

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI PUSKESMAS MULYOREJO SURABAYA
TANGGAL 15 FEBRUARI – 15 MARET 2010**

**ANALISIS KEJADIAN PENYAKIT TUBERKULOSIS PARU
DI PUSKESMAS MULYOREJO SURABAYA
TAHUN 2009**



OLEH :

**SYAMSUL MUARIF
NIM: 100830292**

**KONSENTRASI EPIDEMIOLOGI LAPANGAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2010**

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan Pelaksanaan Magang
Di Puskesmas Mulyorejo
Surabaya
Analisis Kejadian Penyakit Tuberkulosis Paru
Di Puskesmas Mulyorejo Surabaya
Pada tahun 2009

Disusun Oleh :

Syamsul Muarif
Nim: 100830292

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh :

Pembimbing Akademik

Tanggal:.....2010

Fariani Syahrul, S.KM, M.Kes
NIP 132087862

Pembimbing Instansi

Tanggal : 2010

Kunarsono. S, Amd.G
Nip. 140249411

Mengetahui
Ketua Bagian Epidemiologi
FKM Universitas Airlangga
Surabaya

Tanggal : 2010

Fariani Syahrul, S.KM, M.Kes
NIP 132087862

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat, karunia serta kasih sayang-Nya sehingga kami sebagai penulis dapat menyelesaikan laporan magang dengan judul " **ANALISIS KEJADIAN PENYAKIT TUBERKULOSIS PARU DI PUSKESMAS MULYOREJO SURABAYA TAHUN 2009** ". Dalam penulisan laporan magang ini kami banyak menerima bantuan dari berbagai pihak, untuk itu kami mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. dr. Riana Restuti, selaku Kepala Puskesmas Mulyorejo Surabaya,
2. Fariani Syahrul, S.KM, M.Kes selaku Dosen Pembimbing Akademik FKM Universitas Airlangga,
3. Kunarsono S. selaku pembimbing lapangan di Instansi Puskesmas Mulyorejo Surabaya,
4. Semua staf Puskesmas Mulyorejo yang telah memberi bimbingan dan membantu kelancaran dalam penulisan laporan ini,

Akhirnya kami menyadari bahwa penulisan laporan magang ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu segala saran dan kritik yang bersifat membangun sangat kami harapkan demi penyempurnaannya.

Surabaya, Maret 2010

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Lembar Pengesahan	ii
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	iv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Magang	3
1.4 Manfaat Magang	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Pengertian Tuberkulosis Paru	5
2.2 Kuman Tuberkulosis	5
2.3 Cara Penularan	5
2.4 Faktor yang Mempengaruhi Penularan	6
2.5 Riwayat Terjadinya Tuberkulosis	7
2.6 Penemuan Penderita TBC	8
2.7 Diagnosis Tuberkulosis (TBC)	9
2.8 Pengobatan	11
2.9 Hasil Pengobatan dan Tindak Lanjut	13
2.10 Pengawas Menelan Obat (PMO)	14
2.11 Monitoring dan Evaluasi	17
BAB III METODE KEGIATAN MAGANG	21
3.1 Lokasi Magang	21

3.2	Waktu dan Tempat Magang	21
3.3	Pengumpulan Data	22
3.4	Pengolahan dan Analisa Data	22
BAB IV	HASIL KEGIATAN MAGANG	23
4.1	Gambaran Umum Puskesmas Mulyorejo	23
4.1.1	Data Umum	23
4.1.2	Data Khusus Puskesmas Mulyorejo.....	26
4.2	Program-program Puskesmas Mulyorejo.....	32
4.2.1	Program Pokok.....	32
4.2.2	Program Pengembangan atau Inovatif	32
4.3	Gambaran Epidemiologi Penyakit TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Mulyorejo	33
4.4	Tahap Pencegahan Penyakit Tuberkulosis Paru di Puskesmas Mulyorejo.....	38
4.5	Identifikasi dan Alternatif Pemecahan Masalah	40
4.6	Hasil Wawancara Penderita Tuberkulosis Paru	45
BAB 5	PEMBAHASAN	46
5.1	Gambaran Epidemiologi Penyakit TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Mulyorejo	46
5.2	Tahap Pencegahan Penyakit Tuberkulosis Paru di Puskesmas Mulyorejo.....	49
5.3	Identifikasi Masalah dan Penyebab Masalah	49
5.4	Alternatif Pemecahan Masalah	51
BAB 6	KESIMPULAN DAN SARAN.....	53

6.1 Kesimpulan	53
6.2 Saran	54
DAFTAR PUSTAKA	56
LAMPIRAN – LAMPIRAN	57

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang

Tuberkulosis adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis*. Tuberkulosis (TB Paru) menjadi masalah kesehatan yang besar di negara-negara yang sedang berkembang karena angka kesakitan dan angka kematian akibat TB Paru terjadi pada golongan usia kerja yaitu : 15 - 44 tahun (Dep. Kes. RI, 1997). WHO tahun 1991 memperkirakan di Indonesia setiap tahun terjadi 583.000 penderita dan 75% berusia 15 - 50 tahun.

Program pemberantasan atau penanggulangan masalah Tuberkulosis Paru telah dilakukan oleh pemerintah Indonesia sejak lama. Namun baru pada tahun 1995 pemerintah melalui Departemen Kesehatan mengadopsi strategi WHO untuk penanggulangan TBC yang dinamakan DOTS (*Directly Observed Treatment Short Course*). Melalui strategi DOTS ini pula pemerintah menetapkan beberapa indikator yang dapat menggambarkan berhasil tidaknya pelaksanaan program penanggulangan masalah TBC (Depkes RI, 2002).

Pengendalian Tuberkulosis Paru di Jawa Timur memakai strategi *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS). Dengan program ini kita berusaha mencapai target penemuan penderita sebesar 70% dari perkiraan penderita TB BTA positif kasus baru dengan tingkat kesembuhan sebesar 85%. Target tersebut diharapkan dapat tercapai pada tahun 2005. Akan tetapi Jawa Timur belum berhasil mencapai target tersebut.

Penemuan penderita mulai meningkat tajam sejak tahun 2001. Hal ini terjadi karena diadakannya program pelatihan yang intensif dengan target seluruh Puskesmas di Jawa Timur telah terlatih. Pada tahun 2004, diperkirakan kasus yang ditemukan sudah mencapai titik puncak, karena hampir semua Puskesmas telah dilatih. Untuk tetap pada kinerja yang diharapkan, maka dilakukan langkah ekstensifikasi program dengan melatih rumah sakit untuk program TB. Kekhawatiran rumah sakit akan menurunkan angka kesembuhan, tidak terbukti ternyata Jawa Timur dapat mempertahankan angka kesembuhan yang tinggi.

Pemberantasan penyakit tuberculosis paru dilaksanakan mengacu pada komitmen nasional yaitu menggunakan pendekatan *Directly Observe Treatment Shortcourse* (DOTS) atau pengobatan TB paru dengan pengawasan langsung oleh pengawas menelan obat (PMO). Pada tahun 2006, jumlah penderita TB Paru yang menunjukkan gejala klinis sebesar 79.658, penderita dengan TB Paru Positif sebesar 34.204 dan yang sembuh 16.458. (IIS 7)

Dari data program P2 diperoleh gambaran penemuan penderita baru BTA Positif (CDR) sebesar 59 %, sedangkan angka kesembuhan mencapai (CR) 81 % (pada tahun 2005) dan angka kesembuhan penderita TB BTA positif sebesar 58,32 % pada tahun 2006 (Profil Kesehatan Propinsi Jawa Timur 2006).

Program magang di Puskesmas Mulyorejo Surabaya merupakan salah satu upaya mengaplikasikan ilmu dalam pelaksanaan program di lapangan terutama dalam mempelajari tren penyakit TB Paru dengan melihat laporan triwulan maupun tahunan, mengolah data dan mempelajari tahap-tahap pencegahan sesuai tren penyakit tersebut.

I.2 Tujuan Magang

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman, ketrampilan, penyesuaian sikap dan penghayatan di dunia kerja dalam rangka memperkaya pengetahuan dan keterampilan di bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya Epidemiologi Lapangan di Puskesmas Mulyorejo Surabaya mengenai Program TB Paru serta melatih kemampuan bekerja sama dengan orang lain dalam satu tim sehingga diperoleh manfaat bersama baik bagi peserta magang maupun bagi instansi tempat magang.

2. Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan struktur organisasi Puskesmas Mulyorejo.
- b. Mengidentifikasi masalah Tuberkulosis Paru yang ada di Puskesmas Mulyorejo.
- c. Menyusun prioritas masalah Tuberkulosis Paru yang ada di Puskesmas Mulyorejo.
- d. Mengidentifikasi penyebab masalah Tuberkulosis Paru yang ada di Puskesmas Mulyorejo.
- e. Merumuskan alternatif pemecahan masalah Tuberkulosis Paru yang ada di Puskesmas Mulyorejo.
- f. Mengikuti kegiatan di lapangan yang dilakukan Puskesmas Mulyorejo Surabaya dan menerapkan konsep epidemiologi.

I.3 Manfaat Magang

1. Diperolehnya gambaran kondisi penyakit TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo Surabaya.
2. Diperolehnya gambaran upaya yang sudah dilakukan dalam penanganan penyakit TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo Surabaya.
3. Diperolehnya pengetahuan, pengalaman dan keterampilan dalam penanganan penyakit TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo Surabaya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

II.1 Pengertian Tuberkulosis

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TBC (*Mycobacterium tuberculosis*), yang menyerang terutama paru, ini disebut TBC paru. Bila menyerang organ selain paru (kelamin, limfe, kulit, otak, tulang, usus, ginjal) disebut TBC ekstra paru (Dekes RI, 2002).

II.2 Kuman Tuberkulosis

Kuman ini berbentuk batang, mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam dan pewarnaan. Oleh karena itu disebut pula sebagai Basil Tahan Asam (BTA). Kuman TBC cepat mati dengan sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab. Dalam jaringan tubuh kuman ini dapat dormant, tertidur lama selama beberapa tahun (Depkes RI, 2002).

II.3 Cara Penularan

Penyakit TBC disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang daya tahannya luar biasa, dan bahwa infeksi terjadi melalui penderita TBC menular. Penderita TBC yang menular adalah penderita dengan basil-basil TBC di dalam dahaknya, dan bila mengadakan ekspirasi-paksa berupa batuk-batuk, bersin, ketawa keras, akan menghembus keluar percikan-percikan dahak halus (*droplet nuclei*), yang berukuran kurang dari 5 mikron dan yang akan melayang-layang di udara. *Droplet nuclei* ini mengandung basil TBC.

Bila mana hinggap di saluran pernafasan yang agak besar, misalnya trakea dan bronkus, *droplet nuclei* akan segera dikeluarkan oleh gerakan silia selaput lendir saluran pernafasan ini. Tetapi bilamana berhasil masuk sampai ke dalam alveolus ataupun menempel pada basil-basil TBC akan mendapat kesempatan untuk berkembang biak setempat, maka berhasilah suatu infeksi TBC (Danasantoso, 2000).

II.4 Faktor yang Mempengaruhi Penularan

Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi penularan ini. Pertama-tama ialah jumlah basil dan virulensinya. Dapatlah dimengerti bahwa makin banyak basil di dalam dahak seorang penderita makin besarlah bahaya penularannya. Dengan demikian, para penderita dengan dahak yang sudah positif pada pemeriksaan langsung dengan mikroskop (untuk ini minimal harus ada 100.000 basil dalam 1ml sputum) akan jauh lebih berbahaya dari mereka yang baru positif pada perbenihan, yang jumlah basilnya di dalam dahak jauh lebih sedikit (minimal 1.000 basil dalam 1 ml sputum).

