB, posyandu, imunisasi BCG dan KMS. Hasil yang diperoleh ditampilkan pada Tabel 8.

Tabel 8. Rata-Rata Nilai Pengetahuan Ibu Menurut Aspek yang Diteliti

No	Aspek	TB	Tidak TB	P
1	Penyakit TB	35.0	55.7	0.001*
2	Posyandu	84.4	90.0	0.274
3	Imunisasi BCG	43.3	57.8	0.065
4	KMS	57.5	80.0	0.001*
	Rata-rata ± SD	48.2±15.1	66.0±19.8	

Keterangan : \* Berbeda nyata pada  $\alpha = 0.05$

Aspek yang paling baik pada kedua kelompok adalah tentang posyandu. 84.4 pada kelompok TB dan 90.0 pada kelompok tidak TB. Sedangkan aspek yang paling kurang pada kedua kelompok adalah mengenai penyakit TB, yaitu 35.0 pada TB dan 55.7 pada kelompok

tidak TB. Tabel 8 menunjukkan bahwa aspek pengetahuan penyakit TB dan KMS berbeda nyata ( $P < 0.05$ ) antar kedua kelompok. Tingkat pengetahuan ibu selanjutnya dikategorikan berdasarkan skor total yang diperoleh dari seluruh aspek (Tabel 9).

Tabel 9. Sebaran Contoh Menurut Tingkat Pengetahuan Ibu

Pengetahuan Ibu	TB		Tidak TB	
	n	%	n	%
Baik (>80%)	0	0.0	6	20.0
Cukup (60-80%)	8	26.7	16	53.3
Kurang (<60%)	22	73.3	8	26.7
Total	30	100.0	30	100.0
P = 0.000				

Tabel 9 menunjukkan bahwa persentase tertinggi sebesar 73.3% ibu pada kelompok TB memiliki pengetahuan kurang dan 53.3% pada yang tidak TB memiliki pengetahuan gizi cukup. Atmarita (2004) menyatakan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang atau masyarakat untuk menyerap informasi kesehatan dan gizi. Uji *Mann Whitney* menunjukkan terdapat perbedaan nyata dalam tingkat pengetahuan ibu pada kedua kelompok contoh.

#### Sikap Ibu

Variabel sikap ibu yang diteliti meliputi bahaya TB, imunisasi BCG, pentingnya status gizi baik, partisipasi posyandu, cara mengurangi risiko terkena TB (Tabel 10). Umumnya sikap ibu termasuk baik pada semua aspek; yang tertinggi adalah pada aspek cara mengurangi risiko TB (98.5 pada TB dan 100.0 pada yang tidak TB). Hasil analisis sikap selanjutnya dikategorikan berdasarkan jumlah skor total dari seluruh aspek yang diteliti (Tabel 11).

Tabel 10. Rata-Rata Nilai Sikap Ibu Menurut Aspek yang Diteliti

No	Aspek	TB	Tidak TB	P
1	Bahaya TB	96.7	99.2	0.094
2	Imunisasi BCG	89.4	88.9	0.749
3	Pentingnya status gizi baik	94.4	93.9	0.775
4	Partisipasi Posyandu	98.1	98.3	0.720
5	Cara mengurangi risiko terkena TB	98.5	100.0	0.317
	Rata-rata ± SD	96.2±5.7	97.0±4.6	

Keterangan : \* Berbeda nyata pada  $\alpha = 0.05$

Tabel 11 menunjukkan ada kecenderungan ibu yang bersikap baik, lebih banyak

pada kelompok tidak TB dibandingkan kelompok TB. Sikap ibu yang baik pada kelompok tidak TB merupakan pengaruh dari pengetahuan ibu yang juga lebih baik pada kelompok tidak TB (Tabel 9). Uji *Mann Whitney* menunjukkan tidak ada perbedaan nyata dalam hal sikap ibu kedua kelompok contoh.

