

# SKRIPSI

## ANALISIS PELAKSANAAN STRATEGI *PASSIVE CASE FINDING* DAN *ACTIVE CASE FINDING* DALAM PENEMUAN PENDERITA TB PARU DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PANGARENGAN KECAMATAN TORJUN KABUPATEN SAMPANG

**PENELITIAN DESKRIPTIF**

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh:

**ACHMAD FARODISI AFNANI**

**NIM : 010830430 B**

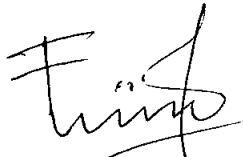
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2010**

## **SURAT PERNYATAAN**

**Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah  
dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang  
pendidikan di perguruan tinggi manapun**

**Surabaya, 11 Januari 2010**

**Yang menyatakan**



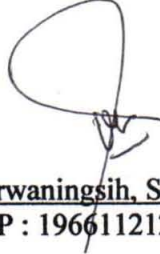
**Achmad Farodisi Afnani**  
**NIM : 010830430 B**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI**

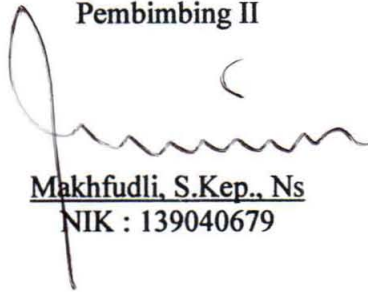
**TANGGAL 11 FEBRUARI 2010**

Oleh :  
Pembimbing I



Purwaningsih, S.Kp., M.Kes  
NIP : 196611212000032001

Pembimbing II



Makhfudli, S.Kep., Ns  
NIK : 139040679

Mengetahui

a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Penjabat Wakil Dekan I



Yuni Sufyanti Arief, S.kp., M.kes  
NIP. 197806052008122001

**PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI**

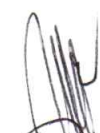

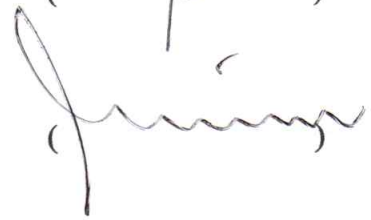
TELAH DIUJI

Pada tanggal 16 Pebruari 2010

Ketua : Kusnanto, S.Kp., M.Kes  
NIP. 196808291989031002

Anggota : 1. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes  
NIP. 196611212000032001

2. Makhfudli, S.Kep., Ns  
NIK : 139040679

(  )  
(  )  
(  )

Mengetahui

a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Penjabat Wakil Dekan I



Yuni Sufyanti Arief, S.kp., M.kes  
NIP. 197806052008122001

## **MOTTO**

**Tidak Ada Manusia Yang Tercipta Di Dunia Dengan Sempurna  
Semua Ada Kelebihan Dan Kekurangan Masing-Masing  
Jangan Pernah Menyesali Segala Yang Telah Terdi Dalam Hidup Ini  
Kita Semua Pasti Pernah Mendapatkan Suatu Cobaan Yang Berat  
Mungkin Seakan Hidup Kita Ini Tidak Ada Artinya Lagi  
Lebih Baik Kita Mensyukuri Apa Yeng Telah Terjadi  
Karena Kehidupan Merupakan Suatu Anugerah Dari Tuhan  
Tetap Menjalani Hidup Damai Dengan Melakukan Yang Terbaik  
Tuhan Pasti Akan Menunjukkan Kebesaran Dan Kuasanya  
Bagi Hamba Yang Beriman, Bersabar Dan Tidak Kenal Putus Asa  
Jangan Menyerah.....Jangan Menyerah.....Jangan Menyerah.....**

## UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan memanjatkan Puji Syukur atas Kehadirat Allah SWT, atas segala Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.dengan judul **“ANALISIS PELAKSANAAN STRATEGI *PASSISVE CASE FINDING* DAN *ACTIVE CASE FINDING* DALAM PENEMUAN PENDERITA TB PARU DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PANGARENGAN KECAMATAN TORJUN KABUPATEN SAMPANG”**.

Dalam penulisan skripsi ini penulis banyak mendapatkan bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak, untuk itu perkenankan penulis mengucapkan terima kasih sebesar – besarnya pada yang terhormat :

1. DR. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
2. Yuni Sufyanti Arief, S.Kp.,M.Kes selaku wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
3. Purwaningsih, S.Kp., MARS selaku pembimbing pertama. Terima kasih atas ilmu, bimbingan dan waktu yang diluangkan untuk peneliti dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Makhfudli, S.Kep, Ns selaku pembimbing kedua. Terima kasih atas ilmu, bimbingan dan waktu yang diluangkan untuk peneliti dalam menyelesaikan skripsi ini.

5. Seluruh staf dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Unair. Terima kasih atas segala ilmu dan bimbingan yang diberikan.
6. Staf perpustakaan dan seluruh karyawan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Unair. Terima kasih atas bantuan sarana dan prasarana yang diberikan.
7. Kepala Puskesmas Pangarengan yang telah memberikan ijin penelitian dan membantu dalam memfasilitasi sarana dan prasarana selama penelitian. Khususnya bagi bapak Dayat sebagai pemegang program TB paru di puskesmas pangarengan yang membantu peneliti mulai dari awal penelitian sampai akhir penelitian.
8. Keluargaku: ayah dan ibu yang selalu mendoakan peneliti setiap waktu, biaya penelitian selama penelitian berlangsung dan adik-adik yang cantik dan imut yang selalu memberikan semangat, dorongan, bantuan dan kasih sayang yang abadi.
9. Semua famili peneliti yang mendoakan dan memberikan motivasi semangat, kelancaran dalam pembuatan skripsi ini mulai dari awal pembuatan sampai akhir.
10. Teman-teman B11 yang selalu memberikan semangat, dan spesial untuk para sahabat-sahabat peneliti yang selalu memberikan semangat, bantuan dan do'a yang tulus kepada peneliti selama penyusunan skripsi ini yang tidak mungkin peneliti sebutkan satu persatu namanya.
11. Teman-teman angkatan A FKp 2005 (Beny, Aang, Windy lake', Arab, Endru, dan lain-lain) yang telah membantu dalam penyelesaian dan penyempurnaan skripsi ini.

**Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Peneliti menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, tetapi peneliti berharap skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan bagi Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.**

**Surabaya, Pebruari 2010**

**Peneliti**



## ABSTRACT

### **ANALYSIS IN CARRYING OUT THE STRATEGY OF PASSIVE CASE FINDING AND ACTIVE CASE FINDING UNDERGOING PATIENT WITH TB AT PANGARENGAN COMMUNITY HEALTH NURSING, TORJUN SUBDIDTRICT, SAMPANG REGENCY**

**By: Achmad Farodisi Afnani**

Tuberculosis is the first disease category that cause death in Indonesia. Case of lung TB was increasing in Indonesia. Two strategies of case finding lung TB, including passive case finding and active case finding. This research was analyze which one more better from two categories to detect invention lung earlier. Research was non experiment epidemiology that using descriptif survei design. Sample comprised 17 respondent using by consecutive sampling tehnikue. Independen variable was the strategy of passive case finding and active case finding. Dependent variable was invention victim of lung TB. Data ware collected using by questionnaire. Result showed that using strategy with active case finding was more effective that using strategy of passive case finding. The difference from active case finding related to new case showed that 4 peoples, relaps case 2 peoples, stop drinking medicine 2 peoples, and failure case a people, and passive case finding related to new case showed that 3 peoples, relaps case a people. It can be concluded that the strategy of passive case finding was not snap at all community, so the invention TB of maximally can not be reached. The strategy of active case finding must be explain in Pangarengan Community Health Nursing area for invention TB. Further other reseach will need more study about effectivity establishof carrying out tha strategy of active case finding at the commonity.

**Keyword : The Strategy of Passive Case Finding, Active Case Finding, Invention The Victim Lungs TB.**

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul .....	i
Surat Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan .....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Motto .....	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
Abstrak .....	ix
Daftar Isi .....	x
Daftar Tabel .....	xiii
Daftar Diagram.....	xiv
Daftar Gambar.....	xv
Daftar Lampiran .....	xvii
Daftar Singkatan.....	xviii

<b>BAB 1 PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.3.1 Tujuan umum .....	7
1.3.2 Tujuan khusus .....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
1.4.1 Manfaat teoritis .....	7
1.4.2 Manfaat praktis .....	8

<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>9</b>
2.1 Konsep Tuberkulosis Paru .....	9
2.1.1 Pengertian tuberkulosis .....	9
2.1.2 Etiologi.....	9
2.1.3 Tuberkulosis berdasarkan klasifikasinya .....	10
2.1.4 Manifestasi klinis .....	13
2.1.5 Pemeriksaan laboratorium.....	15
2.1.6 Alur diagnosis TB paru .....	17
2.1.7 Penatalaksanaan Tuberkulosis .....	18
2.1.8 Penanggulangan TBC sesuai dengan strategi nasional ...	27
2.1.9 Advokasi, Komunikasi, dan Mobilisasi Sosial (AKMS) dalam penanggulangan tuberkulosis .....	29
2.2 Konsep Keluarga.....	36
2.2.1 Pengertian keluarga .....	36
2.2.2 Keluarga sebagai sarana pelayanan kesehatan .....	37
2.2.3 Peran perawat keluarga .....	38
2.2.4 Tugas kesehatan keluarga.....	41
2.3 Konsep Perilaku .....	44

2.3.1	Pengertian perilaku.....	44
2.3.2	Perilaku dalam kesehatan .....	44
2.3.3	Proses perubahan perilaku.....	46
2.3.5	Bentuk perubahan perilaku.....	47
2.3.6	Strategi perubahan perilaku.....	48
2.3.7	Teori pola pikir.....	49
<b>BAB 3</b>	<b>KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS</b>	
	<b>PENELITIAN.....</b>	<b>51</b>
3.1	Kerangka Konseptual .....	51
3.2	Hipotesis Penelitian.....	54
<b>BAB 4</b>	<b>METODE PENELITIAN .....</b>	<b>55</b>
4.1	Desain Penelitian.....	55
4.2	Kerangka Kerja .....	55
4.3	Populasi, Sampel dan Sampling.....	54
4.3.1	Populasi .....	55
4.3.2	Sampel .....	55
4.3.3	Sampling.....	56
4.4	Identifikasi Variabel.....	56
4.4.1	Variabel dependen.....	57
4.4.2	Variabel independen.....	57
4.5	Devinisi Operasional.....	57
4.6	Pengumpulan Dan Analisa Data .....	59
4.6.1	Instrumen.....	59
4.6.2	Lokasi dan waktu penelitian.....	60
4.6.3	Prosedur pengambilan data .....	60
4.6.4	Cara analisa data.....	62
4.7	Masalah Etika.....	64
4.7.1	Lembar persetujuan menjadi responden ( <i>informed consent</i> ) .....	64
4.7.2	Tanpa nama ( <i>anonimity</i> ).....	64
4.7.3	Kerahasiaan ( <i>Confidentiality</i> ) .....	64
4.7.4	Keterbatasan .....	65
<b>BAB 5</b>	<b>HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN .....</b>	<b>64</b>
5.1	Hasil Penelitian .....	66
5.1.1	Gambaran umum lokasi penelitian.....	66
5.1.2	Data Umum .....	67
5.1.3	Data Khusus .....	69
5.2	Pembahasan.....	72
5.2.1	Strategi <i>passive case finding</i> dalam upaya penemuan kasus TB paru.....	72
5.2.2	Strategi <i>active case finding</i> dalam upaya penemuan kasus TB paru.....	73
5.2.3	Menganalisis perbandingan strategi <i>passive case finding</i> dan <i>active case finding</i> dalam penemuan kasus TB paru.....	76

<b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>78</b>
6.1 Kesimpulan .....	78
6.2 Saran.....	79
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>81</b>
Lampiran .....	84