Cara batuk memegang peranan penting. Kalau batuk ditahan, hanya akan mengeluarkan sedikit basil, apalagi kalau pada saat batuk penderita menutup mulut dengan kertas *tissue*.

Faktor lain ialah cahaya matahari dan ventilasi karena basil TBC tidak tahan cahaya matahari, kemungkinan penularan di bawah terik matahari sangat kecil.

Juga mudah dimengerti bahwa ventilasi yang baik, dengan adanya pertukaran udara segar dari luar, akan dapat juga mengurangi bahaya penularan

bagi penghuni-penghuni lain yang serumah. Dengan demikian, bahaya penularan terbesar terdapat di perumahan-perumahan yang berpenghuni padat dengan ventilasi yang jelek serta cahaya matahari kurang/tidak dapat masuk (Danusantoso, 2000).

II.5 Riwayat Terjadinya Tuberkulosis

1. Infeksi Primer

Infeksi primer terjadi saat seseorang terpapar pertama kali dengan kuman TBC. *Droplet* yang terhirup sangat kecil ukurannya, sehingga dapat melewati sistem pertahanan mukosilier bronkus, dan terus berjalan sehingga sampai di alveolus dan menetap disana. Infeksi dimulai saat kuman TBC berhasil berkembang biak dengan cara pembelahan diri di paru yang mengakibatkan peradangan di dalam paru. Saluran limfe akan membawa kuman TBC ke kelenjar limfe disekitar hilus paru, dan disebut sebagai kompleks primer. Waktu antara terjadinya infeksi sampai pembentukan kompleks primer adalah sekitar 4-6 minggu. Adanya infeksi dapat dibuktikan dengan terjadinya perubahan reaksi tuberkulin dari negatif menjadi positif. Kelanjutan setelah infeksi primer tergantung dari banyaknya kuman yang masuk dan besarnya respon daya tahan tubuh (imunitas seluler). Pada umumnya reaksi daya tahan tubuh tersebut dapat menghentikan perkembangan kuman TBC. Meskipun demikian, ada beberapa kuman akan menetap sebagai kuman persisten atau dormant (tidur). Kadang-kadang daya tahan tubuh tidak mampu menghentikan perkembangan kuman, akibatnya dalam beberapa bulan, yang bersangkutan akan menjadi penderita TBC.

Masa inkubasi, yaitu waktu yang diperlukan mulai terinfeksi sampai menjadi sakit, diperkirakan sekitar 6 bulan (Depkes RI, 2002).

2. Tuberkulosis Pasca Primer (*Post Primary TBC*)

Tuberkulosis pasca primer biasanya terjadi setelah beberapa bulan atau tahun sesudah infeksi primer, misalnya karena daya tahan tubuh menurun akibat terinfeksi HIV atau status gizi yang buruk. Ciri khas dari tuberkulosis pasca primer adalah kerusakan paru yang luas dengan terjadinya kavitas atau efusi pleura (Depkes RI, 2002).

II.6 Penemuan Penderita TBC

1. Penemuan penderita TBC pada orang dewasa

Penemuan penderita TBC dilakukan secara pasif, artinya penjarangan tersangka penderita dilaksanakan pada mereka yang datang berkunjung ke unit pelayanan kesehatan. Penemuan secara pasif tersebut didukung dengan penyuluhan secara aktif, baik oleh petugas kesehatan maupun masyarakat, untuk meningkatkan cakupan penemuan tersangka penderita. Cara ini biasa dikenal dengan sebutan *passive promotion case finding* (penemuan penderita secara pasif dengan promosi yang aktif).

Selain itu, semua yang kontak dengan penderita TBC Paru BTA positif dengan gejala sama, harus diperiksa dahaknya. Seorang petugas kesehatan diharapkan menemukan tersangka penderita sedini mungkin, mengingat TBC adalah penyakit menular yang dapat mengakibatkan kematian.

Gejala-gejala TBC adalah :

a. Gejala Utama

Batuk terus menerus dan berdahak selama 3 (tiga) minggu atau lebih.

b. Gejala Tambahan

1) Dahak bercampur darah.

2) Batuk darah

3) Sesak nafas dan rasa nyeri dada

4) Badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan turun, rasa kurang enak badan (malaise), berkeringat malam walaupun tanpa kegiatan, demam meriang lebih dari sebulan.

2. Penemuan penderita TBC pada anak.

Penemuan penderita TBC pada anak merupakan hal yang sulit. Sebagian besar diagnosis TBC anak didasarkan atas gambaran klinis, gambaran radiologis dan uji tuberkulin (Depkes RI, 2002).

II.7 Diagnosis Tuberkulosis (TBC)

1. Diagnosis TBC pada orang dewasa :

Diagnosis TBC pada orang dewasa dapat ditegakkan dengan ditemukannya BTA pada pemeriksaan dahak secara mikroskopi. Hasil pemeriksaan dinyatakan positif apabila sedikitnya dua dari tiga spesimen SPS BTA hasilnya positif. Bila hanya satu spesimen yang positif perlu diadakan pemeriksaan lebih lanjut yaitu foto rontgen dada atau pemeriksaan dahak SPS diulang. Kalau hasil rontgen mendukung TBC, maka penderita didiagnosis

sebagai penderita TBC BTA positif. Kalau hasil rontgen tidak mendukung TBC, maka pemeriksaan dahak SPS diulang.

2. Diagnosis TBC pada anak

Diagnosis paling tepat adalah dengan ditemukannya kuman TBC dari bahan yang diambil dari penderita, misalnya dahak, bilasan lambung, biopsi dll. Tetapi pada anak, hal ini sulit dan jarang didapat, sehingga sebagian besar diagnosis TBC anak didasarkan atas gambaran klinis, gambaran foto rontgen dada dan uji tuberkulin.

Seorang anak harus dicurigai menderita TBC kalau : mempunyai sejarah kontak erat (serumah) dengan penderita TBC BTA positif, terdapat reaksi kemerahan cepat setelah penyuntikan BCG (dalam 3-7 hari), dan terdapat gejala umum TBC pada anak.

Gejala umum TBC pada anak :

- a. Berat badan turun selama 3 bulan berturut –turut tanpa sebab yang jelas dan tidak naik dalam 1 bulan meskipun sudah dengan penanganan gizi yang baik.
- b. Nafsu makan tidak ada dengan gagal tumbuh dan berat badan tidak naik dengan adekuat.
- c. Demam lama/berulang tanpa sebab yang jelas (bukan tifus, malaria atau infeksi ISPA), dapat disertai keringat malam.
- d. Pembesaran kelenjar limfe superfisialis yang tidak sakit, biasanya multipel, paling sering di daerah leher, ketiak dan lipatan paha.
- e. Gejala-gejala dari saluran nafas, misalnya batuk lama lebih dari 30 hari, ada cairan di dada dan nyeri dada.

- f. Gejala-gejala dari saluran cerna, misalnya diare berulang yang tidak sembuh dengan pengobatan diare, benjolan di abdomen dan tanda-tanda cairan dalam abdomen (Depkes RI, 2002).

II.8 Pengobatan

1. Prinsip Pengobatan

Obat TBC diberikan dalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis dalam jumlah cukup dan dosis tepat selama 6-8 bulan, supaya semua kuman (termasuk kuman persister) dapat dibunuh.

Apabila paduan obat yang digunakan tidak adekuat (jenis, dosis dan jangka waktu pengobatan) kuman TBC akan berkembang dan menjadi kuman kebal obat (resisten). Untuk menjamin kepatuhan penderita menelan obat, pengobatan perlu dilakukan dengan pengawasan langsung oleh seorang PMO. Pengobatan TBC diberikan dalam dua tahap yaitu tahap intensif dan lanjutan.

2. Paduan Obat

Program Nasional Penanggulangan TBC di Indonesia menggunakan paduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) :

- a. Kategori 1 : 2HRZE / 4H3R3
- b. Kategori 2 : 2HRZES / HRZE / 5H3R3ES
- c. Kategori 3 : 2HRZ / 4H3R3

Paduan OAT ini disediakan dalam bentuk paket kombipak, dengan tujuan untuk memudahkan pemberian obat dan menjamin kelangsungan pengobatan sampai selesai. Satu paket untuk satu penderita dalam satu masa pengobatan.

3. Pemantauan Kemajuan Hasil Pengobatan

Untuk memantau kemajuan pengobatan dilakukan pemeriksaan spesimen sebanyak dua kali (sewaktu dan pagi). Hasil pemeriksaan dinyatakan negatif bila kedua spesimen tersebut negatif, bila salah satu spesimen positif maka hasil pemeriksaan ulang dahak tersebut dinyatakan positif.

Pemeriksaan ulang dahak untuk memantau kemajuan pengobatan dilakukan pada :

- a. Akhir tahap intensif dilakukan seminggu sebelum akhir bulan kedua pengobatan penderita baru BTA positif dengan kategori 1 (satu), atau seminggu sebelum akhir bulan ketiga pengobatan ulang penderita BTA positif dengan kategori 2 (dua). Pemeriksaan dahak pada akhir tahap intensif dilakukan untuk mengetahui apakah telah terjadi konversi dahak, yaitu perubahan dari BTA positif menjadi negatif.
- b. Sebulan sebelum akhir pengobatan dilakukan seminggu sebelum akhir bulan kelima pengobatan penderita baru BTA positif dengan kategori 1 (satu), atau seminggu sebelum akhir bulan ke tujuh pengobatan ulang penderita BTA positif, dengan kategori 2 (dua).
- c. Akhir pengobatan dilakukan seminggu sebelum akhir bulan ke enam pengobatan pada penderita baru BTA positif dengan kategori 1 (satu), atau seminggu sebelum akhir bulan ke delapan pengobatan ulang penderita BTA positif, dengan kategori 2 (dua). Pemeriksaan ulang dahak pada sebulan sebelum akhir pengobatan dan akhir pengobatan (AP) bertujuan untuk menilai hasil pengobatan “sembuh”, atau “gagal”.

II.9 Hasil Pengobatan dan Tindak Lanjut

Hasil pengobatan seorang penderita dapat dikategorikan sebagai berikut :

1. Sembuh

Penderita dinyatakan sembuh bila penderita telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap, dan pemeriksaan ulang dahak (*follow up*) paling sedikit dua kali berturut-turut hasilnya negatif yaitu pada akhir pengobatan (AP) dan atau sebulan sebelum akhir pengobatan, dan pada satu pemeriksaan *follow up* sebelumnya. Tindak lanjut pada penderita yaitu penderita diberitahu apabila gejala muncul kembali supaya memeriksakan diri dengan mengikuti prosedur tetap.

2. Pengobatan lengkap

Adalah penderita yang telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap tapi tidak ada hasil pemeriksaan ulang dahak dua kali berturut-turut negatif. Tindak lanjutnya penderita diberitahu apabila gejala muncul kembali supaya memeriksakan diri dengan mengikuti prosedur tetap. Seharusnya terhadap semua penderita BTA positif harus dilakukan pemeriksaan ulang dahak.

3. Meninggal

Adalah penderita yang dalam masa pengobatan diketahui meninggal karena sebab apapun.

4. Pindah

Adalah penderita yang pindah berobat ke daerah kabupaten/kota lain. Tindak lanjutnya adalah penderita yang ingin pindah dibuatkan surat pindah (form TB. 09) dan bersama sisa obat dikirim ke UPK yang baru. Hasil pengobatan penderita dikirim kembali ke UPK asal dengan formulir TB.10.