Tabel 11. Sebaran Contoh Menurut Sikap Ibu

Sikap Ibu	TB		Tidak TB	
	n	%	n	%
Baik (>80%)	27	90.0	29	96.7
Cukup (60-80%)	3	10.0	1	3.3
Total	30	100.0	30	100.0
P = 0.721				

**Perilaku Ibu**

Variabel perilaku ibu meliputi kebiasaan ibu menjauhkan anak dari sumber TB, kehadiran di posyandu, memiliki dan membaca KMS dan pencegahan TB (Tabel 12).

Tabel 12. Rata-Rata Nilai Perilaku Ibu Menurut Aspek yang Diteliti

No	Aspek	TB	Tidak TB	P
1	Menjauhkan anak dari sumber TB	47.8	35.1	0.005*
2	Kehadiran di Posyandu	48.9	67.8	0.022*
3	Memiliki dan membaca KMS	93.9	96.1	0.487
4	Pencegahan TB	80.9	86.2	0.036*
	Rata-rata± SD	78.2±9.6	84.2±9.1	

Keterangan : \* Berbeda nyata pada  $\alpha = 0.05$

Perilaku ibu yang paling baik pada kedua kelompok adalah pada aspek memiliki dan membaca KMS (93.9 pada TB dan 96.1 pada yang tidak TB), sedangkan perilaku yang kurang, pada aspek menjauhkan anak dari sumber TB (47.8 pada TB dan 35.1 pada yang tidak TB). Hasil analisis perilaku secara keseluruhan disajikan pada Tabel 13.

Tabel 13. Sebaran Contoh Menurut Perilaku Ibu

Perilaku Ibu	TB		Tidak TB	
	n	%	n	%
Baik (>80%)	9	30.0	22	73.3
Cukup (60-80%)	21	70.0	8	26.7
Total	30	100.0	30	100.0
P = 0.009				

Uji *Mann Whitney* menunjukkan terdapat perbedaan yang nyata dalam hal perilaku ibu

pada kedua kelompok contoh. Artinya perilaku ibu pada kelompok TB kurang baik jika dibandingkan dengan yang tidak TB, yaitu dalam aspek kebiasaan menjauhkan anak dari penderita TB dewasa, upaya pencegahan TB dan partisipasi di Posyandu.

**Hubungan Antar Variabel**

**Hubungan Partispasi Ibu di Posyandu dengan Status Gizi Masa Lalu Anak**

Posyandu merupakan pusat informasi kesehatan masyarakat yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan pengetahuan mengenai kesehatan dan gizi. Tabel 14 menunjukkan hubungan antara tingkat partisipasi ibu dengan status gizi masa lalu. Pada ibu yang memiliki tingkat partisipasi posyandu baik, lebih dari 70% anaknya berstatus gizi baik dan tidak ada yang berstatus gizi kurang dan buruk. Sedangkan ibu yang memiliki tingkat partisipasi posyandu sedang, sebanyak 50.0% anaknya berstatus gizi baik dan 42.9% berstatus gizi sedang. Sementara itu, pada ibu yang memiliki tingkat partisipasi posyandu kurang, sebagian besar anaknya (72.0%) berstatus gizi sedang.

Hasil uji korelasi *Rank Spearman* menunjukkan terdapat korelasi signifikan antara tingkat partisipasi ibu di Posyandu dengan status gizi masa lalu murid TK ( $p=0.01$ ;  $r=-0.547$ ). Artinya semakin kurang tingkat partisipasi ibu di posyandu, semakin besar kemungkinan anaknya memiliki status gizi yang kurang baik. Demikian pula halnya dengan hubungan antara tingkat kehadiran ibu di posyandu dengan status gizi masa lalu murid TK. Hasil uji korelasi *Rank Spearman* menunjukkan terdapat korelasi signifikan antara tingkat kehadiran ibu di posyandu dengan status gizi masa lalu murid TK ( $p = 0.05$ ;  $r = -0.320$ ). Artinya semakin rendah tingkat kehadiran ibu di posyandu, maka akan semakin besar kemungkinan anaknya memiliki status gizi yang kurang baik.

**Hubungan Tingkat Partispasi Ibu di Posyandu dengan Kejadian TB**

Melalui kegiatan posyandu, ibu dapat melakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita menggunakan KMS, yaitu melalui hasil penimbangan berat badan anak. Apabila berdasarkan catatan KMS terpantau status gizi anak kurang, maka ibu dapat dengan segera melakukan pemeriksaan kepada tenaga kesehatan.