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Target penderita TB paru (+) dan suspek TB paru di Puskesmas Pangarengan pada tanggal 22 Oktober 2009 selama tahun 2007-2009.....	4
Tabel 2.1 Jenis, sifat dan dosis OAT.....	19
Tabel 2.2a Dosis untuk panduan OAT KDT untuk kategori 1.....	22
Tabel 2.2b Dosis panduan OAT kombipak untuk kategori 1.....	22
Tabel 2.3a Dosis untuk panduan OAT KDT kategori 2.....	23
Tabel 2.3b Dosis panduan OAT kombipak untuk kategori 2.....	23
Tabel 2.4a Dosis KDT untuk sisipan .....	24
Tabel 2.4b Dosis kombipak untuk sisipan.....	24
Tabel 4.1 Definisi Operasional Analisis strategi <i>passive case finding</i> dan <i>active case finding</i> dalam penemuan kasus TB paru di wilayah kerja Puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang pada tanggal 13-19 Januari 2010.....	57
Tabel 4.2 Kode Soal berdasarkan klasifikasi TB paru .....	93

## DAFTAR DIAGRAM

	Halaman
Diagram 1.1 Prevalensi kasus TB paru di Jawa Timur tanggal 20 Oktober 2009 dari tahun 2006-2008 .....	2
Diagram 1.2 Prevelensi kasus TB paru di Kecamatan Sampang pada tanggal 22 Oktober 2009 selama tahun 2007-2008 .....	3
Diagram 1.3 Prevalensi kasus TB paru di Puskesmas Pangarengan Kecamatan Sampang pada tanggal 22 Oktober 2009 selama tahun 2007-2009 .....	4

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Model kerangka alur diagnosis untuk menentukan kasus tuberkulosis paru .....	17
Gambar 3.1 Perbandingan Strategi <i>passive case finding</i> dan <i>active case finding</i> dalam mencegah peningkatan penularan kasus TB paru menurut teori kerangka pola pikir dan strategi AKMS menurut Gardner (1991), dikutip oleh Dep. Kes. RI (2008).....	51
Gambar 4.1 Pelaksanaan strategi <i>passive case finding</i> dan <i>active case finding</i> dalam penemuan TB paru di wilayah kerja puskesmas Pangarengan Kec.Torjun Kab. Sampang pada tanggal 13-19 Januari 2010.....	55
Gambar 4.2 Kerangka kerja penemuan kasus TB Paru dengan menggunakan Strategi <i>passive case finding</i> dan <i>active case finding</i> di wilayah kerja puskesmas Pangarengan Kec.Torjun Kab. Sampang pada tanggal 13-19 Januari 2010.....	55
Gambar 5.1 Distribusi menurut umur responden yang menderita penyakit TB paru diwilayah kerja Puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang mulai tanggal 13-19 Januari 2010 .....	67
Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah pada penderita TB paru diwilayah kerja Puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang mulai tanggal 13-19 Januari 2010 .....	68
Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin pada penderita TB paru diwilayah kerja Puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang mulai tanggal 13-19 Januari 2010.....	69
Gambar 5.4 Distribusi jumlah responden dalam penemuan kasus pada penderita TB paru dengan menggunakan strategi <i>passive case finding</i> diwilayah kerja Puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang mulai tanggal 13-19 Januari 2010 .....	69
Gambar 5.5 Distribusi jumlah responden dalam penemuan kasus TB paru dengan menggunakan strategi <i>active case finding</i> diwilayah kerja Puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang mulai tanggal 13-19 Januari 2010.....	70

**Gambar 5.6 Distribusi perbandingan penemuan kasus TB paru dengan menggunakan passive case finding dan active case finding diwilayah kerja Puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang mulai tanggal 13-19 Januari 2010.....71**



## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Permohonan bantuan fasilitas pengambilan data awal mahasiswa PSIK-FKp Unair .....	82
Lampiran 2 Permohonan bantuan fasilitas penelitian mahasiswa PSIK-FKp Unair .....	83
Lampiran 3 Surat keterangan melakukan penelitian .....	84
Lampiran 4 Lembar permohonan menjadi responden .....	85
Lampiran 5 Lembar persetujuan menjadi responden .....	86
Lampiran 6 Lembar pertanyaan wawancara.....	87
Lampiran 7 Lembar kuesioner.....	88
Lampiran 8 Lembar kode soal dan penilaian penentuan kasus tb paru berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya.....	92
Lampiran 9 Lembar observasi tersangka penderita (suspek) TB paru hasil pemeriksaan dahak SPS dan Tipe TB .....	93
Lampiran 10 Tabulasi Data Hasil Penelitian.....	94
Lampiran 11 Tabulasi Klasifikasi penderita TB .....	97

## DAFTAR SINGKATAN

AKMS	= Advokasi Komunikasi dan Mobilisasi Sosial
BCG	= <i>Bacillus Calmette et Guaruin</i>
BTA	= Basil Tahan Asam
DOTS	= <i>Directly Observed Treatment, Shorcourse chemotherapy</i>
HIV	= <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
ICF	= <i>Intensified TB case finding</i>
IUATLD	= <i>International Union Against Tuberculosis and Lung Disease</i>
KDT	= Kombinasi Dosis Tetap
KKP	= Kelompok Puskesmas Pelaksana
LSM	= Lembaga Sosial Masyarakat
MDR	= <i>Multi Drugs Resistance</i>
OAT	= Obat Anti Tuberkulosis
PMO	= Pengawas Minum Obat
PPM	= Puskesmas Pelaksana Mandiri
PRM	= Puskesmas Rujukan Mikroskopis
PS	= Puskesmas Satelit
SKRT	= Survei Kesehatan Rumah Tangga
SPS	= Sewaktu, Pagi, Sewaktu
TB	= Tuberkulosis
UPK	= Unit Pelayanan Kesehatan
WHO	= <i>World Health Organization</i>

**BAB I**  
**PENDAHULUAN**

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

*Tuberculosis* merupakan salah satu masalah kesehatan utama yang dihadapi oleh seluruh negara di dunia saat ini (Indriani D, & Adiningsih S, 2005). Upaya penanggulangan *Tuberculosis* yang sudah berpuluh tahun dilakukan belum mampu memberantas tuntas penyakit menular yang menyerang paru-paru. Penanggulangan penyakit TBC tidak cukup hanya dengan ketersediaan obat, keterjangkauan, kemudahan obat didapat, tetapi obat harus dikonsumsi dalam waktu panjang. Penemuan kasus TB paru perlu ditingkatkan dan segera diberikan pengobatan sedini mungkin agar penyebaran TB paru di masyarakat dapat dikontrol (Nadesul H, 2009). Pencarian penderita TB Paru pada DOTS dengan metode *passive case finding* yang direkomendasikan oleh WHO dilakukan dengan memeriksa penderita yang datang atas kemauan sendiri di poliklinik unit pelayanan kesehatan (UPK). Kekurangan dari metode *passive case finding* adalah penderita yang dengan sadar mau berobat ke UPK masih relatif sedikit bahkan dapat dikatakan jarang. Perilaku kesehatan masyarakat tersebut dapat dikatakan beresiko, sebab mereka yang tidak datang periksa dan berobat, berpotensi menularkan TB. Cara *passive case finding* menjadikan cakupan penemuan penderita TB lebih kecil karena petugas hanya menunggu penderita datang ke unit pelayanan kesehatan (Ismail F, dkk, 2007). Program *active case finding* adalah suatu cara menjaring penderita TB Paru yang belum terjaring pelayanan kesehatan dengan melibatkan peran kader masyarakat. Kader masyarakat dengan

pengetahuan yang ada diharapkan dapat mengenali tanda dan gejala dini dari TB Paru untuk segera diobati di unit pelayanan kesehatan terdekat (Efendi F, & Andi C, 2005).

Indonesia termasuk negara dengan kasus TB terbesar ketiga di dunia setelah India dan Cina. Menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995, TB merupakan penyebab kematian nomor 1 dari golongan infeksi. Jumlah penderita TB di Indonesia sekitar 500.000 orang/tahun dengan angka kematian sekitar 175.000 orang/tahun (Soleman, 2006). Menurut mantan Menteri Kesehatan Siti Fadilah Supari Temuan kasus TB tahun 2006 sebesar 74%. Hal tersebut menunjukkan bahwa sekitar 26% penderita masih tersebar dan belum mendapatkan pengobatan dan dapat menularkan penyakitnya kepada orang lain Menurut data Dinas Propinsi Jawa Timur didapatkan data penyebaran TB paru Di Jawa Timur sebagai berikut:

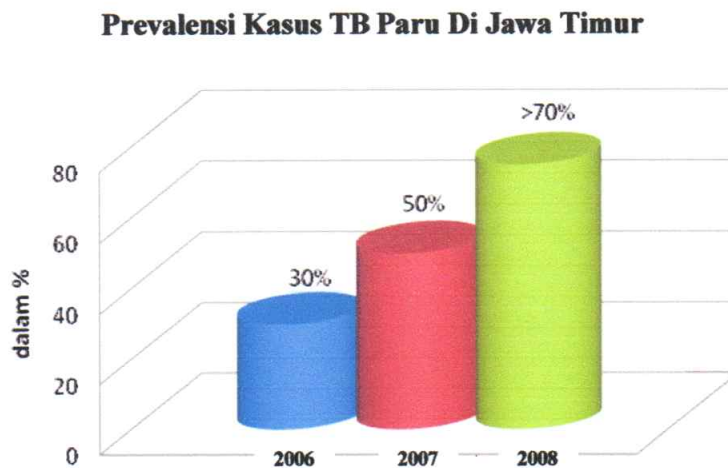


Diagram 1.1 : Prevalensi kasus TB paru di Jawa Timur pada tahun 2006-2008.

Diagram 1.1 tentang prevalensi kasus TB di Jawa Timur dari tahun 2006-2008 selalu meningkat, dan sebanyak >70% penyebaran kasus TB paru terjadi pada tahun 2008.

Menurut data Dinas Kesehatan Kecamatan Sampang data penyebaran TB paru adalah sebagai berikut:

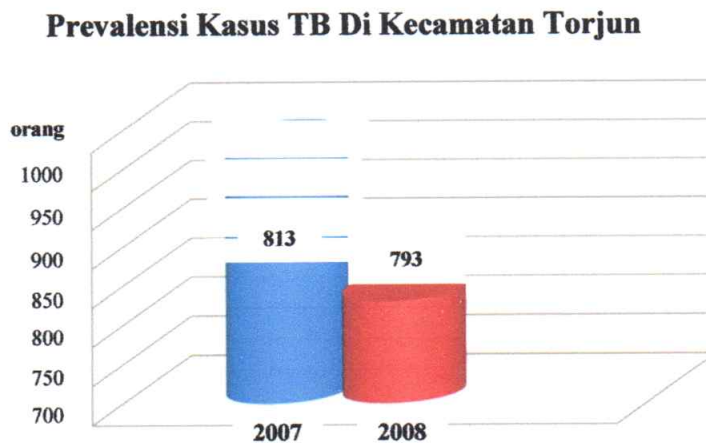


Diagram 1.2 : Prevalensi kasus TB Paru di Kabupaten Sampang pada tahun 2007-2008.

Berdasarkan diagram 1.2 tentang prevalensi kasus TB paru di kecamatan sampang dari tahun 2007-2008 mengalami penurunan sebesar 2%.

Menurut data Puskesmas Pangarengan Sampang bahwa selama ini Puskesmas Pangarengan Sampang dalam penemuan kasus TB masih menggunakan *passive case finding* dan data penyebaran TB paru adalah sebagai berikut:

### Prevalensi Kasus TB Paru Di Puskesmas Pangarengan

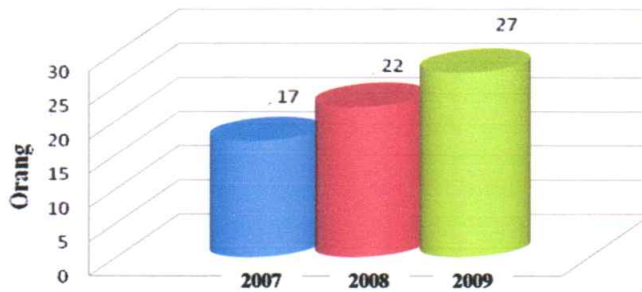


Diagram 1.3 : Prevalensi kasus TB di Puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang pada tahun 2007-2009.