5. *Defaulted* atau *Drop Out*

Adalah penderita yang tidak mengambil obat dua bulan berturut-turut atau lebih selama masa pengobatannya selesai. Tindak lanjutnya dengan melacak penderita tersebut dan diberi penyuluhan akan pentingnya berobat secara teratur. Apabila penderita akan melanjutkan pengobatan, lakukan pemeriksaan dahak, bila positif mulai pengobatan dengan kategori 2 (dua), bila negatif sisa pengobatan kategori 1 (satu) dilanjutkan.

6. Gagal

- a. Penderita BTA positif yang hasil pemeriksaan dahaknya positif atau kembali menjadi positif pada satu bulan sebelum akhir pengobatan atau pada akhir pengobatan. Tindak lanjutnya adalah penderita BTA positif baru dengan kategori 1 (satu) diberikan kategori 2 (dua) mulai dari awal.
- b. Penderita BTA negatif yang hasil pemeriksaan dahaknya pada akhir bulan ke dua menjadi positif. Tindak lanjutnya denganh diberikan pengobatan kategori 2 (dua) mulai dari awal.

II.10 Pengawas Menelan Obat (PMO)

Salah satu dari komponen DOTS adalah pengobatan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung. Untuk menjamin keteraturan pengobatan diperlukan seorang Pengawas Menelan Obat (PMO). PMO adalah seseorang yang bertugas untuk mengawasi, memberikan dorongan dan memastikan penderita TBC agar menelan obat anti TBC (OAT) secara teratur sampai selesai (Depkes RI, 2002).

1. Persyaratan PMO

- a. Seseorang yang dikenal, dipercaya dan disetujui, baik oleh petugas kesehatan maupun penderita, itu selain harus disegani dan dihormati oleh penderita.
- b. Seseorang yang tinggal dekat dengan penderita
- c. Bersedia membantu penderita dengan sukarela
- d. Bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama dengan penderita

2. Siapa yang bisa menjadi PMO

Sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan, misalnya bidan di desa, perawat, pekary, sanitarian, juru imunisasi, dan lain-lain. Bila tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan, PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, anggota PPTI, PKK, atau tokoh masyarakat lainnya atau anggota keluarga.

3. Tugas seorang PMO

- a. Mengawasi penderita TBC agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan.
- b. Memberi dorongan kepada penderita agar mau berobat secara teratur.
- c. Mengingatkan penderita untuk periksa ulang dahak pada waktu yang telah ditentukan.
- d. Memberi penyuluhan pada anggota keluarga penderita TBC yang mempunyai gejala-gejala tersangka TBC untuk segera memeriksakan diri ke Unit Pelayanan Kesehatan.

Catatan : Tugas seorang PMO bukanlah untuk mengganti kewajiban penderita mengambil obat dari Unit Pelayanan Kesehatan.

4. Informasi penting yang perlu difahami PMO untuk disampaikan
 - a. TBC bukan penyakit keturunan atau kutukan.
 - b. TBC dapat disembuhkan dengan berobat teratur.
 - c. Tata laksana pengobatan penderita pada tahap intensif dan lanjutan.
 - d. Pentingnya berobat secara teratur, karena itu pengobatan perlu diawasi.
 - e. Efek samping obat dan tindakan yang harus dilakukan bila terjadi efek samping.
 - f. Cara penularan dan mencegah penularan.
5. Peran PMO dalam Program Kemitraan pemerintah - swasta

Pengawas Menelan Obat (PMO) yang dilibatkan adalah pemegang program TB puskesmas/tenaga laboratorium puskesmas/kader kesehatan yang ditentukan oleh kepala puskesmas. Jumlah PMO dialokasikan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan mempertimbangkan praktisi swasta yang dilibatkan. PMO dapat memantau satu atau lebih praktisi swasta berdasarkan jumlah pasien yang dijaring

Tugas PMO setiap bulan adalah :

1. Mengunjungi praktisi swasta yang tidak hadir dalam lunch seminar.
2. Memfollow-up komunikasi dengan praktisi swasta :
 - a. Mengambil copy surat rujukan.
 - b. Mencatat dan melaporkan suspek/pasien TB dari praktisi swasta (TB01, buku bantu TB06).
 - c. Memberikan umpan balik ke praktisi swasta (diagnosa dan akhir pengobatan, TB06).
 - d. Mendistribusikan obat.

- e. Melakukan pelacakan mangkir awal dan pengobatan.
- f. Mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi oleh praktisi swasta dan mendiskusikan alternatif pemecahannya.
- g. Mengisi form monitoring PMO.

II.11 Monitoring dan Evaluasi

Untuk menilai keberhasilan suatu pelaksanaan kegiatan/program diperlukan monitoring dan evaluasi. Kegiatan monitoring dilaksanakan secara berkala dan terus menerus, untuk dapat segera mendeteksi bila ada masalah dalam pelaksanaan penanggulangan penyakit TB Paru dengan menelaah laporan-laporan triwulan yang masuk dan pengamatan langsung serta wawancara dengan petugas pelaksana.

Dalam mengukur keberhasilan pelaksanaan program penanggulangan TB tersebut diperlukan indikator-indikator. Beberapa indikator yang biasa digunakan dalam memantau pencapaian target program penanggulangan TB di Kabupaten Bangli adalah :

1. Proporsi suspek yang diperiksa dahaknya

Proporsi suspek yang diperiksa adalah persentase suspek diantara perkiraan jumlah suspek yang seharusnya ada. Angka ini digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan.

Perkiraan jumlah penderita BTA Positif untuk Bali 64/100.000 penduduk.

2. Proporsi penderita BTA Positif diantara suspek

Proporsi penderita BTA Positif diantara suspek adalah persentase penderita yang ditemukan BTA Positif diantara seluruh suspek yang diperiksa sputumnya. Angka ini menggambarkan proses penemuan sampai diagnosis penderita, serta kepekaan menetapkan kriteria suspek. Biasanya ditemukan angka sekitar 10%.

Bila angka ini terlalu kecil mungkin disebabkan karena penjarangan suspek terlalu longgar sehingga banyak orang tidak memenuhi kriteria suspek, kualitas sarana dan prasarana penunjang diagnosis dan kualitas tenaga yang terlibat masih kurang.

3. Proporsi penderita TB Paru BTA positif di antara semua penderita TB Paru tercatat.

Proporsi penderita TB Paru BTA positif di antara semua penderita TB Paru tercatat adalah persentase penderita TB Paru BTA positif di antara semua penderita TB Paru tersebut.

Indikator ini menggambarkan kegiatan penemuan penderita TB yang menular di antara seluruh penderita TB Paru yang diobati. Angka ini sebaiknya jangan kurang dari 65%, bila angka ini jauh lebih rendah, itu berarti kualitas diagnosis rendah, dan kurang memberikan prioritas untuk menemukan penderita yang menular (penderita BTA positif).

4. Angka Konversi (*Conversion Rate*)

Angka konversi adalah persentase penderita TB Paru BTA Positif yang mengalami konversi menjadi BTA Negatif setelah menjalani masa pengobatan intensif (2 bulan). Angka konversi digunakan untuk mengetahui secara tepat

kecenderungan keberhasilan pengobatan dan untuk mengetahui apakah pengawasan langsung menelan obat dilakukan dengan benar. Angka minimal yang harus dicapai adalah 80%. Angka konversi yang tinggi akan diikuti dengan angka kesembuhan yang tinggi pula.

5. Angka Kesembuhan (*Cure Rate*)

Angka kesembuhan adalah angka yang menunjukkan persentase penderita TB Paru BTA Positif yang sembuh setelah selesai masa pengobatan diantara penderita TB Paru BTA Positif yang tercatat. Angka ini dihitung untuk mengetahui keberhasilan program dan masalah potensial. Angka minimal yang harus dicapai adalah 85%.

6. Angka Kesalahan (*Error Rate*)

Angka kesalahan adalah angka kesalahan laboratorium yang menyatakan persentase kesalahan pembacaan atau sediaan yang dilakukan oleh laboratorium pemeriksa pertama setelah diuji silang atau cross check oleh BLK atau laboratorium rujukan lain. Angka ini menggambarkan kualitas pembacaan slide secara mikroskopis langsung laboratorium pemeriksa pertama. Angka kesalahan ini hanya bisa ditoleransi maksimal 5%.

7. *Case Notification Rate (CNR)*

Case Notification Rate adalah angka yang menunjukkan jumlah penderita yang ditemukan dan tercatat dalam TB. 07 diantara 100.000 penduduk disuatu wilayah tertentu. Angka ini apabila dikumpulkan serial, akan menggambarkan kecenderungan penemuan kasus dari tahun ke tahun di wilayah tersebut. Angka ini berguna untuk menunjukkan trend atau kecenderungan meningkat atau menurunnya penemuan penderita pada wilayah tersebut.

8. *Case Detection Rate (CDR)*

Case Detection Rate (CDR) adalah persentase jumlah penderita baru BTA positif yang ditemukan dibanding jumlah penderita baru BTA positif yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut. *Case Detection Rate (CDR)* menggambarkan cakupan penemuan penderita baru BTA positif pada wilayah tersebut.

BAB III

METODE KEGIATAN MAGANG

III.1 Lokasi Magang

Kegiatan program magang mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga minat epidemiologi lapangan dilaksanakan di Puskesmas Mulyorejo yang berlokasi di Jl. Mulyorejo Utara 201 BlkKecamatan Mulyorejo Kota Surabaya.

III.2 Waktu dan Tempat Magang

Kegiatan magang dilaksanakan selama 6 minggu (mulai tanggal 08 Februari sampai dengan 19 April 2010). Rincian kegiatan magang tersebut adalah sebagai berikut:

1. Satu minggu pertama untuk persiapan, pengurusan perizinan dan pembekalan (tanggal 08 Februari sampai dengan tanggal 13 Februari 2010).
2. Empat minggu berikutnya untuk pelaksanaan magang di Puskesmas Mulyorejo (tanggal 15 Februari sampai dengan tanggal 15 Maret 2010).
3. Satu minggu terakhir untuk pembuatan laporan dan presentasi laporan magang serta revisi (tanggal 15 Maret sampai dengan tanggal 20 Maret 2010).

Tabel III. 1 Rincian Tahapan Kegiatan Magang Berdasarkan Waktu (Tahapan Minggu)

Kegiatan	Minggu					
	I	II	III	IV	V	VI
Persiapan dan pembekalan						
Pelaksanaan Magang di Instansi						
Supervisi Pembimbing						
Pembuatan Laporan						
Seminar dan Revisi						

III.3 Pengumpulan Data

Dalam pelaksanaan magang teknik pengumpulan data adalah observasi/pengamatan data primer maupun data sekunder dan pelaksanaan dalam kegiatan program di lapangan disamping itu dilaksanakan studi dokumentasi yaitu menganalisis laporan-laporan tentang penyakit TB Paru pada tahun 2009.

III.4. Pengolahan dan Analisa Data

Pengolahan dan analisis dilaksanakan dengan cara deskriptif yaitu menjelaskan atau menggambarkan kondisi, khususnya penyakit TB Paru tahun 2009 serta upaya yang telah dilaksanakan. Analisis data meliputi analisis kecenderungan melihat trend. Penyajian dibuat dalam bentuk tabel maupun grafik yang disertai penjelasan dalam bentuk narasi. Menentukan prioritas masalah dengan metode NGT (*Nominal Group Technique*), mengidentifikasi akar permasalahan atau penyebab masalah dengan menggunakan metode *Fish Bone*.