Tabel 14. Hubungan Partisipasi Ibu di Posyandu dengan Status Gizi Masa Lalu

Status Gizi	Partisipasi Posyandu						Total	
	Baik		Sedang		Kurang			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Baik	5	71.4	14	50.0	4	16.0	23	38.3
Sedang	2	28.6	12	42.9	18	72.0	32	53.3
Kurang	0	0.0	2	7.1	2	8.0	4	6.7
Buruk	0	0.0	0	0.0	1	4.0	1	1.7
Total	7	100.0	28	100.0	25	100.0	60	100.0

*Hubungan Tingkat Partisipasi Ibu di Posyandu dengan Kejadian TB*

Hasil uji korelasi *Rank Spearman* menunjukkan terdapat korelasi signifikan antara tingkat partisipasi ibu di Posyandu dengan kejadian TB pada murid TK ( $p=0.05$ ;  $r=0.320$ ). Artinya semakin baik tingkat partisipasi ibu di posyandu, semakin besar kemungkinan anaknya menjadi tidak TB pada usia TK. Selain itu hasil uji korelasi *Rank Spearman* menunjukkan terdapat korelasi signifikan antara tingkat kehadiran ibu di Posyandu dengan kejadian TB pada murid TK ( $p=0.05$ ;  $r=-0.299$ ). Artinya makin baik tingkat kehadiran ibu di posyandu, makin besar kemungkinan anak menjadi tidak TB pada usia TK. Tabel 15 menunjukkan bahwa partisipasi ibu di posyandu pada kelompok TB lebih banyak yang kurang dibanding yang tidak TB.

Tabel 15. Sebaran Contoh Menurut Tingkat Partisipasi Ibu di Posyandu

Partisipasi ibu di Posyandu	TB		Tidak TB	
	n	%	n	%
Baik (>80%)	0	0.0	7	23.3
Sedang (60-80%)	13	43.3	15	50.0
Kurang (<60%)	17	56.7	8	26.7
Total	30	100.0	30	100.0
P = 0.028				

Tingkat partisipasi ibu di Posyandu pada kelompok TB sebagian besar (56.7%) berada pada kategori kurang, sedangkan pada kelompok tidak TB sebagian besar (50.0%) berada pada kategori sedang, namun 26.7% masih berada pada kategori kurang. Uji *Man Whitney* menunjukkan terdapat perbedaan yang nyata dalam hal tingkat partisipasi ibu di Posyandu pada kedua kelompok contoh. Hal ini berhubungan juga dengan status gizi anak pada kelompok tidak TB yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok TB (Tabel 5). Status gizi yang baik dapat membuat daya tahan tubuh anak juga baik, sehingga tidak mudah terkena penyakit. Selain itu hal ini juga dapat dikaitkan dengan tingkat pengetahuan ibu pada ke-

lompok tidak TB yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok TB (Tabel 9).

*Hubungan Partisipasi Ibu di Posyandu dengan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu*

Posyandu merupakan sumber informasi untuk meningkatkan pengetahuan ibu, selain itu pengetahuan ibu juga ditentukan oleh karakteristik ibu (umur, pendidikan, keadaan sosial ekonomi, dan akses terhadap informasi) (Madanijah, 2003). Ibu yang memiliki pengetahuan gizi dan kesehatan yang baik diharapkan dapat bersikap dan berperilaku baik dalam upaya pemeliharaan kesehatan dan gizi anaknya. Hubungan partisipasi ibu di posyandu dengan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu disajikan pada Tabel 16.

Tabel 16 menunjukkan bahwa ibu yang mempunyai tingkat partisipasi di posyandu baik, tingkat pengetahuan ibu baik dan sedang, sedangkan ibu dengan partisipasi di posyandu kurang, sebagian besar (80%) ibu memiliki tingkat pengetahuan yang juga kurang. Hasil uji korelasi *Rank Spearman* menunjukkan terdapat korelasi signifikan antara tingkat partisipasi ibu di posyandu dengan tingkat pengetahuan ibu ( $p=0.01$ ;  $r=0.513$ ). Artinya semakin baik tingkat partisipasi ibu di posyandu, maka semakin baik pula pengetahuan ibu.