Berdasarkan diagram 1.3 di dapatkan prevalensi kasus TB paru di puskesmas Pangarengan kecamatan Torjun Kabupaten Sampang mulai tahun 2007-2009 selalu mengalami kenaikan, pada tahun 2009 mengalami kenaikan sebesar 40,91% dari tahun sebelumnya.

Tabel 1.1 : Target penderita TB Paru (+) dan suspek TB Paru di puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang selama tahun 2007-2009.

Target Penderita TB Paru BTA (+) Dan Suspek TB Di Puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang			
Tahun	Suspek TB Paru	TB (+)	Target Suspek TB paru
2007	28 orang	17 orang	220 orang
2008	36 orang	22 orang	220 orang
2009	37 orang	27 Orang	220 orang

Target dalam penemuan suspek penderita TB paru mulai tahun 2007 sampai tahun 2009 dalam setiap tahunnya tidak pernah mencapai target yang ditentukan, dimana dalam penemuan suspek TB paru di Puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang masih menggunakan strategi *passive case finding*. Program DOTS dengan menggunakan *passive case finding* perlu dipertimbangkan kembali.

Dampak kegagalan program DOTS menyebabkan kasus dan jumlah kematian akibat TB yang semakin meningkat, TB menjadi epidemik yang sulit di obati, kekurangan data atau informasi TB yang *reliable*. Penemuan kasus dan pengobatan berkaitan sangat erat dan merupakan prioritas kegiatan yang paling tinggi dalam program pemberantasan TB paru. Penemuan penderita dan pengobatan bertujuan mencegah penyakit serta tujuan epidemiologik untuk memutuskan rantai penularan, dengan demikian menurunkan beban penyakit di masa mendatang (Rosmini, 2007).

Keluarga merupakan orang terdekat dari seseorang yang mengalami gangguan kesehatan dalam keadaan sakit. Keluarga juga merupakan salah satu indikator dalam masyarakat yang dapat mempengaruhi masyarakat sehat atau sakit. Salah satu upaya keluarga dalam mengontrol kesehatan dengan memeriksakan anggota keluarganya sedini mungkin ke pelayanan kesehatan untuk setiap anggota keluarga yang merupakan suspek TB khususnya pada penderita TB yang sedang menjalani pengobatan supaya kontrol secara teratur sebagai upaya pencegahan dan penyembuhan bagi penderita dan memutuskan rantai penularan (Efendi, 1998 dikutip oleh Zuhdi, 2008).

Mulai tahun 1999 kasus TB Paru di Indonesia cenderung meningkat sehingga pelaksanaan DOTS secara *passive case finding* perlu ditinjau ulang. Alternatif program pemberantasan TB Paru adalah pelaksanaan program DOTS dengan *active case finding*. Kelebihan dari *active case finding* adalah dapat menemukan secara tepat dan cepat penderita TB Paru di masyarakat yang tidak mau berobat. Mereka setelah di *follow up* oleh petugas kesehatan mereka bersedia memeriksakan diri ke unit pelayanan kesehatan. Pemanfaatan strategi DOTS



secara *active case finding* dapat meningkatkan cakupan DOTS sehingga lebih banyak penderita yang ditangani, mencegah terjadinya penularan. (Efendi F, & Andi C, 2005). Direktur Pengendalian Penyakit Menular Langsung Departemen Kesehatan Rosmini Day menjelaskan sistem penemuan kasus aktif adalah strategi deteksi kasus yang dilakukan dengan menurunkan petugas kesehatan ke lapangan. Mereka tidak hanya menunggu pasien datang ke Puskesmas, tetapi mereka turun ke lapangan, melakukan penyuluhan kepada masyarakat dan mencari kasus TB baru (Rosmini, 2007)

## 1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimanakah pelaksanaan strategi *passive case finding* terhadap penemuan kasus baru, kasus kambuh, kasus setelah putus berobat, kasus setelah gagal, kasus pindahan, kasus kronik dalam upaya mencegah peningkatan penularan kasus TB paru di wilayah kerja puskesmas pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang?
2. Bagaimanakah pelaksanaan strategi *active case finding* terhadap penemuan kasus baru, kasus kambuh, kasus setelah putus berobat, kasus setelah gagal, kasus pindahan, kasus kronik dalam upaya mencegah peningkatan penularan kasus TB paru di wilayah kerja puskesmas pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang?
3. Apakah ada perbandingan strategi *passive case finding* dengan *active case finding* dalam upaya mencegah peningkatan penularan kasus TB paru di wilayah kerja puskesmas pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang?

### **3.1 Tujuan Penelitian**

#### **3.1.1 Tujuan umum**

Menjelaskan pelaksanaan strategi *passive case finding* dan *active case finding* dalam penemuan penderita TB paru di wilayah kerja puskesmas pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang.

#### **3.1.2 Tujuan khusus**

1. Mengidentifikasi pelaksanaan strategi *passive case finding* terhadap penemuan kasus baru, kasus kambuh, kasus setelah putus berobat, kasus setelah gagal, kasus pindahan, kasus kronik dalam upaya mencegah peningkatan penularan kasus TB paru di wilayah kerja puskesmas pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang.
2. Mengidentifikasi pelaksanaan strategi *active case finding* terhadap penemuan kasus baru, kasus kambuh, kasus setelah putus berobat, kasus setelah gagal, kasus pindahan, kasus kronik dalam upaya mencegah peningkatan penularan kasus TB paru di wilayah kerja puskesmas pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang.
3. Menganalisis pelaksanaan perbandingan strategi *passive case finding* dengan *active case finding* dalam penemuan penderita TB paru di wilayah kerja puskesmas pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang.

### **3.2 Manfaat Penelitian**

#### **3.2.1 Teoritis**

Sebagai informasi ilmiah tentang pelaksanaan strategi *passive case finding* dan *active case finding* dalam upaya penemuan penderita TB paru.

### 3.2.2 Praktis

1. Memberikan gambaran tentang pelaksanaan strategi *passive case finding* dan *active case finding* dalam upaya penemuan penderita TB paru bagi puskesmas pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang.
2. Meningkatkan SDM dalam pelaksanaan strategi *active case finding* dalam upaya peningkatan penemuan TB paru bagi puskesmas dan pemegang program TB paru di wilayah kerja puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang.

## **BAB 2**

# **TINJAUAN PUSTAKA**

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini akan dibahas mengenai konsep tuberkulosis Paru mulai dari pencarian kasus baik secara aktif maupun pasif sampai strategi penanganan tuberkulosis menurut WHO, konsep keluarga dalam kesehatan, konsep perilaku dalam kesehatan dan Teori kerangka pola pikir.

#### **2.1 Konsep Tuberkulosis Paru**

##### **2.1.1 Pengertian tuberkulosis**

Tuberkulosis adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tubeculosis* (Dewanti, 2009).

Penyakit tuberkulosis paru adalah penyakit menular yang menyerang paru-paru yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberkulosis* bersifat aerob dan berbentuk batang (Hiswani, 2009).

##### **2.1.2 Etiologi**

Tuberkulosis paru merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh basil *mikrobakterium tuberkulosis* tipe humanus, sejenis kuman yang berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-4/mm dan tebal 0,3-0,6/mm. Sebagian besar kuman terdiri atas asam lemak (lipid). Lipid inilah yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam dan lebih tahan terhadap gangguan kimia dan fisik.

Kuman ini tahan hidup pada udara kering maupun dalam keadaan dingin dapat tahan bertahun-tahun dalam lemari es. Hal ini terjadi karena kuman berada dalam sifat dormant. Dari sifat dormant ini kuman dapat bangkit kembali dan menjadikan tuberkulosis aktif kembali. Sifat lain kuman adalah aerob. Sifat ini

menunjukkan bahwa kuman lebih menyenangi jaringan yang tinggi kandungan oksigennya. Dalam hal ini tekanan bagian apikal paru-paru lebih tinggi dari pada bagian lainnya, sehingga bagian apikal ini merupakan tempat predileksi penyakit tuberkulosis (Utopias, 2008)

### **2.1.3 Tuberkulosis berdasarkan klasifikasinya**

Penentuan klasifikasi penyakit dan tipe pasien tuberkulosis oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2008) adalah sebagai berikut:

#### **1. Klasifikasi berdasarkan organ tubuh yang terkena**

##### **a. Tuberkulosis paru.**

Tuberkulosis paru adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan (parenkim) paru. tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus.

##### **b. Tuberkulosis ekstra paru.**

Tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (pericardium), kelenjar lymfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain.

#### **2. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis**

##### **a. Tuberkulosis paru BTA positif.**

- 1) Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.**
- 2) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran tuberkulosis.**
- 3) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif.**

- 4) 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.

b. Tuberkulosis paru BTA negatif

Kasus yang tidak memenuhi definisi pada TB paru BTA positif. Kriteria diagnostik TB paru BTA negatif harus meliputi:

- 1) Paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negative
- 2) Foto toraks abnormal menunjukkan gambaran tuberkulosis.
- 3) Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.
- 4) Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan.

3. Klasifikasi berdasarkan tingkat keparahan penyakit.

- a. TB paru BTA negatif foto toraks positif dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu bentuk berat dan ringan.
- b. Bentuk berat bila gambaran foto toraks memperlihatkan gambaran kerusakan paru yang luas (misalnya proses "*far advanced*"), dan atau keadaan umum pasien buruk.
- c. TB ekstra-paru dibagi berdasarkan pada tingkat keparahan penyakitnya, yaitu:
  - 1) TB ekstra paru ringan, misalnya: TB kelenjar limfe, pleuritis eksudativa unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi, dan kelenjar adrenal.
  - 2) TB ekstra-paru berat, misalnya: meningitis, milier, perikarditis, peritonitis, pleuritis eksudativa bilateral, TB tulang belakang, TB usus, TB saluran kemih dan alat kelamin.

#### 4. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya

Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya dibagi menjadi beberapa tipe pasien, yaitu:

a. Kasus baru

Adalah pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu).

b. Kasus kambuh (*Relaps*)

Adalah pasien tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, didiagnosis kembali dengan BTA positif (apusan atau kultur).

c. Kasus pengobatan setelah putus berobat (*Default*)

Adalah pasien yang telah berobat dan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif.

d. Kasus gagal (*Failure*)

Adalah pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.

e. Kasus Pindahan (*Transfer In*)

Adalah pasien yang dipindahkan dari UPK yang memiliki register TB lain untuk melanjutkan pengobatannya.

f. Kasus lain:

Adalah semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan diatas. Dalam kelompok ini termasuk Kasus Kronik, yaitu pasien dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulangan.



#### 2.1.4 Manifestasi klinis

Tuberkulosis sering dijuluki "*the great imitator*" yaitu suatu penyakit yang mempunyai banyak kemiripan dengan penyakit lain yang juga memberikan gejala umum seperti lemah dan demam. Pada sejumlah penderita gejala yang timbul tidak jelas sehingga diabaikan bahkan kadang-kadang asimtomatik.

Gambaran klinik TB paru dapat dibagi menjadi 2 golongan, gejala respiratorik dan gejala sistemik (Alsagaff H, 2005):

##### 1. Gejala respiratorik, meliputi:

###### a. Batuk

Gejala batuk timbul paling dini dan merupakan gangguan yang paling sering dikeluhkan. Mula-mula bersifat non produktif kemudian berdahak bahkan bercampur darah bila sudah ada kerusakan jaringan.

###### b. Batuk darah

Darah yang dikeluarkan dalam dahak bervariasi, mungkin tampak berupa garis atau bercakbercak darah, gumpalan darah atau darah segar dalam jumlah sangat banyak. Batuk darah terjadi karena pecahnya pembuluh darah. Berat ringannya batuk darah tergantung dari besar kecilnya pembuluh darah yang pecah.

###### c. Sesak napas

Gejala ini ditemukan bila kerusakan parenkim paru sudah luas atau karena ada hal-hal yang menyertai seperti efusi pleura, pneumothorax, anemia dan lain-lain.

d. Nyeri dada

Nyeri dada pada TB paru termasuk nyeri pleuritik yang ringan. Gejala ini timbul apabila sistem persarafan di pleura terkena.