BAB IV

HASIL KEGIATAN MAGANG

IV.1 Gambaran Umum Puskesmas Mulyorejo

IV.1.1 Data Umum

1. Nama Puskesmas : Mulyorejo
2. Alamat : Jl. Mulyorejo Utara 201 Blk Kecamatan Mulyorejo
Kota Surabaya Kode pos 60115
3. Pimpinan : dr. Riana Restuti
4. Tahun Berdiri : 1987
5. Tipe puskesmas : Biasa
6. Struktur Organisasi, tugas pokok dan fungsi (Lampiran I)

A. Data Wilayah

1. Peta wilayah kerja Puskesmas (Lampiran 2)
2. Luas Wilayah : 1.295,18 Ha
3. Wilayah Kerja Puskesmas
 - a. Kelurahan Mulyorejo : 324 Ha
 - b. Kelurahan Manyar Sabrangan : 152,43 Ha
 - c. Kelurahan Kejawan Putih Tambak : 222,84 Ha
 - d. Kelurahan Dukuh Sutorejo : 214,716 Ha
 - e. Kelurahan Kalijudan : 131,330 Ha
 - f. Kelurahan Kalisari : 213,330 Ha

4. Batas-batas wilayah kerja
 - a. Sebelah Utara : Kecamatan Bulak
 - b. Sebelah Timur : Selat Madura
 - c. Sebelah Selatan : Kecamatan Sukolilo
 - d. Sebelah Barat : Kecamatan Tambaksari, Kecamatan Gubeng
5. Puskesmas Mulyorejo terdiri dari:
 - a. Puskesmas Induk : Jl. Mulyorejo Utara No. 201. BLK Surabaya
 - b. Puskesmas Pembantu :
 - 1) Pustu Wisma Permai
 - 2) Pustu Sutorejo
 - 3) Pustu Kalijudan
 - c. Satu Pos Kesehatan : Balai RW II Kelurahan Manyar Sabrangan

B. Data Demografi

1. Jumlah penduduk seluruhnya : 94.868 orang
2. Jumlah penduduk laki-laki : 47.004 orang
3. Jumlah penduduk perempuan : 47.864 orang
4. Jumlah kepala keluarga : 20.931 KK
5. Jumlah keluarga miskin : 9.828 KK
6. Distribusi Penduduk :

Tabel IV. 1 Distribusi Penduduk Menurut Umur di Puskesmas Mulyorejo tahun 2009

No	Umur (tahun)	Laki-laki (orang)	Perempuan (orang)
1.	0-1	1.124	1377
2.	1-4	1435	2.377
3.	5-99	2.102	2.103
4.	10-14	3.381	3.117
5.	15-19	6.814	6.652
6.	20-24	4.153	3.868
7.	25-29	1.273	1.427
8.	30-34	1.632	1.211
9.	35-39	1.827	1.607
10.	40-44	3.453	3.444
11.	45-49	1.162	1.782
12.	50-54	2.124	1.372
13.	55-59	3.404	4.088
14.	60-64	1107	1.820
15.	>64	1937	2277

Sumber: P2KPUSK Mulyorejo tahun 2009

7. Jumlah Bayi (0 - <1 tahun) : 1.377 bayi
8. Jumlah Anak Balita (1-4 tahun) : 7.674 balita
9. Jumlah Bayi 6 - 11 bln : 3.837 bayi
10. Jumlah Anak Pra Sekolah (3-5 tahun) : 3.171 Apras
11. Jumlah Wanita Usia Subur : 28.918 orang
12. Jumlah Pasangan Usia Subur : 14.637 Pasangan
13. Jumlah Ibu Hamil : 1.522 orang
14. Jumlah Ibu Nifas : 1.471 orang
15. Jumlah Ibu Meneteki : 1.398 orang

- | | |
|-------------------------|---------------|
| 16. Jumlah Ibu Bersalin | : 1.471 orang |
| 17. JumlahUSILA | : 7.013 orang |
| 18. Jumlah Jemaah Haji | : 34 orang |

C. Sarana Pendidikan

- | | |
|---------------------------------|-----------|
| 1. Taman Kanak - kanak yang ada | : 40 buah |
| 2. SD/MI yang ada | : 28 buah |
| 3. SLIP / MT yang ada | : 12 buah |
| 4. SMU / MA yang ada | : 8 buah |
| 5. Akademi yang ada | : 2 buah |
| 6. Perguruan Tinggi yang ada | : 2 buah |
| 7. Jumlah Ponpes yang ada | : 1 buah |

IV.1.2 Data Khusus Puskesmas Mulyorejo

A. Derajat Kesehatan

Berdasarkan P2KPUS, data tentang derajat kesehatan di wilayah kerja puskesmas belum tersedia.

B. Sarana Kesehatan

- | | |
|--------------------------|-----------|
| 1. Rumah Sakit Umum | : 0 buah |
| 2. Rumah Bersalin | : 0 buah |
| 3. Puskesmas Pembantu | : 3 buah |
| 4. Polindes | : 0 buah |
| 5. Poli Klinik Swasta | : 2 buah |
| 6. Dokter Praktek Swasta | : 40 buah |
| 7. Bidan Praktek Swasta | : 2 buah |

8. Laboratorium : 2 buah
9. Apotik : 7 buah
10. Rumah Sakit Bersalin : 0 buah
11. Praktek Bersama dr Spesialis : 27 buah

C. Ketenagaan Puskesmas

1. Dokter : 4 orang
2. Dokter Gigi : 2 orang
3. Sarjana Kesehatan Masyarakat : 1 orang
4. Bidan : 4 orang
5. Bidan di Desa : 0 orang
6. Perawat : 4 orang
7. Perawat Gigi : 1 orang
8. Sanitarian : 1 orang
9. Petugas Gizi : 1 orang
10. Apoteker : 1 orang
11. Asisten Apoteker : 1 orang
12. Analis Laboratorium : 1 orang
13. Juru Imunisasi / Juru Malaria : 0 orang
14. Tenaga Administrasi : 2 orang
15. Sopir Penjaga : 1 orang

D. Peran Serta Masyarakat

1. Jumlah Dukun Bayi : 0 orang
2. Jumlah Kader Kesehatan : 280 orang
3. Jumlah Kader Tiwisada : 25 orang

4. Jumlah Guru UKS	: 47	orang
5. Jumlah Kader Saka Bhakti Husada	: 14	orang
6. Jumlah Santri Husada	: 0	orang
7. Jumlah Kader Usila	: 36	orang
8. Jumlah Kelompok Usia Lanjut	: 4	kelompok
9. Jumlah Pengobat Tradisional	: 60	orang
10. Jumlah Posyandu	: 55	buah
a. Posyandu Pratama	: 0	buah
b. Posyandu Madya	: 55	buah
c. Posyandu Purnama	: 0	buah
11. Jumlah Panti Asuhan	: 3	buah
12. Jumlah Panti Wreda	: 1	buah
13. Jumlah Posyandu Lansia	: 5	buah
14. Jumlah POD	: 0	buah
15. Jumlah UKBM	: 0	buah
16. Jumlah pedonor darah terdaftar	: 0	orang

E. Program Kesehatan

1. Perbaikan Gizi

a. Jumlah Balita punya KMS/balita yang ada (K/S)	: 85,55 %
b. Jumlah Balita ditimbang/balita yang ada (D/S)	: 46,66%
c. Balita yang naik berat badannya/balita ditimbang (N/D)	: 44,12 %
d. Balita yang naik berat badannya/balita ada (N/S)	: 20,59%
e. Jumlah Bayi dengan ASI Eksklusif	: 77 balita
f. Jumlah Balita Gizi Buruk	: 20 balita

g. Jumlah Bayi BBLR	: 2	bayi
h. Jumlah bayi Gakin (semua)	: 30	balita
i. Jumlah bayi Gakin BGM	: 15	bayi
j. Jumlah bayi Gakin Gizi kurang	: 15	bayi
k. Jumlah balita Gakin Gizi kurang	: 338	bayi
l. Jumlah kelurahan, bebas rawan gizi	: 0	balita

2. Penyehatan Lingkungan

a. Jumlah TPA yang ada / terdaftar	: 0	buah
b. Jumlah TPA yang memenuhi syarat	: 0	buah
c. Jumlah TPS yang ada / terdaftar	: 6/6	buah
d. Jumlah TPS yang memenuhi syarat	: 6/6	buah
e. Jumlah TTU yang ada / terdaftar	: 36/36	buah
f. Jumlah TTU yang memenuhi syarat	: 36/36	buah
g. Jumlah TP2 Pestisida yang ada / terdaftar	: 0/0	buah
h. Jumlah TP2 Pestisida yang memenuhi syarat	: 0/0	buah
i. Jumlah TPM yang ada / terdaftar	: 29/23	buah
j. Jumlah TPM yang baik dan sehat	: 6	buah
k. Jumlah Penj amah Makanan yang ada	: 115	buah
l. Jumlah JAGA yang ada / berfungsi	: 10.711/9.738	buah
m. Jumlah SPAL yang ada / berfungsi	: 10.475/9.258	buah
n. Jumlah rumah yang ada	: 18.334	buah
o. Jumlah rumah memenuhi syarat	: 15.782	buah
p. Jumlah SAB yang ada	: 20.931	buah
q. Jumlah SAB yang diperiksa	: 209	buah

- | | | | |
|----|---------------------------------------|-------|------|
| r. | Jumlah SAB yang memenuhi syarat | : 0 | buah |
| s. | Jumlah institusi yang ada | : 108 | buah |
| t. | Jumlah institusi yang memenuhi syarat | : 0 | buah |
| u. | Jumlah MCK yang ada | : 0 | buah |
| v. | Jumlah MCK yang memenuhi syarat | : 0 | buah |
3. Pemberantasan Penyakit Menular
- | | | | |
|----|--|---------|-----------|
| a. | Kasus Diare yang ditemukan | : 353 | orang |
| b. | Kasus Diare yang meninggal (semua umur) | : 0 | orang |
| c. | Jumlah kasus Diare Balita ditemukan | : 353 | orang |
| d. | Jumlah kasus Diare Balita yang meninggal | : 0 | orang |
| e. | CFR Diare | : 0 | % |
| f. | Jumlah kasus / tersangka DBD | : 14/14 | orang |
| g. | Jumlah kematian karena DBD | : 0 | % |
| h. | CFR DBD | : 0 | Desa |
| i. | Jumlah Desa endemis DBD | : 1 | Desa |
| j. | Jumlah penderita Kusta terdaftar | : 3 | orang |
| k. | Jumlah penderita Kusta diobati | : 3 | orang |
| l. | Jumlah penderita RFT | : 0 | % |
| m. | Jumlah penderita TB Paru | : 3 | orang |
| n. | Kasus TN yang ditemukan | : 0 | orang |
| o. | Kelurahan UCI | : 0 | kelurahan |
| p. | Kasus Filaria yang ditemukan | : 0 | orang |
| q. | Kasus malaria yang ditemukan | : 0 | orang |
| r. | Kasus ISPA yang ditemukan | : 5/6 | anak/org |
| s. | Jmlah penderita HIV/ADD yang tercatat | : 0 | Orang |

4. KB dan KIA

- a. Jumlah Ibu Risti ditemukan : 136 orang
- b. Jumlah Bumil dengan Hb < 11 g % : 15 orang
- c. Jumlah Bumil dengan LILA < 23,5 cm : 5 orang
- d. Jumlah akseptor baru semua metoda : 0 orang
- e. Jumlah akseptor aktif semua metode : 10.707 orang
- f. Jumlah kasus kegagalan semua metode : 0 orang
- g. Jumlah kasus efek samping semua mtde : 313 orang
- h. Jumlah kasus komplikasi semua metode : 0 orang

F. Sepuluh Besar Penyakit

Dari data dapat diketahui sepuluh besar penyakit di Puskesmas Mulyorejo yang disajikan dalam tabel sebagai berikut:

Tabel IV.2 Sepuluh Besar Penyakit di Puskesmas Mulyorejo Tahun 2009

No.	Penyakit	Jumlah Kasus	Persentase (%)
1	Ispa	5106	49,53 %
2	Rematik Arthritis	1305	12,66 %
3	Gigi	1200	11,64 %
4	Gastritis	725	7,03 %
5	Kulit	656	6,36 %
6	Hipertensi	410	3,98 %
7	Diare	353	3,42 %
8	Neurotik	203	1,97 %
9	Telinga	202	1,96 %
10	Mata	148	1,44 %

Sumber: P2KPUSK Mulyorejo tahun 2009

IV.2 Program-program Puskesmas Mulyorejo

IV.2.1 Program Pokok

- a. Upaya Promosi Kesehatan
- b. Upaya Kesehatan Lingkungan
- b. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana
- c. Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat
- d. Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular
- e. Upaya Pengobatan

IV.2.2 Program Pengembangan atau Inovatif

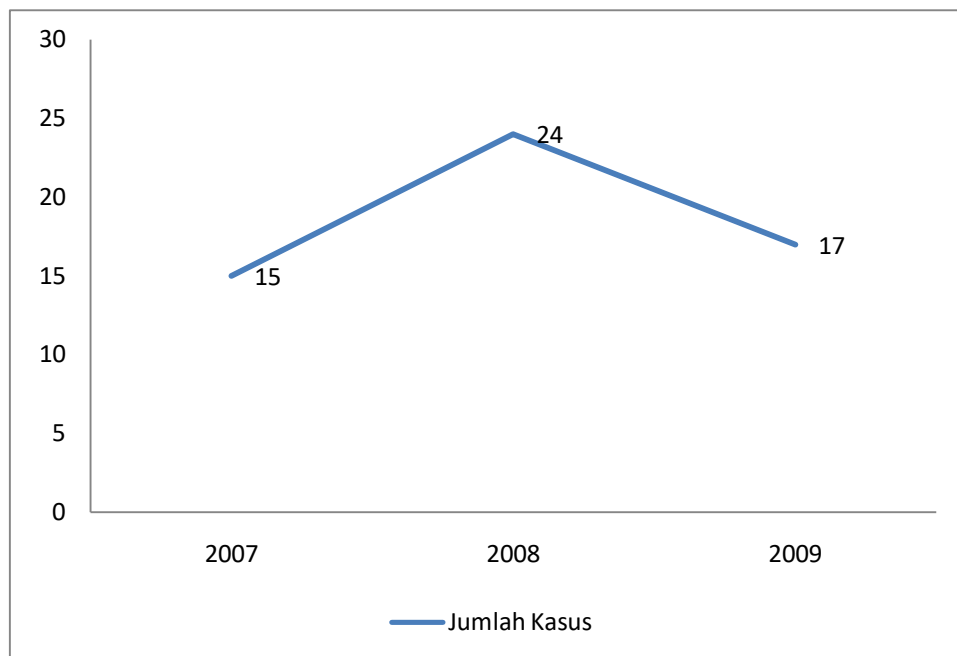
- a. Upaya Kesehatan Anak Usia Sekolah Dan Remaja
- b. Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut
- c. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit
- d. Upaya Perbaikan Gizi
- e. Upaya Penyehatan Lingkungan
- f. Upaya Pelayanan Rawat Inap di Puskesmas dengan TT
- g. Laboratorium
- h. Upaya Kesehatan Usia Lanjut
- i. Upaya Kesehatan Olahraga
- j. Pemberdayaan Masyarakat dalam Kemandirian Hidup Sehat
- k. Pemeriksaan Penunjang
- l. Upaya Kesehatan Kerja
- m. Upaya Kesehatan Jiwa atau Mental
- n. Upaya Kesehatan Indera
- o. Upaya Kesehatan Matra

p. Upaya Peningkatan Mutu Tenaga Puskesmas

IV.3 Gambaran Epidemiologi Penyakit TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Mulyorejo

1. Trend Penyakit TB Paru BTA Positif di Wilayah Kerja Puskesmas Mulyorejo Tahun 2007 – 2009

Trend Penyakit TB Paru BTA Positif di Wilayah Kerja Puskesmas Mulyorejo Tahun 2007 – 2009 dapat dilihat pada gambar berikut ini :



Sumber Data laporan program P2TB Paru di Puskesmas Mulyorejo

Gambar 4.1 Trend Penyakit TB Paru BTA Positif di Wilayah Kerja Puskesmas Mulyorejo Tahun 2007 – 2009.

Dari Gambar 4.1 diatas terlihat bahwa Trend TB Paru BTA Positif di wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo dari tahun 2007 ketahun 2008 trennya naik dan dari Tahun 2008 ke 2009 trennya menurun.

2. Indikator Pencapaian Program TB Paru di Puskesmas Mulyorejo Tahun

2007-2009

Indikator pencapaian program TB Paru di Puskesmas Mulyorejo tahun 2007-2009 dapat di lihat pada tabel berikut ini :

Tabel IV.3 Indikator Program P2TB Paru di Puskesmas Mulyorejo Tahun 2007-2009

Kegiatan	Pencapaian Program						Keterangan
	2007		2008		2009		
	T	P	T	P	T	P	
Jumlah pengambilan dan fiksasi sputum tersangka penderita TB Paru	100%	11,78%	100%	15,86%	100%	27,81%	Pencapaian kegiatan tersebut trennya meningkat dari tahun ke tahun.
Jumlah penderita baru BTA Positif yang ditemukan dari pemeriksaan sputum diatas	70%	100%	70%	14,55%	70%	100%	Pencapaian kegiatan tersebut trennya menurun pada tahun 2008 dan meningkat lagi pada tahun 2009
Jumlah penderita BTA Positif yang konversi	80%	100%	80%	100%	80%	79,55%	Pencapaian kegiatan tersebut trennya menurun pada tahun 2009
Tingkat kelangsungan pengobatan TB Paru	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Pencapaian kegiatan tersebut trennya tidak ada perubahan

Sumber Data Laporan Program P2TB Paru Puskesmas Mulyorejo 2007 – 2009

Keterangan : T = Target

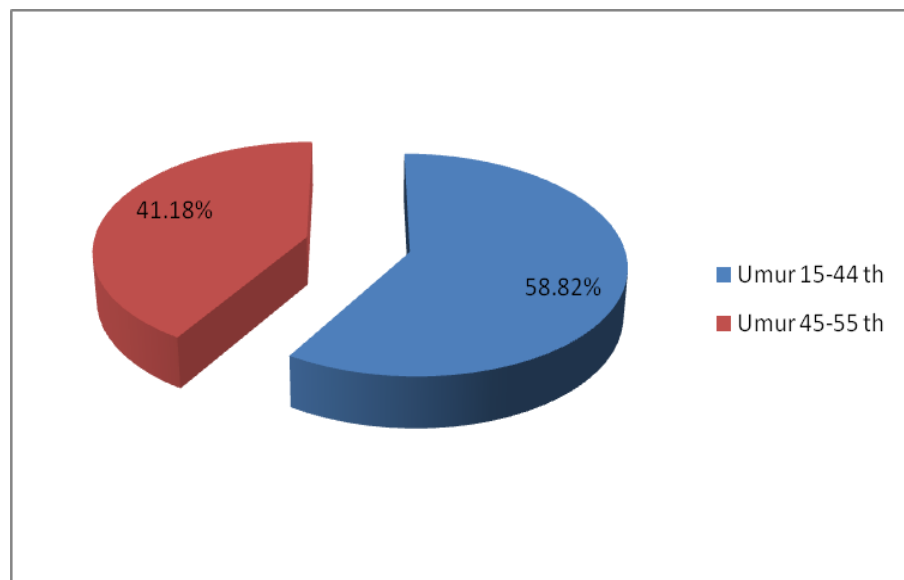
P = Pencapaian

3. Deskripsi Penyakit TB Paru BTA Positif Menurut Orang, Tempat dan Waktu di Wilayah Kerja Puskesmas Mulyorejo Tahun 2009

a. Variabel Orang

1) Distribusi Penyakit TB Paru BTA Positif menurut kelompok umur

Dengan melihat kasus TB Paru BTA Positif tahun 2009 pada laporan P2TB yang kemudian diporsisikan dengan jumlah penduduk menurut umur, maka akan terlihat kasus TB Paru BTA Positif menurut umur seperti pada gambar di bawah ini :



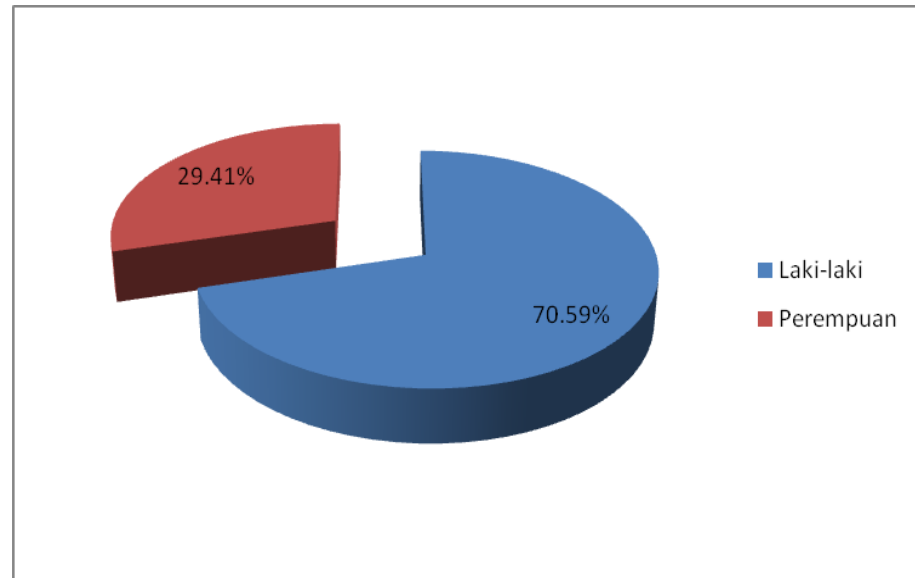
Sumber data Laporan Program P2TB Paru Puskesmas Mulyorejo 2009

Gambar 4.2 Distribusi Penyakit TB Paru BTA positif menurut Kelompok umur di Puskesmas Mulyorejo tahun 2009

Dari Gambar 4.2 di atas terlihat bahwa kasus TB Paru BTA Positif di wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo tahun 2009 pada kelompok umur 15 – 44 tahun sebanyak 10 kasus (58,82 %) dan pada kelompok umur 45 – 45 tahun sebanyak 7 kasus (41,18 %). Usia tersebut merupakan kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis.