Seluruh ibu yang berpartisipasi di posyandu baik menunjukkan sikap yang baik (100.0%), sedangkan ibu dengan partisipasi sedang dan kurang, masih ada yang mempunyai sikap cukup. Terdapat kecenderungan bahwa semakin baik partisipasi ibu di posyandu, maka semakin baik pula sikapnya. Namun hasil uji korelasi *Rank Spearman* menunjukkan tidak terdapat korelasi signifikan antara tingkat partisipasi ibu di Posyandu dengan sikap ibu ( $p=0.05$ ;  $r=-0.186$ ). Dengan demikian, sikap ibu pada penelitian ini tidak dipengaruhi oleh tingkat partisipasi ibu di posyandu. Hal ini dapat terjadi karena sebagian besar ibu pada penelitian menunjukkan sikap baik.

Terlihat ada kecenderungan hubungan antara partisipasi di posyandu dengan perilaku ibu. Ibu yang berpartisipasi di posyandu baik,

Tabel 16. Hubungan Partisipasi Ibu di Posyandu dengan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu

Variabel	Partisipasi Posyandu						Total	
	Baik		Sedang		Kurang			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pengetahuan								
Baik	4	57.1	3	10.7	0	0.0	6	10.0
Cukup	3	42.9	15	53.6	5	20.0	24	40.0
Kurang	0	0.0	10	35.7	20	80.0	30	50.0
Sikap								
Baik	7	100.0	26	92.9	23	92.0	56	93.3
Cukup	0	0.0	2	7.1	2	8.0	4	6.7
Perilaku								
Baik	6	85.7	16	57.1	9	36.0	31	51.7
Cukup	1	14.3	12	42.9	16	64.0	29	48.3

sebagian besar (85.7%) berperilaku baik, sedangkan ibu yang berpartisipasi kurang, 64% ibu berperilaku sedang, walaupun lebih dari 30% sudah berperilaku baik. Dengan demikian perilaku ibu juga dipengaruhi oleh kesadaran akan bahaya TB yang telah menyerang anaknya.

Hasil uji korelasi *Rank Spearman* menunjukkan terdapat korelasi signifikan antara partisipasi ibu di Posyandu dengan perilaku ibu ( $p=0.01$ ;  $r=-0.357$ ). Semakin kurang tingkat partisipasi ibu di posyandu, maka semakin besar kemungkinan ibu berperilaku kurang baik.

**Hubungan Status Gizi Masa Lalu dengan Kejadian TB pada Murid TK**

TB lebih banyak terjadi pada anak yang kurang gizi sehubungan dengan lemahnya daya tahan tubuh anak yang kurang gizi. TB juga memperburuk status gizi anak dan ini merupakan satu sebab lingkaran setan gizi kurang dan infeksi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok TB lebih banyak anak yang berstatus gizi sedang, kurang dan buruk. Hasil uji korelasi *Rank Spearman* menunjukkan terdapat korelasi signifikan antara status gizi anak masa lalu dengan kejadian TB pada murid TK ( $p=0.01$ ;  $r=-0.546$ ). Hal ini berarti semakin rendah status gizi anak pada masa lalu, maka semakin besar kemungkinan ia menjadi TB pada usia TK.

**Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu dengan Kejadian TB**

Hasil analisis menunjukkan bahwa ibu yang pengetahuannya kurang, lebih banyak pada kelompok TB. Uji korelasi *Rank Spearman* menunjukkan terdapat korelasi signifikan antara tingkat pengetahuan ibu dengan kejadian TB pada murid TK ( $p=0.01$ ;  $r=-0.500$ ). Artinya, semakin kurang baik pengetahuan ibu, maka

semakin besar kemungkinan anak untuk menjadi TB.