2. Gejala sistemik, meliputi:

a. Demam

Merupakan gejala yang sering dijumpai biasanya timbul pada sore dan malam hari mirip demam influenza, hilang timbul dan makin lama makin panjang serangannya sedang masa bebas serangan makin pendek.

b. Gejala sistemik lain

Gejala sistemik lain ialah keringat malam, anoreksia, penurunan berat badan serta malaise. Timbulnya gejala biasanya gradual dalam beberapa minggu-bulan, akan tetapi penampilan akut dengan batuk, panas, sesak napas walaupun jarang dapat juga timbul menyerupai gejala pneumonia.

1) Gejala klinis Haemoptoe

Kita harus memastikan bahwa perdarahan dari nasofaring dengan cara membedakan ciri-ciri sebagai berikut :

(a) Batuk darah

- (1) Darah dibatukkan dengan rasa panas di tenggorokan
- (2) Darah berbuih bercampur udara
- (3) Darah segar berwarna merah muda
- (4) Darah bersifat alkalis
- (5) Anemia kadang-kadang terjadi
- (6) Benzidin test negatif

(b) Muntah darah

- (1) Darah dimuntahkan dengan rasa mual
- (2) Darah bercampur sisa makanan
- (3) Darah berwarna hitam karena bercampur asam lambung
- (4) Darah bersifat asam
- (5) Anemia seriang terjadi
- (6) Benzidin test positif

(c) Epistaksis

- (1) Darah menetes dari hidung
- (2) Batuk pelan kadang keluar
- (3) Darah berwarna merah segar
- (4) Darah bersifat alkalis
- (5) Anemia jarang terjadi

### 2.1.5 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium untuk TB paru meliputi pemeriksaan bakteriologi, hematologi, hispatologi, tuberkulin (Isa M, 2001).

#### 1. Pemeriksaan bakteriologi

Penemuan kuman tuberkulosis pada pemeriksaan sputum penderita, merupakan diagnosis pasti tuberkulosis. Bahan untuk pemeriksaan bakteriologi dapat berasal dari sputum, bilasan bronkus, jaringan paru, cairan pleura dll. Pemeriksaan hematologi

Laju Endap Darah (LED) sering meningkat pada proses aktif tetapi LED normal tidak menyingkirkan tuberkulosis. Limfositpun kurang spesifik.

### 3. Pemeriksaan Histopatologi

Bahan hispatologi jaringan dapat diperoleh dari biopsi TBLB (*Trans Bronkeal Lung Biopsi*), TTB (*Trans Thorakal Biopsi*), biopsi paru terbuka, biopsi pleura, biopsi kelenjar dan biopsi organ lain di luar paru. Dapat pula biopsi dengan jarum halus. Diagnosis pasti infeksi TB didapatkan apabila hasil berupa granuloma dengan pengejuan.

### 4. Pemeriksaan tuberkulin

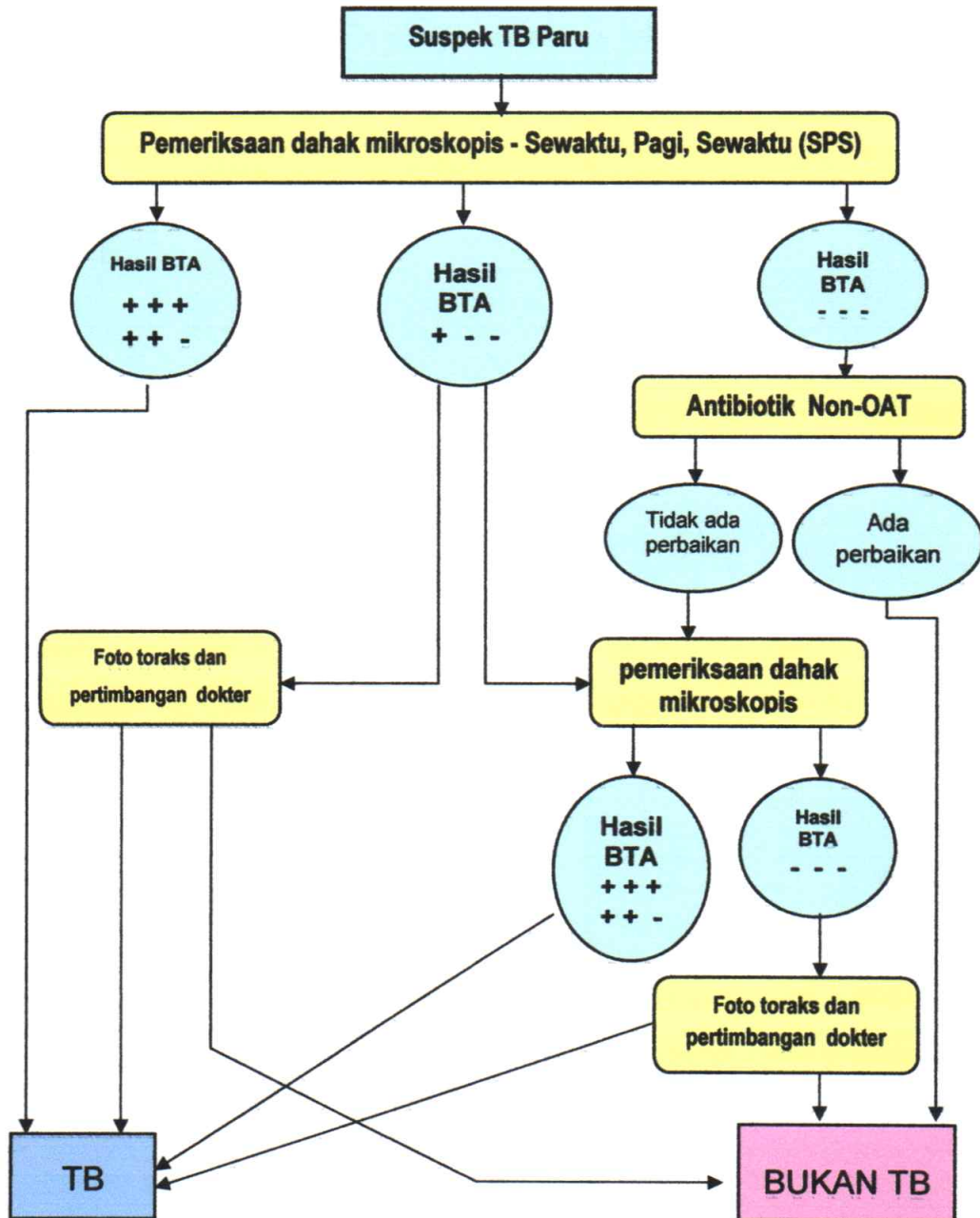
Tuberkulin yang secara luas dipakai di seluruh dunia adalah PPD-S dan RT-23. PPD-S diproduksi oleh FB Seibert pada tahun 1939 menggunakan *saturated ammonium sulfat* sebagai respirator untuk fraksi protein. Produk ini di adopsi oleh WHO sebagai standar *International Purified Protein Derivative of Tuberkulin*. Dosis 0,1 ml PPD-S atau RT-23 disuntik secara intra dermmal pada daerah sepertiga atas sisi ekstensor lengan kiri. Pembacaan reaksi tuberkulin dilakukan 3 hari setelah injeksi. Apabila penyuntikannya benar maka segera setelah injeksi akan timbul *papule* di kulit sebesar 6-10 mm. Apabila suntikan subkutan maka harus diulangi di titik yang lain. Pembacaan 3 hari setelah injeksi, reaksi meragukan apabila indurasi 5-9 mm dan reaksi negatif apabila reaksi 0-4 mm

Dewasa ini tes tuberkulin dipergunakan untuk keperluan:

- a. Secara klinis menentukan adanya infeksi tuberkulosis
- b. Identifikasi kelompok resiko tinggi yang mungkin akan menjadi penderita tuberkulosis.
- c. *Technical assessment* terhadap vaksinasi BCG

d. Surveillance tuberkulosis untuk menentukan prevalensi dan insiden penyakit tuberkulosis.

2.1.6 Alur Diagnosis TB Paru (Depkes, 2008)



Gambar 2.1 : Model kerangka alur diagnosis untuk menentukan kasus tuberkulosis Paru

### 2.1.7 Penatalaksanaan tuberkulosis

Penatalaksanaan TB paru dapat dibagi menjadi 3 bagian yaitu pencegahan, pengobatan dan penemuan penderita.

#### 1. Pencegahan tuberkulosis paru (Isa M, 2001)

- a. Pemeriksaan kontak yaitu pemeriksaan terhadap individu yang bergaul erat dengan penderita tuberkulosis paru BTA positif. Pemeriksaan meliputi tes tuberkulin, klinis dan radiologis. Bila tes tuberkulin positif maka pemeriksaan radiologi thorak foto diulang pada 6-12 bulan mendatang. Bila masih negatif berikan BCG vaksinasi, bila positif berarti terjadi konversi hasil test tuberkulin, maka berikan kemoprofilaksis.
- b. Mass chest X-ray yaitu pemeriksaan massal terhadap kelompok-kelompok tertentu misalnya karyawan rumah sakit, penghuni rumah tahanan, siswa-siswi pesantren.
- c. Vaksinasi BCG
- d. Kemoprofilaksis yaitu dengan menggunakan INH 5 mg/kk BB selama 6-12 bulan dengan tujuan menghancurkan atau mengurangi populasi bakteri yang masih sedikit. Indikasi utama kemoprofilaksis ialah bagi bayi yang menyusui pada ibu dengan BTA positif. Sedangkan *secondary chemoprophylaxis* diperlukan bagi kelompok berikut:
  - 1) Bayi di bawah 20 tahun dengan tuberkulin positif karena resiko timbulnya TB milier dan meningitis TB
  - 2) Anak dan remaja di bawah 20 tahun dengan tuberkulin positif yang bergaul erat dengan penderita TB yang menular

- 3) Individu yang menunjukkan konversi hasil tuberkulintest dari negatif menjadi positif
  - 4) Penderita yang menerima pengobatan steroid jangka panjang atau obat-obatan imunosupresif
  - 5) Penderita diabetes millitus
- e. KIE (komunikasi, informasi dan edukasi) tentang penyakit tuberkulosis kepada masyarakat ditingkat puskesmas maupun ditingkat rumah sakit, oleh petugas dari pemerintah maupun petugas dari LSM

## 2. Pengobatan tuberkulosis paru (Depkes, 2008)

Pengobatan TB Paru bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap obat anti tuberkulosis (OAT). Pengobatan TB Paru diantaranya sebagai berikut:

### a. Jenis, sifat dan dosis OAT

Tabel 2.1: Jenis, sifat dan dosis OAT

Jenis OAT	Sifat	Dosis yang direkomendasikan (mg/kg)	
		Harian	3x seminggu
Isoniazid (H)	Bakterisid	5 (4-6)	10 (8-12)
Rifampicin (R)	Bakterisid	10 (8-12)	10 (8-12)
Pyrazinamide (Z)	Bakterisid	25 (20-30)	35 (30-40)
Streptomycin (S)	Bakterisid	15 (12-18)	
Ethambutol (E)	Bakteriostatik	15 (15-20)	30 (20-25)

## b. Prinsip pengobatan

Pengobatan tuberkulosis dilakukan dengan prinsip-prinsip sebagai berikut:

- 1) OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis yang tepat sesuai dengan katagori pengobatan. Jangan gunakan OAT tunggal (monoterapi). Pemakaian OAT Kombinasi Dosis Tetap (OAT-KDT) lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan.
- 2) Untuk menjamin kepatuhan pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung (DOT=*Directly Observed treatment*) oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO)
- 3) Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap awal (intensif) dan lanjutan.

### a) Tahap awal (intensif)

- (1) Pada tahap awal (intensif) pasien mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk terjadinya resistensi obat.
- (2) Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya pasien menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu.
- (3) Sebagian besar pasien TB BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) dalam 2 bulan.