2) Distribusi Penyakit TB Paru BTA Positif menurut jenis kelamin

Dengan melihat kasus TB Paru BTA positif tahun 2009 pada data laporan program P2TB yang kemudian diproporsikan dengan jumlah penduduk menurut jenis kelamin, maka akan terlihat kasus TB Paru BTA Positif menurut jenis kelamin seperti pada gambar dibawah ini :



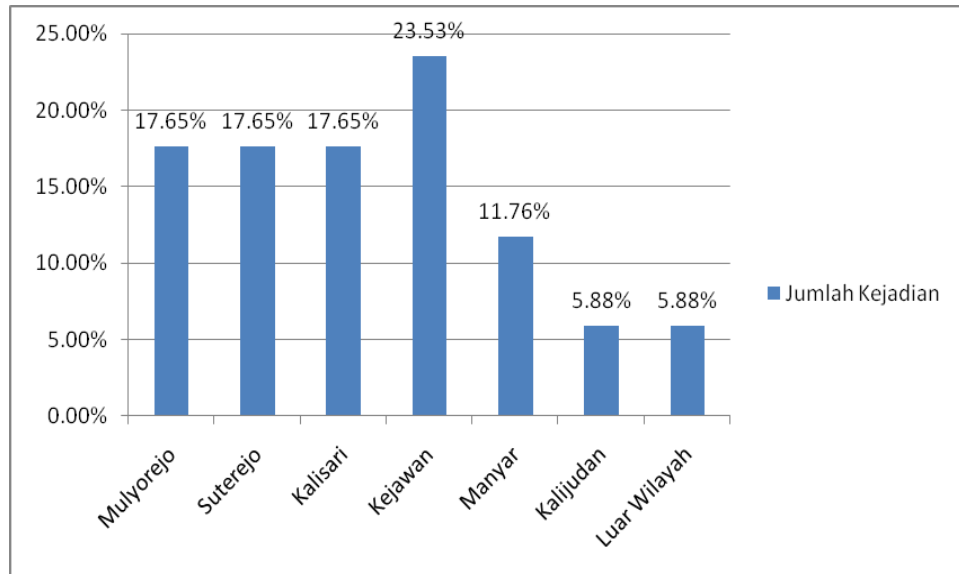
Sumber data Laporan Program P2TB Paru Puskesmas Mulyorejo 2009

Gambar 4.3 Distribusi Penyakit TB Paru BTA positif menurut Jenis Kelamin di Puskesmas Mulyorejo tahun 2009

Dari Gambar 4.3 diatas terlihat bahwa kasus TB Paru BTA Positif di wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo pada tahun 2009 terbanyak pada jenis kelamin laki-laki sebanyak 12 kasus (70,59 %).

b. Variabel Tempat

Adapun Distribusi penyakit TB Paru BTA Positif menurut tempat tinggal penderita di wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo Tahun 2009 dapat di lihat pada gambar berikut ini :



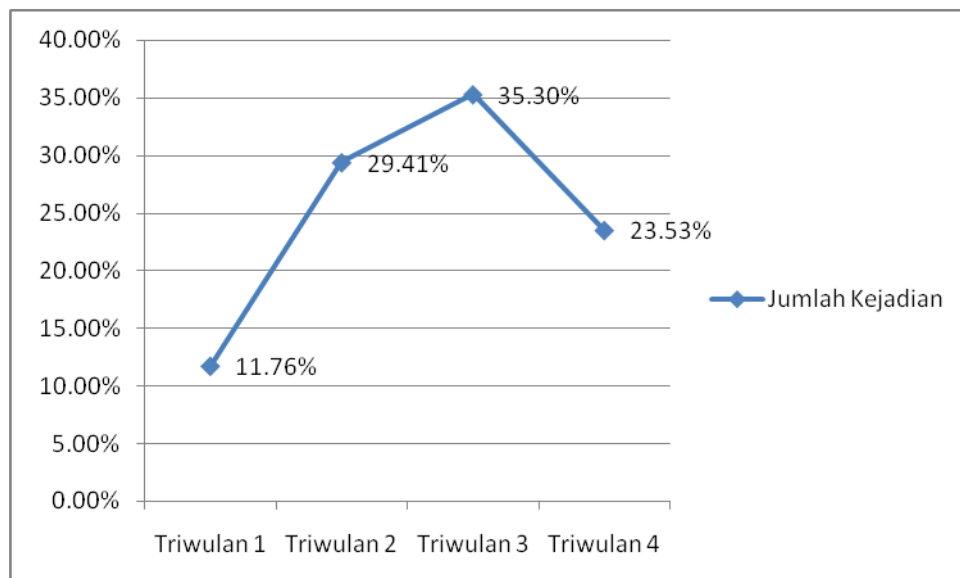
Sumber data Laporan Program P2TB Paru Puskesmas Mulyorejo 2009

Gambar 4.4 Distribusi Penyakit TB Paru BTA positif menurut Tempat Tinggal Penderita di Puskesmas Mulyorejo tahun 2009

Dari Gambar 4.4 diatas terlihat bahwa kasus TB Paru BTA Positif di wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo tahun 2009 penderita terbanyak bertempat tinggal di kelurahan Kejawan sebanyak 4 kasus (23,53 %), terendah di Kelurahan Kalijudan dan luar wilayah kerja Puskesmas sebanyak 1 kasus (5.88 %). Tetapi angka kejadian menurut tempat tinggal di keluraha kejawan masih belum bias di katakan meningkat karena masih harus melihat jumlah penduduk yang ada di Kelurahan tersebut.

c. Variabel Waktu

Adapun Distribusi penyakit TB Paru BTA Positif menurut waktu penemuan penderita di wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo Tahun 2009 dapat di lihat pada gambar berikut ini :



Sumber data Laporan Program P2TB Paru Puskesmas Mulyorejo 2009

Gambar 4.5 Distribusi Penyakit TB Paru BTA positif menurut Waktu Penemuan Penderita di Puskesmas Mulyorejo tahun 2009

Dari Gambar 4.5 diatas terlihat bahwa kasus TB Paru BTA Positif di wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo pada tahun 2009 terbanyak ditemukan pada Triwulan 3 sebanyak 6 kasus (35,30 %) dan terendah pada Triwulan 1 sebanyak 2 kasus (11,76 %).

IV.4 Tahap Pencegahan Penyakit TB Paru di Puskesmas Mulyorejo

Tahap pencegahan penyakit disesuaikan dengan fase-fase yang berbeda-beda dari perkembangan penyakit, tahap pencegahan TB Paru dapat diidentifikasi sebagai berikut :

1. Pencegahan Primordial

Tujuannya adalah untuk menghindari terbentuknya pola hidup sosial ekonomi dan kultural yang diketahui mempunyai kontribusi untuk meningkatkan risiko penyakit TB paru. Untuk upaya pencegahan primordial penyakit TB Paru di Puskesmas Mulyorejo salah satunya dengan adanya

kebijakan dari pemerintah kota Surabaya yang telah merumuskan Peraturan Daerah Kota Surabaya nomer 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok di Kota Surabaya yang akan mendukung pencegahan terhadap penyakit TB Paru.

2. Pencegahan Primer

Tindakan pencegahan primer bertujuan untuk mengurangi insiden penyakit TB Paru dengan cara mencegah penyakit dan faktor resikonya. Pencegahan primer meliputi *health promotion* dan *spesifik protection* (Bustan, 1997)

Dalam kaitan dengan *health promotion*, pihak P2 Puskesmas Mulyorejo telah melakukan kerjasama baik lintas program seperti Penyuluhan Kesehatan Masyarakat (PMK) dan program Penyehatan Lingkungan (PL), maupun lintas sektor dengan penguasa wilayah setempat. Upaya ini telah dilakukan untuk penyebarluasan informasi tentang pencegahan penyakit TB Paru. Media yang digunakan antara lain leaflet, lembar balik dan alat peraga. Metode yang digunakan untuk penyuluhan adalah ceramah dan tanya jawab.

Spesific protection bertujuan untuk memberikan perlindungan bagi individu terhadap penularan penyakit TB Paru. Tindakan yang diberikan adalah pemberian imunisasi BCG bagi bayi.

3. Pencegahan Sekunder

Tujuan dari pencegahan sekunder adalah untuk menghentikan proses penyakit yang lebih lanjut dan mencegah komplikasi. Kegiatan yang dilakukan oleh Puskesmas adalah dengan menemukan dan mendiagnosis penderita TB Paru dengan cepat serta memberikan pengobatan yang lengkap sesuai dengan strategi DOTS dalam jangka waktu 6 bulan yang disertai

dengan pemantauan baik oleh petugas pemegang program maupun oleh keluarga penderita sendiri.

4. Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier yang dimaksud untuk mengurangi kelemahan dan kecacatan, memperkecil penderita dan membantu penderita-penderita untuk melakukan penyesuaian terhadap kondisi yang tidak dapat di obati lagi.

Kegiatan yang sudah dilakukan oleh Puskesmas terkait pencegahan tersier penyakit TB Paru adalah memberikan bantuan untuk meningkatkan status gizi penderita TB Paru yaitu berupa beras dan susu, pengobatan dan perawatan yang sempurna dan tidak terjadi komplikasi. Dan bagi penderita yang mengalami komplikasi berat maka dirujuk untuk rawat inap di Rumah sakit.

IV.5 Identifikasi dan Alternatif Pemecahan Masalah

1. Identifikasi Masalah

Masalah yang ditemukan dalam program pencegahan dan pemberantasan penyakit TB Paru di Puskesmas Mulyorejo dapat diidentifikasi sebagai berikut :

- a. Jumlah pengambilan dan fiksasi sputum tersangka penderita TB Paru belum mencapai target (Pencapaian tahun 2009 27,81 % dari 100 % target).
- b. Kesadaran penderita TB Paru untuk minum obat masih kurang, walaupun tingkat kelangsungan pengobatan TB Paru sudah mencapai target namun masih ada juga jumlah penderita TB Paru BTA Positif yang konfersi

mengalami penurunan pada tahun 2009 sebanyak 79,55 %. Oleh sebab itu hal ini dikatakan menjadi masalah dalam penanggulangan TB Paru.

2. Prioritas Masalah

Berdasarkan identifikasi masalah diatas maka ditemukan prioritas masalah dengan menggunakan metode NGT (Nominal Group Technique) yaitu dengan memberikan penilaian/ ranking pada setiap masalah dengan rentan nilai 1-5, semakin tinggi nilai yang diberikan maka semakin diprioritaskan masalah tersebut. Pemberian nilai ini dilakukan oleh petugas Puskesmas yang terdiri dari 4 orang dengan hasil sebagai berikut :

Tabel IV.5 Hasil Penetapan Prioritas Masalah Dengan Metode NGT

Masalah	Nama Tim				Total	Rangking
	S	L	D	N		
Jumlah pengambilan dan fiksasi sputum tersangka penderita TB Paru masih belum mencapai target	4	5	3	4	240	I
Kesadaran penderita TB Paru untuk minum obat masih belum mencapai target	5	2	3	1	30	II