Sementara itu, hasil uji korelasi *Rank Spearman* menunjukkan tidak terdapat korelasi signifikan antara sikap ibu dengan kejadian TB pada murid TK ( $p=0.05$ ;  $r=-0.134$ ). Madanijah (2003) juga menyatakan bahwa meskipun dengan sikap yang ditunjukkan dapat diramalkan perbuatan seseorang, tetapi sikap tersebut belum merupakan perbuatan. Dengan demikian sikap ibu yang baik dalam pemeliharaan gizi dan kesehatan anak belum tentu menghasilkan perilaku gizi dan kesehatan yang baik pula.

Uji korelasi *Rank Spearman* menunjukkan terdapat korelasi signifikan antara perilaku ibu dengan kejadian TB pada murid TK ( $p=0.01$ ;  $r=-0.434$ ). Artinya, semakin kurang baik perilaku ibu, maka makin besar kemungkinan anak untuk menjadi TB. Notoatmojo (1997) menyebutkan bahwa perilaku ibu yang selalu menjauhkan anak dari penderita TB dewasa, melakukan upaya-upaya pencegahan TB, selalu hadir di posyandu setiap bulan dan memiliki serta membaca KMS dapat mengurangi risiko terjadinya TB pada anak.

**KESIMPULAN DAN SARAN**

**Kesimpulan**

Karakteristik sosial ekonomi relatif sama antara kedua kelompok, walaupun secara umum kelompok TB berstatus lebih rendah. Pada kelompok TB, umur ayah dan ibu lebih muda, pendidikan ayah dan ibu relatif lebih rendah, demikian pula pendapatan keluarga lebih rendah dibanding kelompok tidak TB.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian TB meliputi lingkungan fisik rumah, perilaku sumber penularan, riwayat kontak

dengan penderita TB dewasa, status sosial ekonomi keluarga dan status gizi anak masa lalu, yang kesemuanya berpengaruh secara nyata terhadap kejadian TB. Nilai variabel-variabel tersebut, pada kelompok tidak TB lebih tinggi dibanding kelompok TB.

Faktor perilaku sumber penularan memberikan pengaruh sebesar 59.0% ( $r^2 = 0.590$ ) terhadap kejadian TB pada murid TK, sedangkan faktor status sosial ekonomi, status gizi, kontak dengan sumber penularan memberikan pengaruh terhadap kejadian TB sebesar 41.0%.

Terdapat korelasi signifikan antara tingkat partisipasi ibu di Posyandu dengan kejadian TB, status gizi masa lalu murid TK, tingkat pengetahuan ibu dan perilaku ibu; semakin baik tingkat partisipasi ibu di posyandu maka semakin besar kemungkinan anak menjadi tidak TB.

Terdapat korelasi signifikan antara status gizi masa lalu dengan kejadian TB pada murid TK ( $p=0.01$ ;  $r=-0.547$ ), semakin rendah tingkat partisipasi ibu di Posyandu, maka semakin besar kemungkinan anak memiliki status gizi kurang. Terdapat korelasi signifikan antara tingkat partisipasi ibu di posyandu dengan tingkat pengetahuan ibu ( $p=0.01$ ;  $r=0.513$ ) dan perilaku ibu ( $p=0.01$ ;  $r=-0.357$ ), semakin baik tingkat partisipasi ibu, maka semakin baik pula pengetahuan dan perilaku ibu.

Terdapat korelasi signifikan antara status gizi pada masa lalu dengan kejadian TB pada murid TK ( $p=0.01$ ;  $r=-0.546$ ). Semakin rendah status gizi anak pada masa lalu, maka semakin besar kemungkinan ia menjadi TB pada usia TK.

Tingkat partisipasi ibu di posyandu berhubungan dengan minimalisasi kejadian TB pada anak, perbaikan status gizi anak, peningkatan pengetahuan ibu dan perbaikan perilaku ibu. Dengan demikian posyandu merupakan sarana yang efektif bagi upaya pemeliharaan gizi dan kesehatan masyarakat.

#### Saran

Dalam upaya pencegahan TB di masyarakat perlu adanya perbaikan dalam hal lingkungan fisik rumah, peningkatan status sosial ekonomi keluarga, perbaikan status gizi anak, dan terutama pengobatan serta perbaikan perilaku penderita TB dewasa.