### b) Tahap lanjutan

- (1) Pada tahap lanjutan pasien mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama.
- (2) Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman *persister* sehingga mencegah terjadinya kekambuhan.



c. Panduan OAT yang digunakan di Indonesia

- 1) WHO dan IUATLD (*International Union Against Tuberculosis and lung Disease*) merekomendasikan panduan OAT standar, yaitu:
  - 2) Kategori 1
    - a) 2HRZE/4H3R3
    - b) 2HRZE/4HR
    - c) 2HRZE/6HE
  - 3) Kategori 2
    - a) 2HRZES/HRZE/5H3R3E3
    - b) 2HRZES/HRZE/5HRE
  - 4) Kategori 3
    - a) 2HRZ/4H3R3
    - b) 2HRZ/4HR
    - c) 2HRZ/6HE
- 5) Panduan OAT yang digunakan oleh program nasional penanggulangan tuberkulosis di Indonesia
  - a) Kategori 1 : 2HRZE/4(HR)3
  - b) Kategori 2 : 2HRZES/(HRZE)/5(HR)3E3
  - c) Di samping ke dua kategori di atas disediakan panduan OAT sisipan :  
HRZE dan OAT anak : 2HRZ/4HR
- 6) Paduan OAT kategori-1 dan kategori-2 disediakan dalam bentuk paket berupa obat kombinasi dosis tetap (OAT-KDT), sedangkan kategori anak sementara ini disediakan dalam bentuk OAT kombipak. Tablet OAT KDT ini terdiri dari kombinasi 2 atau 4 jenis obat dalam satu tablet. Dosisnya

disesuaikan dengan berat badan pasien. Paduan ini dikemas dalam satu paket untuk satu pasien.

#### 7) Paket Kombipak.

Adalah paket obat lepas yang terdiri dari Isoniasid, Rifampisin, Pirazinamid dan Etambutol yang dikemas dalam bentuk blister. Paduan OAT ini disediakan program untuk digunakan dalam pengobatan pasien yang mengalami efek samping OAT KDT.

#### d. Panduan OAT dan peruntukannya

##### 1) Kategori 1

Paduan OAT ini diberikan untuk pasien baru:

- a) Pasien baru TB paru BTA positif.
- b) Pasien TB paru BTA negatif foto toraks positif
- c) Pasien TB ekstra paru

Tabel 2.2a : Dosis untuk paduan OAT KDT untuk Kategori 1

Berat Badan	Tahap Intensif tiap hari selama 56 hari RHZE (150/75/400/275)	tiap hari selama 56 hari 3 kali seminggu selama 16 minggu RH (150/150)
30 – 37 kg	2 tablet 4KDT	2 tablet 2KDT
38 – 54 kg	3 tablet 4KDT	3 tablet 2KDT
55 – 70 kg	4 tablet 4KDT	4 tablet 2KDT
≥ 71 kg	5 tablet 4KDT	5 tablet 2KDT

Tabel 2.2b : Dosis paduan OAT-Kombipak untuk Kategori 1

Tahap Pengobatan	Lama Pengobatan	Dosis per hari / kali				Jumlah hari/kali menelan obat
		Tablet Isoniasid @ 300 mgr	Kaplet Rifampisin @ 450 mgr	Tablet Pirazinamid @ 500 mgr	Tablet Etambutol @ 250 mgr	
Intensif	2 Bulan	1	1	4	4	56
Lanjutan	4 Bulan	2	1	-	-	48

##### 2) Kategori 2

Paduan OAT ini diberikan untuk pasien BTA positif yang telah diobati sebelumnya:

- a) Pasien kambuh
- b) Pasien gagal
- c) Pasien dengan pengobatan setelah putus berobat (*default*)

Tabel 2.3a : Dosis untuk paduan OAT KDT Kategori 2

Berat Badan	Tahap Intensif tiap hari RHZE (150/75/400/275) + S		Tahap Lanjutan 3 kali seminggu RH (150/150) + E(400)
	Selama 56 har	Selama 28 hari	selama 20 minggu
30-37 kg	2 tab 4KDT + 500 mg Streptomisin inj.	2 tab 4KDT	2 tab 2KDT + 2 tab Etambutol
38-54 kg	3 tab 4KDT + 750 mg Streptomisin inj.	3 tab 4KDT	3 tab 2KDT + 3 tab Etambutol
55-70 kg	4 tab 4KDT + 1000 mg Streptomisin inj.	4 tab 4KDT	4 tab 2KDT + 4 tab Etambutol
≥71 kg	5 tab 4KDT + 1000mg Streptomisin inj.	5 tab 4KDT	5 tab 2KDT + 5 tab Etambutol

Tabel 2.3b : Dosis paduan OAT Kombipak untuk Kategori 2

Tahap Pengobatan	Lama Pengobatan	Tablet Isoniasid @ 300 mgr	Kaplet Rifampisin @ 450 mgr	Tablet Pirazinamid @ 500 mgr	Etambutol		Streptomisin injeksi	Jumlah hari/kali menelan obat
					Tablet @ 250 mgr	Tablet @ 400 mgr		
Tahap Intensif (dosis harian)	2 bln	1	1	3	3	-	0,75 gr	56
	1 bln	1	1	3	3	-	-	28
Tahap Lanjutan (dosis 3x seminggu)	4 bln	2	1	-	1	2	-	60

**Catatan:**

1. Untuk pasien yang berumur 60 tahun ke atas dosis maksimal untuk streptomisin adalah 500mg tanpa memperhatikan berat badan.
2. Untuk perempuan hamil lihat pengobatan TB dalam keadaan khusus.
3. Cara melarutkan streptomisin vial 1 gram yaitu dengan menambahkan aquabidest sebanyak 3,7ml sehingga menjadi 4ml.  
(1ml = 250mg).

## 3) OAT sisipan

Paket sisipan KDT adalah sama seperti paduan paket untuk tahap intensif kategori 1 yang diberikan selama sebulan (28 hari).

Tabel 2.4a : Dosis KDT untuk Sisipan

Berat Badan	Tahap Intensif tiap hari selama 28 hari RHZE (150/75/400/275)
30 – 37 kg	2 tablet 4KDT
38 – 54 kg	4 tablet 4KDT
55 – 70 kg	4 tablet 4KDT
≥ 71 kg	5 tablet 4KDT

Tabel 2.4b : Dosis OAT Kombipak untuk Sisipan

Tahap Pengobatan	Lamanya Pengobatan	Tablet Isoniasid @ 300 mgr	Kaplet Ripamfisins @ 450 mgr	Tablet Pirazinamid @ 500 mgr	Tablet Etambutol @ 250 mgr	Jumlah hari/kali menelan obat
Tahap intensif (dosis Harian)	1 bulan	1	1	3	3	28

Penggunaan OAT lapis kedua misalnya golongan aminoglikosida (misalnya kanamisin) dan golongan kuinolon tidak dianjurkan diberikan kepada pasien baru tanpa indikasi yang jelas karena potensi obat tersebut jauh lebih rendah daripada OAT lapis pertama. Disamping itu dapat juga meningkatkan terjadinya risiko resistensi pada OAT lapis kedua.

### 3. Penemuan penderita TB paru

Penemuan kasus TB atau “*Intensified TB case finding*” (ICF) adalah suatu kegiatan, yang diusulkan oleh WHO, bermaksud untuk mendeteksi kasus TB sedini mungkin pada orang yang hidup dengan HIV (Odha) biasanya memakai angket yang sederhana untuk tanda dan gejala TB. ICF tidak berarti membuat diagnosis TB, melainkan menjadi langkah pertama menuju pembuatan diagnosis. Akhirnya bila ICF dapat mempengaruhi, terduga TB harus menerima penilaian diagnosis yang teliti, dengan hasil cepat tersedia dan mulai pengobatan yang sesuai untuk menyembuhkan TB bila aktif, atau untuk mencegahnya bila belum aktif.

Program penanggulangan TB umumnya tergantung pada penemuan kasus TB secara pasif dengan mewajibkan orang dengan TB untuk melaporkan untuk diagnosis dan perawatan. Untuk orang dengan HIV (Odha), cara ini cenderung terlambat karena mereka berisiko jauh lebih tinggi terhadap TB dengan jumlah kasus TB yang baru melonjak secara dramatis dalam 15 tahun terakhir ini.

Penemuan penderita (*case finding*) TB dengan 2 strategi antara lain (Efendi F, & Andi C, 2005):

a. *Passive case finding*

Pencarian penderita TB pada DOTS dengan metode *passive case finding* yang direkomendasikan oleh WHO adalah dengan memeriksa penderita yang datang atas kemauan sendiri di poliklinik unit pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas pembantu). Kelebihan metode *passive case finding* adalah penderita yang datang berobat benar-benar mempunyai keinginan untuk memeriksakan kelainan yang dirasakan pada dirinya ke UPK sehingga kemungkinan untuk drop out kecil yang dalam jangka panjangnya dapat meningkatkan angka kesembuhan. Kekurangan dari metode *passive case finding* adalah penderita yang dengan sadar mau berobat ke UPK masih relatif sedikit bahkan dapat dikatakan jarang. Perilaku kesehatan masyarakat tersebut dapat dikatakan beresiko, sebab mereka yang tidak datang periksa dan berobat potensial menularkan TB. Jika pemerintah masih menekankan metode *passive case finding* maka penderita TB Paru aktif di masyarakat akan semakin *underreported*. Dari permasalahan diatas dapat disimpulkan bahwa dengan metode *passive case finding* angka cakupan, penemuan dan pengobatan penderita rendah.

*b. Active case finding*

Pembinaan para kader masyarakat terutama keluarga pasien dilakukan secara intensif dan dievaluasi berkala. Kader masyarakat dalam tahap pembinaan difokuskan pada suspek TB Paru untuk segera periksa ke unit pelayanan kesehatan setempat. Materi yang perlu diberikan meliputi: Pengetahuan mengenai TB Paru, Riwayat pengobatan sebelumnya, Bagaimanakah cara pengobatan dan penularan TB Paru, Pentingnya pengawasan langsung menelan obat, Cara merujuk ke unit pelayanan kesehatan, Bagaimana memotivasi penderita TB, Kader masyarakat bertugas memotivasi, membawa dan mengantarkan penderita dengan suspek TB paru tersebut ke unit layanan kesehatan terdekat agar segera mendapat pengobatan. Keluarga dengan supervisi dari petugas kesehatan melakukan *active case finding* untuk mencari penderita suspek TB. Jika ditemukan pasien dengan suspek TB (batuk lebih dari 3 minggu, batuk darah, sesak nafas dan nyeri dada serta berkeringat malam hari walaupun tanpa kegiatan) maka penderita tersebut dibawa ke UPK terdekat untuk mendapatkan pengobatan.

Kelebihan dari *active case finding* adalah dapat menemukan secara tepat dan cepat penderita TB Paru di masyarakat yang enggan berobat. Mereka dapat terjaring oleh kader masyarakat yang kemudian di follow up supaya mereka bersedia memeriksakan diri ke unit pelayanan kesehatan. Pemanfaatan strategi DOTS secara *active case finding* berbasis masyarakat ini diharapkan dapat meningkatkan cakupan DOTS sehingga lebih banyak

penedrita yang ditangani, mencegah terjadinya penularan dan dampak lebih lanjut akibat TB.

### **2.1.8 Penanggulangan TBC sesuai dengan Strategi Nasional**

Strategi penanggulangan TBC sesuai dengan strategi nasional antara lain paradigma sehat, Program DOTS, peningkatan mutu pelayanan. (Pusat Kesehatan Kerja Departemen Kesehatan RI, 2006)

#### **1. Paradigma Sehat**

Paradigma sehat sebagai penanggulangan TB sesuai dengan strategi nasional meliputi hal-hal sebagai berikut:

- a. Meningkatkan penyuluhan untuk menemukan penderita TB sedini mungkin, serta meningkatkan cakupan Promosi kesehatan dalam rangka meningkatkan perilaku hidup sehat
- b. Perbaiki perumahan serta peningkatan status gizi, pada kondisi tertentu.

#### **2. Program DOTS (*Directly Observed Treatment, Shortcourse chemotherapy*)**

Fokus utama DOTS adalah penemuan kasus dan penyembuhan pasien, prioritas diberikan kepada pasien TB tipe menular, strategi ini akan memutuskan penularan TB dan dengan demikian akan menurunkan insidens TB di masyarakat. Menemukan dan menyembuhkan merupakan cara terbaik dalam upaya pencegahan penularan TB. WHO telah merekomendasikan strategi DOTS sebagai strategi dalam penanggulangan TB sejak tahun 1995. Bangsa dunia menyatakan strategi DOTS sebagai salah satu intervensi kesehatan yang paling efektif. Integrasi kedepan pelayanan kesehatan dasar sangat dianjurkan demi efisiensi dan efektifitasnya. Strategi DOTS terdiri dari 5 komponen kunci:

- a. Komitmen politis
- b. Pemeriksaan dahak mikroskopik yang terjamin mutunya
- c. Pengobatan jangka pendek yang standar bagi semua kasus TB dengan tatalaksana kasus yang tepat, termasuk pengawasan langsung pengobatan.
- d. Jaminan ketersediaan OAT yang bermutu
- e. Sistem pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien dan kinerja program secara keseluruhan.