Sumber dari petugas Puskesmas Mulyorejo tahun 2009

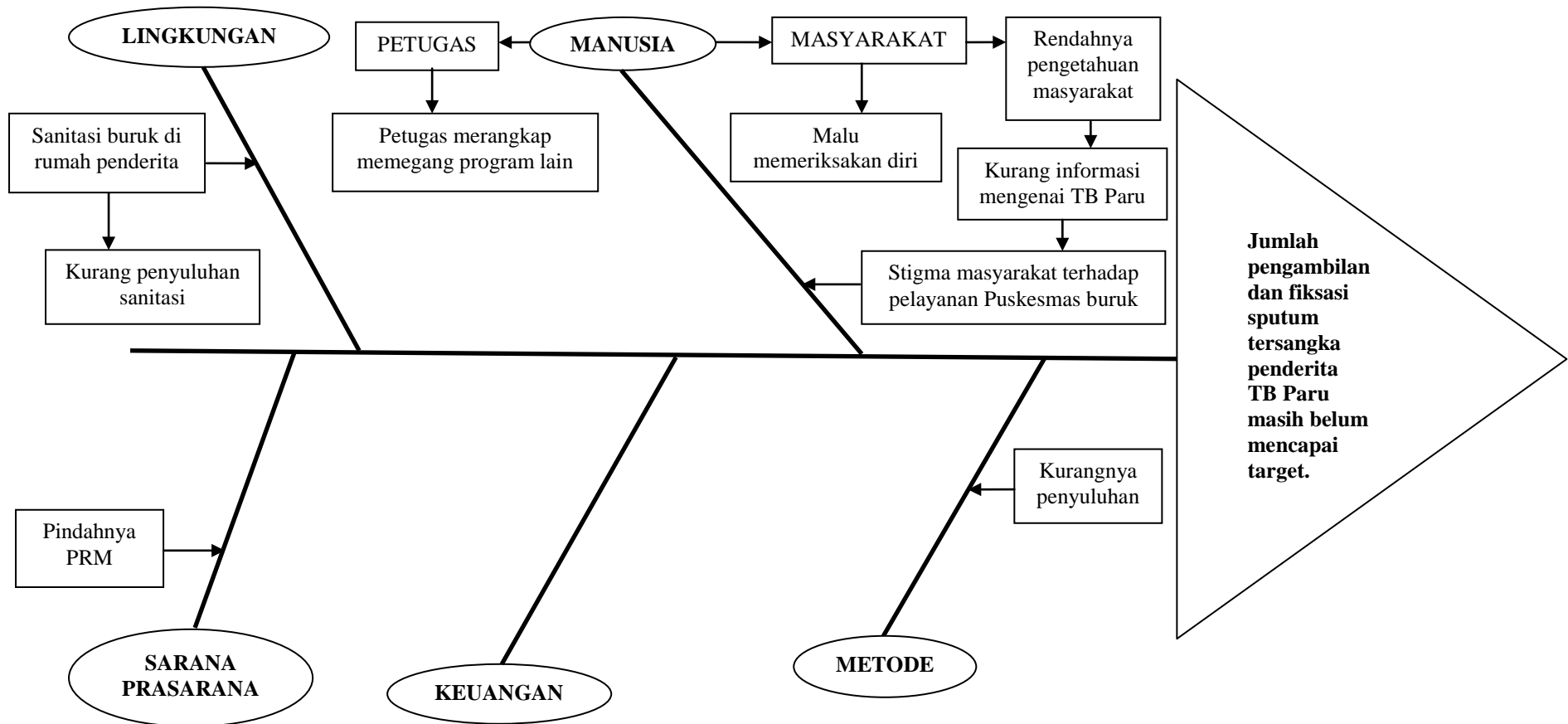
Berdasarkan hasil penetapan prioritas masalah diatas maka masalah yang menjadi prioritas utama adalah pengambilan dan fiksasi sputum tersangka penderita TB Paru.

3. Penyebab Masalah

Masalah belum mencapai target (jumlah pengambilan dan fiksasi sputum tersangka penderita TB Paru) akan dianalisis untuk mengetahui penyebabnya, metode yang digunakan untuk mengetahui akar permasalahan

atau penyebab masalah tersebut adalah menggunakan *Fish Bone* yang mengidentifikasi penyebab masalah dengan menggunakan faktor manusia (petugas dan masyarakat), keuangan, metode, sarana prasarana dan lingkungan.

DIAGRAM ISHIKAWA MASALAH TB PARU



Dengan menggunakan metode tersebut maka penyebab masalah rendahnya jumlah pengambilan dan fiksasi sputum penderita TB Paru di Puskesmas Mulyorejo Surabaya adalah sebagai berikut :

1. Manusia

- a. Petugas

Penyebab dari sisi petugas adalah petugas merangkap memegang program lain sehingga konsentrasinya akan terpecah pada beberapa tugas lain.

- b. Masyarakat

Penyebab dari sisi masyarakat adalah rendahnya pengetahuan masyarakat sehingga informasi tentang penyakit TB Paru rendah. Disamping itu sebagian masyarakat menganggap pelayanan di Puskesmas buruk sehingga beralih mencari pelayanan di RS atau dokter swasta, dan juga masyarakat merasa malu untuk memeriksakan diri ke Puskesmas.

2. Metode

Penyebab dari segi metode adalah kurangnya penyuluhan tentang TB Paru.

3. Keuangan

Penyebab dari segi keuangan tidak ada karena dana untuk kegiatan TB Paru sangat besar di biayai dari WHO.

4. Lingkungan

Penyebab dari segi lingkungan adalah kurangnya penyuluhan sanitasi dan sanitasi buruk di rumah penderita.

5. Sarana Prasarana

Penyebab dari segi sarana pindahnya Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM).

Berdasarkan akar permasalahan yang ada, akar permasalahan yang paling banyak muncul adalah : Kurangnya penyuluhan penyakit TB Paru pada masyarakat, pengetahuan masyarakat kurang dan sanitasi di rumah penderita kurang sehingga tidak dapat menurunkan angka kejadian Tuberkulosis Paru yang ada di Wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo.

IV.6 Hasil Wawancara Penderita Tuberkulosis Paru

Pengetahuan penderita tentang penyakit Tuberkulosis Paru dengan memberikan kuisioner untuk membedakan hasil yang ada di Puskesmas dengan literature jika salah diberi nilai 0 dan jika benar diberi nilai 1.

Tabel IV.6 Tingkat Pengetahuan Penderita di Wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo tentang Tuberkulosis Paru Tahun 2009.

Tingkat pengetahuan	Frekuensi	Prosentase %
- Cukup	4	40
- Kurang	3	30
- Baik	3	30
Jumlah	10	100

Sumber data : Wawancara dengan penderita TB Paru

Dari tabel 4.6 diatas diketahui bahwa dari 10 responden didapatkan 4 responden (40 %) mempunyai tingkat pengetahuan cukup, 3 responden (30 %) mempunyai pengetahuan kurang, dan 3 responden (30 %) mempunyai pengetahuan baik tentang penyakit Tuberkulosis Paru.

BAB V

PEMBAHASAN

V.1 Gambaran Epidemiologi Penyakit TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Mulyorejo

1. Trend Penyakit TB Paru BTA Positif di Puskesmas Mulyorejo Tahun 2007-2009

Berdasarkan Gambar 4.1 bahwa penyakit TB Paru BTA Positif di Puskesmas Mulyorejo Tahun 2007 – 2008 trennya meningkat yaitu dari 15 kasus menjadi 24 kasus dan dari Tahun 2008 – 2009 trennya menurun yaitu dari 24 kasus menjadi 17 kasus.

Penemuan kasus pada Tahun 2009 menurun disebabkan karena jumlah pengambilan dan fiksasi sputum tersangka TB Paru belum mencapai target sehingga mengakibatkan jumlah penderita yang terjaring sedikit.

2. Indikator Pencapaian Program TB Paru di Puskesmas Mulyorejo Tahun 2007-2009

Berdasarkan Tabel 4.3 bahwa pencapaian program TB Paru di Puskesmas mulyorejo dari tahun 2007 – 2009 ada yang meningkat dan juga ada yang menurun. Indikator program yang meningkat adalah jumlah pengambilan dan fiksasi sputum tersangka penderita TB Paru sedangkan yang menurun adalah jmlah penderita BTA Positif yang konversi.

Indikator program yang menurun disebabkan oleh kurangnya kesadaran masyarakat untuk memeriksakan diri ke Puskesmas dan adanya

stigma penyakit TB Paru di masyarakat adalah suatu penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan memalukan.

3. Deskripsi Penyakit TB Paru Positif menurut Orang, Tempat dan waktu di Wilayah Kerja Puskesmas Mulyorejo Tahun 2009

a. Variabel Orang

Berdasarkan Gambar 4.2 bahwa kasus TB Paru BTA Positif berdasarkan variabel orang menurut kelompok umur di wilayah kerja puskesmas mulyorejo pada tahun 2009 terbanyak pada kelompok umur 15 – 44 tahun sebanyak 10 kasus (58,82 %) dan pada kelompok umur 45 – 45 tahun sebanyak 7 kasus (41,18 %).

Didalam buku pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis paru tahun 2007 disebutkan bahwa sekitar 75 % pasien TB adalah kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis antara usia 15 – 50 tahun. Hasil deskripsi penderita TB Paru BTA Positif menurut jenis kelamin di wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo adalah rata – rata kelompok usia yang produktif secara ekonomis.

Sedangkan berdasarkan Gambar 4.3 bahwa kasus TB Paru BTA Positif berdasarkan variabel orang menurut jenis kelamin di Wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo pada tahun 2009 terbanyak pada jenis kelamin laki-laki sebanyak 12 kasus (70,59 %).

Penyakit TB dapat menyerang siapa saja (tua, muda, laki-laki, perempuan, kaya dan miskin) dan dimana saja (Anonim, 2007). Berdasarkan pernyataan diatas bahwa hasil deskripsi penyakit TB Paru menurut jenis kelamin di wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo tidak

mengenal jenis kelamin, baik laki-laki ataupun perempuan dapat terserang penyakit TB.

b. Variabel Tempat

Berdasarkan Gambar 4.4 bahwa jumlah kasus TB Paru BTA Positif bila dilihat dari ketiga kelurahan yang ada di wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo pada tahun 2009 penderita terbanyak bertempat tinggal di kelurahan Kejawan sebanyak 4 kasus (23,53 %), terendah di Kelurahan Kalijudan dan luar wilayah kerja Puskesmas sebanyak 1 kasus (5.88 %).

Tingginya angka kejadian TB Paru di kelurahan Kejawan disebabkan karena padatnya penghuni di wilayah kelurahan tersebut. Salah satu karena faktor resiko terjadinya TB Paru adalah faktor lingkungan (ventilasi rumah) dan kepadatan penghuni rumah.

c. Variabel Waktu

Berdasarkan Gambar 4.5 bahwa kasus TB Paru BTA Positif di wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo pada tahun 2009 terbanyak ditemukan pada Triwulan 3 sebanyak 6 kasus (35,30 %) dan terendah pada Triwulan 1 sebanyak 2 kasus (11,76 %).

Berdasarkan hasil deskripsi penderita TB Paru BTA Positif menurut waktu diatas dapat dikatakan bahwa penyakit TB di wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo hampir setiap triwulan ditemukan penderita TB Paru.

V.2 Tahap Pencegahan Penyakit TB Paru di Puskesmas Mulyorejo

Kegiatan yang dilaksanakan oleh Program P2TB Paru di Puskesmas Mulyorejo dalam rangka pencegahan dan pemberantasan penyakit TB Paru di wilayah kerja cukup optimal meliputi pencegahan primordial hingga pencegahan tersier. Adapun kegiatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas Mulyorejo antara lain dengan melaksanakan pola hidup bersih dan sehat (larangan merokok) yang didukung oleh adanya Perda Kawasan Tanpa Rokok (KTR), penyuluhan untuk mengenalkan penyakit TB Paru, memberikan pengobatan yang disertai dengan pemantauan hingga penderita sembuh, memberikan bantuan berupa beras dan susu untuk perbaikan gizi penderita TB Paru, pengobatan dan perawatan yang sempurna agar penderita sembuh dan tidak ada komplikasi. Dan bagi penderita yang mengalami komplikasi berat maka dirujuk untuk rawat inap di Rumah Sakit.

V.3 Identifikasi Masalah dan Penyebab Masalah

1. Identifikasi Masalah

Masalah yang ditemukan dalam program P2TB Paru adalah sebagai berikut :

- a. Jumlah pengambilan dan fiksasi sputum tersangka penderita TB Paru belum mencapai target. Apabila masalah ini tidak ditangani maka resiko terjadinya penularan penyakit TB Paru di masyarakat makin besar sehingga angka kejadian TB Paru meningkat pula, oleh karena itu perlu kesadaran masyarakat untuk memeriksakan diri ke Puskesmas.

- b. Kesadaran penderita TB Paru untuk minum obat masih kurang, masalah ini juga sangat mempengaruhi keberhasilan program P2TB Paru karena kesinambungan pengobatan sangat penting. Tujuan pengobatan TB adalah untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT. Oleh sebab itu untuk menjamin keteraturan pengobatan diperlukan seorang PMO (Pengawas Menelan Obat) yang tugasnya antara lain mengawasi pasien TB agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan. Memberi dorongan kepada pasien agar mau berobat teratur dan meningkatkan pasien untuk periksa ulang dahak pada waktu yang telah ditentukan (Depkes R.I, 2007).