Selain itu perlu meningkatkan motivasi ibu-ibu untuk berpartisipasi di posyandu dengan dukungan gerakan revitalisasi posyandu dan perlu koordinasi antar seluruh dinas/

instansi yang terkait dengan peran serta aktif dari segenap lapisan masyarakat.

Kegiatan konseling terhadap ibu-ibu yang anaknya TB perlu ditingkatkan, yaitu dengan cara memberikan leaflet, dan kunjungan rumah oleh petugas kesehatan, serta perlu penelitian lebih lanjut mengenai dampak penyakit TB terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Atmarita. 2004. Analisis Situasi Gizi dan Kesehatan Masyarakat. Dalam Soekirman (Eds.), Ketahanan Pangan dan Gizi di Era Otonomi Daerah dan Globalisasi. Prosiding WNPg VIII. (hlm. 129-161). 17-19 Mei. LIPI, Jakarta.
- Berg. 1986. Peranan Gizi dalam Pembangunan Nasional. Rajawali, Jakarta.
- Berhman RE & Vaughan VC. 1988. Ilmu Kesehatan Anak I. EGC, Jakarta.
- Crofton J *et al.* 2002. Tuberkulosis Klinis. Dalam: Harun M (Ed.). Widya Medika, Jakarta.
- Depkes RI *et al.* 2001. Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis Bandung: Proyek Peningkatan Usaha Pemberantasan Penyakit Menular (LPM) Jawa Barat.
- Depkes RI. 2006. Akses Pelayanan Pasien TBC akan Diperluas. <http://www.depkes.go.id> [28 Maret 2006].
- Hartoyo *et al.* 2003. Pengembangan Model Tumbuh Kembang Anak Terpadu Bogor. Plan Indonesia.
- Hurlock EB. 1999. Perkembangan Anak. (Tjandrasa & Zatkasih, penerjemah). Dharma A (Ed.). Erlangga, Jakarta.
- Madanijah S. 2003. Model Pendidikan "GI-PSI-SEHAT" Bagi Ibu Serta Dampaknya Terhadap Perilaku Ibu, Lingkungan Pembelajaran, Konsumsi Pangan dan Status Gizi Anak Usia Dini. Disertasi Doktor Sekolah Pasca Sarjana IPB, Bogor.
- Mansjoer A, Teriyanti K, Savitri R, Wardhani WI & Setiowulan W. 1999. Kapita Selekta Kedokteran. Penerbit Media Aesculapius, FKUI, Jakarta.

- Mulyadi D. 2003. Analisis Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian TBC Pada Balita Berstatus Gizi Buruk di Kota Bogor Tahun 2003. Tesis Magister PPS-PSIKM, Depok.
- Notoatmojo S. 1997. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Rineka Cipta, Jakarta.
- Papalia DE & Olds SW. 1981. Human Development . Mc Graw-Hill, New York.
- Rahajoe N. 1994. Berbagai Masalah Diagnosis dan Tatalaksana Tuberkulosis Pada Anak. Dalam Rahajoe *et al.* (Eds.), Perkembangan Masalah Pulmonologi Anak Saat Ini, Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan Ilmu Kesehatan Anak XXXIII. FK-UI, Depok.
- Resmiati F. 2006. Tingginya Prevalensi TBC di Jawa Barat. <http://www.pikiranrakyat.com.html> [22 Maret 2006].
- Riyadi H. 2001. Bahan Ajar Metode Penilaian Status Gizi Secara Antropometri. Jurusan GMSK, Fakultas Pertanian, IPB, Bogor.
- Satoto. 1990. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak. Disertasi Doktor PPS Fakultas Kedokteran UNDIP, Semarang.
- Sujayanto G & Anglingsari SK. 2000. Waspada Tuberkulosis Pada Anak. Dalam Majalah Intisari Edisi Februari 2000. Intisari Mediatama, Jakarta.
- Taslim NA. 2004. Penyuluhan Gizi, Pemberian Soy Protein dan Perbaikan Status Gizi Penderita Tuberculosis di Makassar. J. Med Nus. 2004; 25:59-64