Strategi DOTS di atas telah dikembangkan oleh kemitraan global dalam penanggulangan TB dengan memperluas strategi DOTS sebagai berikut:

1. Mencapai, mengoptimalkan dan mempertahankan mutu DOTS
  2. Merespon masalah TB-HIV, MDR-TB dan tantangan lainnya
  3. Berkontribusi dalam penguatan system kesehatan
  4. Melibatkan semua pemberi pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta.
  5. Memberdayakan pasien dan masyarakat
  6. Malaksanakan dan mengembangkan riset
3. Peningkatan mutu pelayanan
- a. Pelatihan seluruh tenaga pelaksana
  - b. Mengembangkan materi pendidikan kesehatan tentang pengendalian TBC menggunakan media yang cocok untuk tempat kerja
  - c. Ketepatan diagnosis TBC dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopik
  - d. Kualitas laboratorium diawasi melalui pemeriksaan uji silang (cross check)
  - e. Untuk menjaga kualitas pemeriksaan laboratorium, dibentuk KPP (Kelompok Puskesmas Pelaksana) terdiri dari 1 (satu) PRM (Puskesmas



Rujukan Mikroskopik) dan beberapa PS (Puskesmas Satelit). Untuk daerah dengan geografis sulit dapat dibentuk PPM (Puskesmas Pelaksana mandiri).

- f. Ketersediaan OAT bagi semua penderita TBC yang ditemukan
- g. Pengawasan kualitas OAT dilaksanakan secara berkala dan terus menerus.
- h. Keteraturan menelan obat sehari-hari diawasi oleh Pengawas Menelan Obat (PMO).
- i. Pencatatan pelaporan dilaksanakan dengan teratur lengkap dan benar.
- j. Pengembangan program dilakukan secara bertahap
- k. Advokasi sosialisasi kepada para pimpinan perusahaan , organisasi pekerja mengenai dasar pemikiran dan kebutuhan untuk TBC kontrol yang efektif, mencakup kontribusinya dalam pengendalian TBC di tempat kerja.
- l. Kabupaten/kota sebagai titik berat manajemen program meliputi : perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi serta mengupayakan sumber daya (dana, tenaga, sarana dan prasarana).
- m. Membuat peta TBC sehingga ada daerah-daerah yang perlu di monitor penanggulangan bagi para pekerja.
- n. Memperhatikan komitmen internasional.

#### **2.1.9 Advokasi, Komunikasi Dan Mobilisasi Sosial (AKMS) Dalam Penanggulangan Tuberkulosis.**

AKMS TB adalah suatu konsep sekaligus kerangka kerja terpadu untuk mempengaruhi dan mengubah kebijakan publik, perilaku dan memberdayakan masyarakat dalam pelaksanaan penanggulangan TB. Sehubungan dengan itu

AKMS TB merupakan suatu rangkaian kegiatan advokasi, komunikasi, dan mobilisasi sosial yang dirancang secara sistematis dan dinamis (Depkes, 2008).

### 1. Batasan AKMS

Advokasi adalah tindakan untuk mendukung upaya masyarakat mendapatkan berbagai sumberdaya atau perubahan kebijakan. Dalam konteks global, advokasi TB diartikan sebagai tindakan intervensi terkoordinasi yang diarahkan untuk menempatkan penanggulangan TB sebagai prioritas dalam agenda politik, untuk menjamin komitmen internasional dan nasional serta menggerakkan sumberdaya yang diperlukan. Pada konteks dalam negeri, advokasi merupakan upaya luas agar pemerintah memiliki komitmen kebijakan yang kuat dalam penanggulangan TB.

Komunikasi merupakan proses dua arah yang menempatkan partisipasi dan dialog sebagai elemen kunci. Dalam konteks penanggulangan TB, komunikasi diarahkan untuk mendorong lingkungan berkreasi melalui pembuatan strategi dan pemberdayaan. Seluruh kegiatan komunikasi disebarluaskan lewat media dan berbagai saluran.

Mobilisasi sosial dalam konteks nasional dan regional merupakan proses penggerakan masyarakat secara aktif melalui konsensus dan komitmen sosial diantara pengambil kebijakan untuk penanggulangan TB. Penggerakan masyarakat dilaksanakan di tingkat paling bawah (*grass root*) dan secara luas berhubungan dengan mobilisasi dan aksi sosial masyarakat.

### 2. Strategi AKMS

Dalam pelaksanaan tiga strategi Advokasi, Komunikasi dan Mobilisasi Sosial tersebut tidak berdiri sendiri, antara satu strategi dengan strategi lainnya saling ada keterkaitan.

**a. Advokasi**

Advokasi adalah upaya secara sistimatis untuk mempengaruhi pimpinan, pembuat/penentu kebijakan dan keputusan, dalam penyelenggaraan penanggulangan tuberkulosis. Pendekatan kepada pimpinan ini dapat dilakukan dengan cara bertatap muka langsung (audiensi), konsultasi, memberikan laporan, pertemuan/rapat kerja, lokakarya dan sebagainya sesuai dengan situasi dan kondisi masing-masing unit. Dalam melakukan advokasi perlu dipersiapkan data atau informasi yang cukup serta bahan-bahan pendukung lainnya yang sesuai agar dapat meyakinkan mereka dalam memberikan dukungan. Langkah yang perlu dipersiapkan untuk merencanakan kegiatan advokasi:

- 1) Analisa situasi
- 2) Memilih strategi yang tepat (advokator, pelaksana, metode dsb)
- 3) Mengembangkan bahan-bahan yang perlu disajikan kepada sasaran
- 4) Mobilisasi sumber dana

**b. Komunikasi**

Komunikasi merupakan proses penyampaian pesan atau informasi atau gagasan yang disampaikan secara lisan dan atau tertulis dari sumber pesan kepada penerima pesan melalui media dengan harapan adanya pengaruh timbal balik. Di dalam studi komunikasi, model komunikasi yang sering dianut adalah yang mempunyai lima komponen sebagai berikut:

1) **Sumber pesan (komunikator)**

Semua komunikasi berasal dari suatu sumber pesan. Sumber pesan dapat berasal dari individu, kelompok dan kelembagaan. Dalam proses komunikasi, sumber pesan dituntut untuk mempunyai ketrampilan seperti keterampilan berbicara, analisa, menulis dan lain-lain. Sumber juga diharapkan mempunyai sikap yang positif terhadap penerima pesan. Selain itu sumber seyogyanya mempunyai pengetahuan yang mendalam terhadap pesan yang disampaikan maupun terhadap penerima pesan.

2) **Pesan**

Pesan-pesan dalam proses komunikasi disampaikan melalui bahasa tertentu yang sama dengan bahasa penerima pesan. Isi pesan perlu disederhanakan dan disesuaikan dengan tujuan dan karakteristik penerima pesan agar mudah dimengerti atau dipahami oleh penerima. Pesan dapat disampaikan melalui musik, seni maupun gerakan-gerakan tubuh atau isyarat-isyarat tertentu. Tingkat kesulitan pesan disesuaikan dengan tingkat pengetahuan atau pendidikan dari si penerima pesan. Saluran atau media dalam proses komunikasi dapat berbentuk:

- a) **Rapat pertemuan-pertemuan, percakapan, seminar peningkatan**
- b) **Pengetahuan**
- c) **Radio, rekaman (meningkatkan kesadaran/pengetahuan)**
- d) **Televisi, film (meningkatkan kesadaran/pengetahuan)**
- e) **Demonstrasi, latihan (meningkatkan kemampuan)**

f) Surat kabar, majalah dan buku (meningkatkan pengetahuan)

Penggunaan multi media untuk penyampaian pesan dengan intensitas yang tinggi, akan memberikan pengaruh yang mendalam terhadap penerima pesan. Sebaliknya penggunaan satu media dengan intensitas yang rendah akan menimbulkan pengaruh yang kurang mendalam terhadap penerima pesan.

### 3. Penerima pesan

Penerima pesan ini dapat berupa individu atau kelompok bahkan kelembagaan dan massa, lancar tidaknya suatu proses, komunikasi banyak tergantung kepada pengetahuan, sikap dan ketrampilan penerimaan pesan tersebut.

### 4. Umpan balik

Umpan balik adalah proses pengecekan untuk mengetahui apakah :

- a. Pemberi pesan dapat menyampaikan pesan dengan baik
- b. Pesan yang disampaikan dimengerti dengan baik oleh penerima
- c. Pesan yang disampaikan sesuai dengan penerima pesan
- d. Alat atau media yang digunakan sudah tepat

Oleh karena itu pemberi pesan perlu mendorong penerima pesan untuk memberikan umpan balik.

### c. Mobilisasi Sosial

Mobilisasi sosial dalam konteks nasional dan regional merupakan proses membangkitkan keinginan masyarakat, secara aktif meneguhkan konsensus dan komitmen sosial di antara pengambil kebijakan untuk menanggulangi TB yang menguntungkan masyarakat. Mobilisasi sosial

berarti melibatkan semua unsur masyarakat, sehingga memungkinkan masyarakat untuk melakukan kegiatan secara kolektif dengan mengumpulkan sumber daya dan membangun solidaritas untuk mengatasi masalah bersama, dengan kata lain masyarakat menjadi berdaya. Beberapa prinsip mobilisasi sosial:

- 1) Memahami kemampuan lembaga yang ada di masyarakat (analisis kemampuan lembaga dan hambatan).
- 2) Bersandar pada pemahaman dalam konteks sosial dan kultural termasuk situasi politik dan ekonomi masyarakat setempat
- 3) Memenuhi permintaan masyarakat
- 4) Mengembangkan kemampuan-kemampuan masyarakat untuk berpartisipasi
- 5) Memerlukan banyak sumber daya dalam organisasi penggerak
- 6) Berdasar rencana rasional dalam rumusan tujuan, sasaran, pesan, indikator dan umpan balik mobilisasi
- 7) Memerlukan pengulangan secara periodik
- 8) Menggunakan individu yang terkenal atau dihormati sebagai penggerak.

Peran dan karakteristik penggerak masyarakat, harus merupakan elemen kemasyarakatan, memiliki inisiatif dan cara manajemen masyarakat sendiri, memiliki solidaritas dan kerjasama antar kelompok atau organisasi masyarakat, memiliki keterpaduan dengan elemen pemerintah dan non pemerintah. Langkah-langkah mobilisasi sosial antara lain:

- 1) Memberikan pelatihan/orientasi kepada kelompok pelopor (kelompok yang paling mudah menerima isu yang sedang diadvokasi)
- 2) Mengkonsolidasikan mereka yang telah mengikuti pelatihan/orientasi
- 3) menjadi kelompok-kelompok pendukung atau kader
- 4) Mengembangkan koalisi diantara kelompok-kelompok maupun pribadi-pribadi pendukung;
- 5) Mengembangkan jaringan informasi diantara anggota koalisi agar selalu mengetahui dan merasa terlibat dengan isu yang diadvokasikan
- 6) Melaksanakan kegiatan yang bersifat masal dengan melibatkan sebanyak mungkin anggota koalisi
- 7) Mendayagunakan media massa untuk mengekspose kegiatan koalisi dan sebagai jaringan informasi
- 8) Mendayagunakan berbagai media massa untuk membangun kebersamaan dalam mengatasi masalah/isu (masalah bersama). Hal ini cukup efektif bila dilakukan dengan menggunakan TV, filler/spot, radio spot, billboard dan spanduk.

Kegiatan AKMS harus juga memperhatikan aspek kesehatan lingkungan dan perilaku sebagai bagian dari upaya pencegahan tuberkulosis disamping penemuan dan penyembuhan pasien.

## **2.2 Keluarga**

### **2.2.1 Pengertian keluarga**

Marilyn M. (1998) menyatakan keluarga adalah kumpulan 2 orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dimana individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Efendi F & Mahfudli, 2009).