2. Prioritas Masalah

Berdasarkan hasil penetapan prioritas masalah melalui metode NGT maka masalah yang menjadi prioritas utama adalah jumlah pengambilan dan fiksasi sputum tersangka penderita TB. Masalah ini diprioritaskan karena sangat mempengaruhi keberhasilan program pemberantasan penyakit TB Paru karena dengan pengambilan sputum tersangka TB maka dapat dipastikan diagnosis TB Paru dengan cepat.

3. Penyebab Masalah

Masalah yang diprioritaskan tersebut diatas dianalisis untuk mengetahui penyebabnya dengan menggunakan metode *Fish Bone*. Hasilnya terdapat penyebab kurangnya penyuluhan penyakit TB Paru pada masyarakat,

pengetahuan masyarakat kurang dan sanitasi di rumah penderita kurang sehingga dapat memicu kinerja petugas dan masyarakat.

V.4 Alternatif Pemecahan Masalah

Alternatif pemecahan masalah yang dapat dirumuskan adalah sebagai berikut :

1. Meningkatkan kegiatan penyuluhan TB Pada masyarakat baik perorangan maupun kelompok.

Dengan kegiatan penyuluhan pada masyarakat diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang informasi penyakit TB, perilaku hidup bersih dan sehat.

2. Menggalang kemitraan dengan program terkait, sektor pemerintah dan swasta

Dengan menggalang kemitraan maka terlaksananya upaya percepatan penanggulangan tuberkulosis secara efektif, efisien dan berkesinambungan. Untuk mencapai tujuan diatas perlu di wujudkan melalui :

- a. Meningkatkan koordinasi
- b. Meningkatkan komunikasi
- c. Meningkatkan sumber daya, kemampuan dan kekuatan bersama dalam upaya mencapai target program nasional dalam penanggulangan TB.
- d. Meningkatkan komitmen
- e. Membuka peluang untuk saling membantu

3. Mengusulkan mengadakan seminar, pelatihan untuk meningkatkan kemampuan petugas

Dengan adanya seminar atau pelatihan maka dapat meningkatkan kemampuan petugas kesehatan dalam penanggulangan TB Paru khususnya bagi petugas laboratorium dapat menjaga kualitas pemeriksaan laboratorium.

4. Mengadakan penyuluhan / pelatihan pada kader-kader kesehatan untuk memberikan memotivasi pada penderita agar mau berobat ke Puskesmas dan dapat membantu penemuan kasus baru yang ada di masyarakat.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

VI.1 Kesimpulan

1. Puskesmas Mulyorejo terletak di wilayah Kecamatan Mulyorejo termasuk Surabaya Timur yang memiliki wilayah kerja 6 Kelurahan dengan luas wilayah 1.295,18 Ha yang terdiri atas Kelurahan Mulyorejo (324 Ha), Kelurahan Manyar Sabrangan (152,43 Ha), Kelurahan Kejawan Putih Tambak (222,84 Ha), Kelurahan Dukuh Sutorejo (214,716 Ha), Kelurahan Kalijudan (131,330 Ha) dan Kelurahan Kalisari (213,330 Ha) dengan jumlah penduduk 94.868 orang.

Puskesmas Mulyorejo dipimpin oleh seorang Kepala Puskesmas yang membawahi langsung satu bagian tata usaha dan tujuh bagian/ unit antara lain P2M, KB dan KIA, Unit Pemulihan Kesehatan Rujukan, Unit kesehatan Lingkungan dan penyuluhan peran serta masyarakat, Unit Perawatan, Unit Penunjang serta PUMK. Unit – unit tersebut memberikan pelayanan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo melalui Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UPM).

2. Penyakit TB Paru BTA Positif di Puskesmas Mulyorejo Tahun 2007 – 2008 Trennya meningkat yaitu dari 15 kasus menjadi 24 kasus dan dari tahun 2008 – 2009 trennya menurun yaitu dari 24 kasus menjadi 17 kasus.
3. Distribusi Penyakit TB Paru BTA Positif berdasarkan variabel orang menurut kelompok umur adalah penderita yang paling banyak pada kelompok umur 15

– 44 tahun sebanyak 10 kasus (58,82 %), menurut jenis kelamin penderita TB Paru BTA Positif yaitu penderita laki – laki lebih besar dibandingkan dengan perempuan dengan hasil masing-masing 12 orang laki – laki (70,59 %) dan 5 orang perempuan (29,41 %).

Berdasarkan variabel tempat kebanyakan penderita bertempat tinggal di Kelurahan Kejawan. Berdasarkan variabel waktu bahwa penderita TB Paru pada tahun 2009 terbanyak ditemukan pada Triwulan 3 sebanyak 6 kasus (35,30 %).

4. Tahap pencegahan yang dilaksanakan oleh Puskesmas Mulyorejo mencakup pencegahan primordial, primer, sekunder dan tersier.
5. Berdasarkan identifikasi masalah bahwa masalah yang berkaitan dengan program pencegahan dan pemberantasan penyakit TB Paru adalah jumlah pengambilan dan fiksasi sputum tersangka penderita TB belum mencapai target, kesadaran penderita TB Paru untuk minum obat masih kurang.
6. Masalah yang menjadi prioritas adalah jumlah pengambilan dan fiksasi sputum tersangka penderita TB belum mencapai target, setelah diidentifikasi dengan metode *fish bone* penyebab masalahnya adalah kurang penyuluhan kesehatan pada penderita sehingga pengetahuan tentang penyakit Tuberkulosis Paru masih kurang.

VI.2 Saran

Adapun saran yang dapat disampaikan adalah sebagai berikut :

1. Meningkatkan kegiatan penyuluhan TB pada masyarakat baik perorangan maupun kelompok.

2. Menggalang kemitraan dengan program terkait sektor pemerintah dan swasta.
3. Mengusulkan dilaksanakannya seminar, pelatihan untuk meningkatkan kemampuan petugas.
4. Mengadakan penyuluhan / pelatihan pada kader-kader kesehatan untuk dapat membantu penemuan kasus baru yang ada di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, Tjandra Yoga., 2006. *Tuberkulosis, Rokok, dan Perempuan*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Anonim., 2008. *Kuman Tangguh, Terapi TB Harus Tuntas*. <http://www.klikdokter.com/article/detail/247> (sitasi 17 Maret 2010)
- Azwar, Azrul., 1999. *Pengantar Epidemiologi*. Jakarta : Binarupa Aksara.
- Depkes RI., 1997. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Cetakan ke 7. Jakarta : Depkes RI.
- Depkes RI., 2002. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Edisi 2. Cetakan Pertama. Jakarta : Depkes RI.
- Depkes RI., 2007. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Edisi 2. Cetakan Pertama. Jakarta : Depkes RI.
- FKM Unair., 2010. *Buku Pedoman Magang 2010*. Surabaya : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
- Ladermarco dan Reichler., 2004. *What Is The Role of Host Factors in The Pathogenesis, Prevention, and Treatment Tuberculosis?*. Second Edition. Freiden. Geneva : WHO.
- Mayo Clinic., 2009. *Risk Factor of Tuberculosis*. <http://www.mayoclinic.com/health/tuberculosis> (sitasi 17 Maret 2010).
- Nazir, Moh., 2003. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Yogyakarta : University Press.
- Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2006
- Puskesmas Mulyorejo Surabaya 2007, 2008, 2009
- Syahrul, Fariani dan Hidajah, Atik Choirul., 2007. *Bahan Ajar Dasar Epidemiologi*. Surabaya : Bagian Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

**KUESIONER
PENGAMBILAN SAMPEL**

A. KARAKTERISTIK RESPONDEN

Nama responden :
Umur :
Jenis Kelamin :
Alamat :
Pekerjaan :
Pendidikan :

**B. KUESIONER TINGKAT PENGETAHUAN RESPONDEN TENTANG
PENYAKIT TUBERCULOSIS PARU**

Petunjuk / cara mengisi pengambilan sampel :

Lingkarilah salah satu jawaban a, b, atau c yang menurut anda paling benar.

1. Menurut bapak / ibu apa itu penyakit Tuberculosis / TBC ?
 - a. Penyakit Infeksi menular yang disebabkan oleh kuman mycobacterium tuberculosis.
 - b. Penyakit yang diguna – guna.
 - c. Penyakit yang disebabkan oleh batuk pilek
2. Bagaimana tanda dan gejala penyakit Tuberculosis Paru ?
 - a. Panas dan menggigil, batuk dan sakit kepala
 - b. Mual dan muntah
 - c. Batuk berdahak secara terus menerus selama 3 minggu atau lebih kadang bercampur darah
3. Bagaimana cara penularan penyakit Tuberculosis paru ?
 - a. Melalui percikan darah
 - b. Melalui hubungan sex
 - c. Melalui percikan dahak yang ada kuman TBC
4. Bagaimana cara mencegah penyakit Tuberculosis Paru tidak menular ke orang lain ?
 - a. Membuang dahak di sembarang tempat

- b. Batuk dengan menutup mulut di tengah keramaian
 - c. Tisu bekas pakai dibuang disembarang tempat.
5. Bagaimana mengetahui seseorang terkena penyakit Tuberculosis Paru ?
 - a. Dengan memeriksakan dahak ke rumah sakit atau puskesmas
 - b. Periksa urine/ air seni
 - c. Pergi ke Dukun
6. Bahan apa yang diperiksa untuk memastikan seseorang terkena penyakit Tuberculosis Paru ?
 - a. Ludah
 - b. Darah
 - c. Dahak atau lendir
7. Kemana Bapak/ ibu / saudara/ i bila mengalami tanda dan gejala tuberculosis paru ?
 - a. Pergi ke dukun
 - b. Minum Obat yang dibeli sendiri
 - c. Ke Puskesmas atau ke Rumah sakit untuk periksa dahak
8. Bagaimana supaya penyakit Tuberculosis Paru / TBC itu bisa sembuh ?
 - a. Minum Obat tradisional
 - b. Biarkan sembuh sendiri
 - c. Minum obat Tuberculosis Paru dari puskesmas atau rumah sakit sesuai waktu yang ditentukan
9. Apa akibat bila tidak minum obat secara teratur ?
 - a. Kuman kebal obat sehingga tidak dapat sembuh
 - b. Akan tetap sembuh karena sudah minum obat sebelumnya
 - c. Lebih cepat sembuh karena efek samping obat berkurang
10. Apa bahaya bila penyakit Tuberculosis Paru tidak diobati ?
 - a. Menjadi sumber penularan dan dapat menyebabkan kematian
 - b. Tetap sehat seperti biasa
 - c. Nanti sembuh sendiri
11. Apa yang anda dapat selama berobat ke Puskesmas ?

HASIL PERHITUNGAN DATA TINGKAT PENGETAHUAN PENDERITA

NO RESPONDEN	PENGETAHUAN										n	N	%	Kategori Skore
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
1	0	10	10	10	10	10	10	10	10	10	90	100	90	Baik
2	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	100	100	Baik
3	0	10	10	0	10	10	10	10	0	0	60	100	60	Cukup
4	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	100	100	Baik
5	0	0	10	10	0	0	10	0	10	10	50	100	50	Kurang
6	0	10	0	0	10	0	10	0	10	0	40	100	40	Kurang
7	0	0	0	0	10	10	10	10	0	10	50	100	50	Kurang
8	10	10	0	0	10	10	10	10	0	10	70	100	70	Cukup
9	0	0	10	0	10	10	10	10	10	0	60	100	60	Cukup
10	0	0	10	10	10	10	10	10	0	10	70	100	70	Cukup

Keterangan :

Baik : 76 – 100 %

Cukup : 56 – 75 %

Kurang : ≤ 55 %