Duval & Logan (1986) menyatakan keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari tiap anggota keluarga (Efendi F & Mahfudli, 2009).

Bailon & Maglaya (1978) menyatakan keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan atau adopsi yang hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dalam peranannya untuk menciptakan dan mempertahankan suatu budaya (Rasmun, 2001).

Dari ketiga pengertian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa karakteristik keluarga adalah sebagai berikut:

1. Terdiri atas dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi.
2. Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial seperti, peran suami, istri, anak, kakak, dan adik.
3. Mempunyai tujuan menciptakan dan mempertahankan budaya serta meningkatkan perkembangan fisik, psikologis dan sosial anggota keluarga yang lain.



### 2.2.2 Keluarga sebagai sarana pelayanan kesehatan

Berikut ini merupakan latar belakang mengapa keluarga dijadikan sebagai sasaran pelayanan keperawatan kesetanan antara lain: (Efendi F & Mahfudli, 2009).

1. Keluarga dipandang sebagai sumber daya kritis untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan

Kasus meningkatnya kejadian TB paru membuat pemerintah dengan gencar melakukan pencegahan dan pengobatan melalui program DOTS yang dikeluarkan oleh WHO. Keluarga sebagai unit kecil dalam masyarakat berperan dalam penyampaian pesan kepada petugas atau pelayanan kesehatan apabila terjadi gangguan kesehatan dalam keluarga.

2. Keluarga sebagai satu kesatuan

Keluarga dipandang sebagai suatu kesatuan dari sejumlah anggota keluarga, berada dalam satu ikatan dan saling mempengaruhi. Jika petugas kesehatan tidak memahami ketika melakukan pengkajian terhadap setiap anggota keluarga, maka petugas kesehatan tersebut tidak akan mendapatkan data yang dibutuhkan mengingat data anggota keluarga yang satu dengan yang lainnya saling mempengaruhi.

3. Hubungan yang kuat dalam keluarga dengan status kesehatan anggotanya

Peran keluarga sangat penting dalam tahap-tahap perawatan kesehatan, mulai dari tahapan peningkatan kesehatan, pencegahan, pengobatan, sampai dengan rehabilitasi.

4. Keluarga sebagai tempat penemuan kasus baru

Adanya masalah kesehatan pada salah satu anggota keluarga akan memungkinkan munculnya faktor resiko pada anggota keluarga yang lainnya. Contohnya dalam anggota keluarga ditemukan kasus TB paru pada anak sulungnya maka anggota keluarga yang lain juga beresiko tinggi terkena penyakit yang sama.

#### 5. Individu dipandang dalam konteks keluarga

Seorang dapat lebih memahami peran dan fungsinya apabila ia dipandang dalam konteks keluarga. Contohnya peran seorang anak yang sedang beranjak dewasa dan akan menikah berubah menjadi peran suami atau calon ayah bagi keluarganya.

#### 6. Keluarga sebagai sumber dukungan sosial bagi anggota keluarga lainnya

Dukungan sosial sangat diperlukan oleh setiap individu didalam setiap siklus kehidupan. Dukungan sosial akan semakin dibutuhkan pada saat seorang sedang menghadapi masalah atau sakit. Pada saat itulah peran anggota keluarga diperlukan untuk menjalani masa-masa sulit dengan cepat.

### 2.2.3 Peran perawat keluarga

Peran perawat dalam melakukan perawatan kesehatan keluarga adalah sebagai berikut: (Maulana I, dkk, 2006)

#### 1. Edukator

Perawat kesehatan harus mampu memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar keluarga dapat melakukan program asuhan kesehatan keluarga secara mandiri dan bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan keluarga. Kemampuan pendidik ini perlu didukung kemampuan tentang pemahaman bagaimana keluarga dapat melakukan proses belajar mengajar. Secara umum

tujuan proses pembelajaran adalah untuk mendorong perilaku sehat atau merubah perilaku yang tidak sehat. Sedangkan tujuan khusus yang ingin dicapai adalah:

- a. Pendidikan untuk meningkatkan kesehatan dan penanganan penyakit
- b. Membantu keluarga untuk mengembangkan keterampilan penyelesaian masalah yang sedang dialami atau dibutuhkan.

## 2. Koordinator

Menurut ANA praktek keperawatan komunitas merupakan praktek keperawatan yang umum, menyeluruh dan berlanjut. Keperawatan berkelanjutan dapat dilaksanakan jika direncanakan dan dikoordinasikan dengan baik. Koordinasi merupakan salah satu peran utama perawat yang bekerja dengan keluarga. Klien yang pulang dari rumah sakit memerlukan perawatan lanjutan di rumah, maka perlu koordinasi lanjutan asuhan keperawatan di rumah. Program kegiatan atau terapi dari berbagai macam disiplin pada keluarga perlu pula dikoordinasikan agar tidak terjadi tumpang tindih dalam dan penanggulangan. Koordinasi diperlukan pada perawatan berkelanjutan agar pelayanan yang komprehensif dapat tercapai.

## 3. Pelaksana perawatan dan pengawas perawatan langsung

Kontak pertama perawat kepada keluarga dapat melalui anggota keluarga yang sakit, perawat yang bekerja dengan klien dan keluarga baik di rumah, klinik maupun di rumah sakit bertanggung jawab dalam memberikan perawatan langsung atau mengawasi keluarga, memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit di rumah sakit, perawat melakukan perawatan langsung atau demonstrasi asuhan yang disaksikan oleh keluarga dengan

harapan keluarga mampu melakukan di rumah. Perawat dapat mendemonstrasikan dan mengawasi keluarga melakukan peran langsung selama di rumah sakit atau rumah oleh perawat kesehatan masyarakat.

#### 4. Pengawas kesehatan

Perawat mempunyai tugas melakukan *home visite* yang teratur untuk mengidentifikasi atau melakukan pengkajian tentang kesehatan keluarga.

#### 5. Konsultan atau penasehat

Perawat sebagai nara sumber bagi keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan. Hubungan perawat-keluarga harus dibina dengan baik, perawat harus bersikap terbuka dan dapat dipercaya dengan demikian keluarga mau meminta nasehat kepada perawat tentang masalah yang bersifat pribadi. Pada situasi ini perawat sangat dipercaya sebagai nara sumber dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga.

#### 6. Kolaborasi

Perawat komonitas juga harus bekerja sama dengan pelayanan rumah sakit atau anggota tim kesehatan yang lain untuk mencapai tahap kesehatan keluarga yang optimal.

#### 7. Advokasi

Keluarga seringkali tidak mendapatkan pelayanan yang sesuai di masyarakat, kadangkala keluarga tidak menyadari mereka telah dirugikan, sebagai advokad klien perawat berkewajiban melindungi hak keluarga, misalnya keluarga dengan sosial ekonomi yang lemah sehingga keluarga tidak mampu memenuhi kebutuhannya, perawat juga dapat membantu keluarga mencari bantuan yang mungkin dapat memenuhi kebutuhan keluarga.

## 8. Fasilitator

Peran perawat komunitas di sini adalah membantu keluarga dalam menghadapi kendala untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Keluarga sering tidak dapat menjangkau pelayanan kesehatan karena berbagai kendala yang ada. Kendala yang sering dialami keluarga adalah keraguan dalam menggunakan pelayanan kesehatan, masalah ekonomi, dan masalah sosial budaya. Agar dapat melaksanakan peran fasilitator dengan baik maka perawat komunitas harus mengetahui sistem pelayanan kesehatan, misalnya sistem rujukan dan dana sehat.

## 9. Penemu kasus

Peran perawat yang juga sangat penting adalah mengidentifikasi masalah kesehatan secara dini, sehingga tidak terjadi ledakan penyakit atau wabah.

## 10. Modifikasi lingkungan

Perawat komunitas juga harus dapat memodifikasi lingkungan, baik lingkungan rumah maupun lingkungan masyarakat agar dapat tercapai lingkungan yang sehat.

### 2.2.4 Tugas kesehatan keluarga

Tugas kesehatan keluarga menurut Bailon dan Maglaya (1998) antara lain sebagai berikut (Efendi F & Mahfudli, 2009):

#### 1. Mengenal masalah kesehatan

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatan kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana kesehatan habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami

anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian keluarga atau orang tua. Apabila menyadari adanya perubahan keluarga perlu dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan berapa besar perubahannya. Se jauh mana keluarga mengetahui dan mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang mempengaruhinya serta persepsi keluarga terhadap masalah.

**2. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat**

Sebelum keluarga dapat membuat keputusan yang tepat mengenai masalah yang dialaminya, perawat harus dapat mengkaji keadaan keluarga tersebut agar dapat memfasilitasi keluarga dalam membuat keputusan. Berikut hal-hal yang harus dikaji oleh perawat.

- a. Se jauh mana kemampuan keluarga mengerti mengerti sifat dan luasnya masalah
- b. Apakah keluarga merasakan adanya masalah kesehatan
- c. Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah yang dialami.
- d. Apakah keluarga merasa takut akan akibat penyakit
- e. Apakah keluarga mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan
- f. Apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada
- g. Apakah keluarga kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
- h. Apakah keluarga mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah.

**3. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit**

Ketika memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:

- a. Keadaan penyakit (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis dan perawatannya).
  - b. Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
  - c. Keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan
  - d. Sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan atau finansial, fasilitas fisik, psikososial).
  - e. Sikap keluarga terhadap yang sakit.
4. Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat

Ketika memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:

- a. Sumber-sumber keuangan yang dimiliki
  - b. Keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan
  - c. Pentingnya higiene sanitasi
  - d. Upaya pencegahan penyakit
  - e. Sikap atau pandangan keluarga terhadap higiene sanitasi
  - f. Kekompakan antar anggota keluarga
5. Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat

Ketika merujuk anggota keluarga ke fasilitas kesehatan, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:

- a. Keberadaan fasilitas kesehatan.
- b. Keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan.

- c. Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan.
- d. Pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan
- e. Fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga.

## **2.3 Konsep Perilaku**

### **2.3.1 Pengertian perilaku**

Menurut Ensiklopedi Amerika perilaku diartikan sebagai suatu aksi dan reaksi organisme terhadap lingkungan. Sehingga perilaku akan terjadi apabila ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan reaksi atau rangsangan.

Robert Kwick (1974) menyatakan bahwa perilaku adalah tindakan atau perubahan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari.

### **2.3.2 Perilaku dalam kesehatan**

Perilaku kesehatan adalah respon seseorang (*organisme*) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan, dengan demikian secara lebih rinci perilaku kesehatan mencakup (Notoatmodjo, 2003):

#### **1. Perilaku seseorang terhadap sakit atau penyakit**

Bagaimana manusia berespon baik secara pasif (mengetahui, bersikap, dan mempersepsi penyakit dan rasa sakit yang ada pada dirinyadan diluar dirinya), maupun respon secara aktif (tindakan) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit dan sakit. Perilaku terhdap sakit dan penyakit ini sesuai dengan tingkat-tingkat pencegahan penyakit, yakni:

##### **a. Perilaku sehubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan**

Misalnya makan makanan yang bergizi, olah raga, dan sebagainya.



**b. Perilaku pencegahan penyakit**

Suatu respon untuk melakukan pencegahan penyakit, misalnya tidur menggunakan kelambu untuk mencegah gigitan nyamuk, imunisasi, dan juga termasuk perilaku tidak menularkan penyakit kepada orang lain.

**c. Perilaku sehubungan dengan pencarian pengobatan**

Perilaku untuk melakukan atau mencari pengobatan, misalnya usaha-usaha mengobati sendiri penyakitnya, mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan dan sebagainya.

**d. Perilaku sehubungan dengan pemeliharaan kesehatan**

Perilaku yang berhubungan dengan usaha-usaha pemulihan kesehatan setelah sembuh dari suatu penyakit, misalnya melakukan diet, mematuhi anjuran-anjuran dokter dalam rangka pemulihan kesehatan.

**2. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan**

Respon seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan baik sistem pelayanan kesehatan modern maupun tradisional. Perilaku ini menyangkut respon terhadap fasilitas kesehatan, cara pelayanan, petugas kesehatan, obat-obatan yang terwujud dalam pengetahuan, persepsi, sikap.

**3. Perilaku terhadap makanan**

Respon seseorang terhadap kebutuhan makan merupakan kebutuhan vital bagi kehidupan, perilaku ini meliputi pengetahuan, persepsi, sikap dan praktek kita terhadap makanan serta unsur-unsur yang terkandung di dalamnya, pengelolaan makanan dan sebagainya.

#### 4. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan

Respon seseorang terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia. Perilaku ini antara lain mencakup:

- a. Perilaku sehubungan dengan air bersih, termasuk didalamnya komponen, manfaat dan penggunaan air bersih untuk kepentingan kesehatan.
- b. Perilaku sehubungan dengan pembuangan air kotor yang menyangkut segi-segi *hygiene* pemeliharaan teknik dan penggunaannya.
- c. Perilaku sehubungan dengan limbah, baik limbah padat maupun limbah cair. Termasuk di dalamnya sistem pembuangan sampah dan air limbah yang sehat serta dampak pembuangan limbah yang tidak baik
- d. Perilaku sehubungan dengan rumah yang sehat yang meliputi ventilasi, pencahayaan, lantai dan sebagainya.

#### 2.3.3 Proses perubahan perilaku

Levin (1951) dalam Mico dan Rose (1975) yang dikutip oleh Notoatmodjo (1997) mengemukakan teori perubahan "*unfreezing to refreezing*" yang berlangsung dalam lima tahap sebagai berikut (Sulihah U, 2002):

##### 1. Fase pencairan

Individu mulai mempertimbangkan penerimaan terhadap perubahan. Dalam keadaan ini dapat menerima terhadap perubahan sikap dasar, motivasi dan tingkah laku. Di dalam masyarakat pada fase ini berada pada keadaan untuk mengubah kekuasaan yang mempengaruhi proses perumusan kebijaksanaan, partisipasi masyarakat, dll.

##### 2. Fase diagnosa masalah

Individu mulai mengidentifikasi kekuatan-kekuatannya baik yang mendukung perlunya perubahan maupun yang menentang perubahan itu. serta menganalisa kekuasaan itu.

3. Fase penentuan tujuan

Apabila masalah telah di fahami, maka individu menentukan tujuannya sesuai dengan perubahan yang diterimanya.

4. Fase tingkah laku baru

Pada fase ini individu mulai mencoba dan membandingkan dengan praktik-praktik yang telah dilakukan dan diharapkan.

5. Fase pembekuan ulang

Apabila dianggap berguna perubahan kemudian diasimilasikan menjadi pola tingkah laku yang permanen, misalnya cara-cara pemeliharaan kesehatan.

#### 2.3.4 Bentuk perubahan perilaku

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. Di bawah ini diuraikan bentuk-bentuk perubahan perilaku menurut WHO antara lain (Notoatmodjo, 2003):

1. Perubahan alamiah

Perilaku manusia selalu berubah, sebagian perubahan tersebut disebabkan perubahan alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi maka anggota-anggota masyarakat di dalamnya juga mengalami perubahan.

2. Perubahan terencana

Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh objek, misalnya Pak Nasir merupakan perokok berat, karena suatu saat dia terserang TB Paru maka ia memutuskan untuk mengurangi rokok sedikit demi sedikit dan akhirnya ia berhenti merokok.

### 3. Kesiediaan untuk berubah

Apabila terjadi perubahan inovasi atau program-program pembangunan di dalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima perubahan tersebut, dan sebagian orang lagi sangat lambat menerima perubahan tersebut. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesiediaan untuk berubah yang berbeda-beda.

#### 2.3.5 Strategi perubahan perilaku

Didalam program-program kesehatan, agar diperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma-norma kesehatan, sangat diperlukan usaha-usaha kongkret dan positif. Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku tersebut menurut WHO dikelompokkan menjadi tiga diantaranya sebagai berikut (Notoatmodjo, 2003):

##### 1. Menggunakan kekuatan/kekuasaan atau dorongan

Perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran sehingga mau melakukan sesuatu seperti yang diharapkan. Cara ini akan menghasilkan perilaku yang cepat, akan tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum disadari oleh kesadaran sendiri.

##### 2. Pemberian informasi

Dengan memberikan informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit akan meningkatkan pengetahuan seseorang tentang hal tersebut, selanjutnya pengetahuan tersebut akan menimbulkan kesadaran yang menyebabkan orang berperilaku. Cara ini memakan waktu lama tetapi perubahan yang dicapai akan berifat langgeng karena didasari oleh kesadaran mereka sendiri.

### 3. Diskusi partisipasi

Cara ini sebagai peningkatan cara yang ke dua di atas yang dalam memberikan informasi kesehatan bersifat dua arah. Hal ini berarti seseorang tidak hanya pasif menerima informasi tetapi juga harus aktif berpartisipasi terhadap informasi yang diterimanya. Cara ini adalah salah satu yang baik dalam rangka memberikan informasi dan pesan kesehatan.

#### 2.3.6 Teori Pola pikir

Teori ini dikemukakan oleh Howard Gardner (1991), ia merasa terpanggil untuk mengkaji lebih dalam tentang terjadinya kesenjangan pembelajaran (*learning gap*) akibat diterapkannya jalur tunggal perolehan pemahaman dalam praksis pembelajaran atau *unitary way of knowing*. Pada waktu pertama kali dicetuskan pada tahun 1983 dikenali adanya 7 jenis Pola pikir yaitu di bidang kebahasaan (*linguistic*), musikal, logikal-matematik, keruangan atau spasial (*spatial*), kinestetika ragawi (*bodily kinesthetic*), dan *personal yang menjadi sub-inteligensi intra-personal dan sub-inteligensi inter-personal*. Sebagaimana diketahui, inteligensi personal itu belakangan dikenal populer sebagai kecerdasan emosional.

Howard Gardner menekankan pentingnya pembelajaran dirancang untuk melibatkan sebanyak mungkin jenis inteligensi sebagai pola pikir yang merupakan mekanisme dasar pengolahan informasi yang masing-masing hanya mengolah jenis informasi yang unik yang dapat dilacak kepada jaringan syaraf yang berbeda sebagai warisan bio-psikologikal manusia. Namun Kenyataan menunjukkan, sejak zaman *bahaula* pembelajaran hanya memanfaatkan kapasitas dasar pengolahan informasi di bidang kebahasaan khususnya semantik dan bidang logikal-matematik (kedua kemampuan itu juga dikenal sebagai kemampuan skofastik karena berkaitan dengan tugas-tugas khas dalam sistem persekolahan), akan tetapi itu pun hanya pada tingkatan yang seadanya saja.

Kerangka pola pikir merupakan kerangka dasar pemikiran yang mendasari upaya pendekatan penemuan fenomena suatu masalah dalam rangka mengimpementasikan dalam pemecahan masalah yang tertuang di dalam kerangka acuan. Kerangka pola pikir terdiri dari latar belakang masalah, Studi literatur, studi kasus, analisis, penekanan konsep, dan desain konsep (Yusmarelda, 2008).

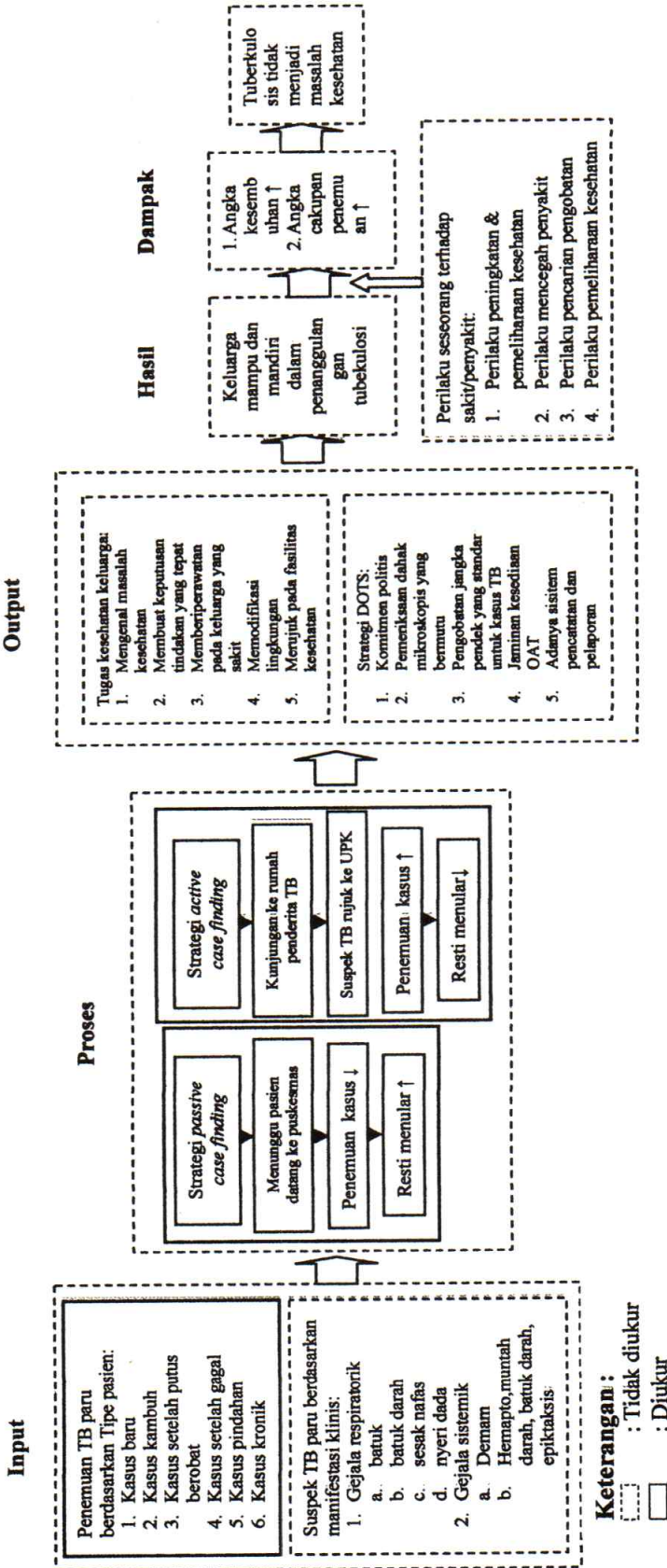
**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL  
DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 : Perbandingan strategi passive case finding dan active case finding dalam mencegah peningkatan penularan kasus TB paru menurut Teori Kerangka Pola Pikir dan Strategi AKMS menurut Gardner (1991) di kutip oleh Dep. Kes. RI (2008)



**Keterangan:**

Gambar 3.1 dapat dijelaskan bahwa berdasarkan teori kerangka pola pikir dan strategi AKMS oleh Gardner dikutip oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia dalam penanggulangan tuberkulosis khususnya pada strategi *passive case finding* maupun *aktif case finding* yang berfokus *case finding* pada keluarga dipengaruhi oleh beberapa faktor baik dari faktor keluarga sendiri, faktor perilaku dan faktor pununjang dari pelayanan kesehatan yang berupa Strategi DOTS dalam penanggulangan tuberkulosis.

Masalah penemuan kasus TB Paru berdasarkan tipe pasien yang diklasifikasikan dengan penemuan kasus baru (belum mendapatkan obat atau mendapatkan obat kurang dari 1 bulan), kasus kambuh (pernah berobat dan dinyatakan sembuh tetapi BTA kembali positif), kasus setelah putus berobat (penderita dalam masa pengobatan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif), kasus gagal (BTA kembali positif setelah bulan ke-5 atau lebih), kasus pindahan (penderita pindah dari UPK lain dan melanjutkan pengobatan di UPK dia tinggal), kasus kronis (BTA positif setelah pengobatan ulangan). Berdasarkan manifestasi klinis yang meliputi gejala respiratorik yang meliputi: batuk darah, sesak nafas, nyeri dada dan gejala sistemik yang meliputi demam, hemaptoe, muntah darah, epistaksis.

Strategi AKMS yang meliputi: 1) advokasi meliputi kegiatan analisa situasi, memilih strategi yang tepat, mengembangkan bahan-bahan yang perlu disajikan mobilisasi sumber dana. 2) komunikasi yang meliputi sumber pesan dapat berasal dari individu, kelompok dan kelembagaan, pesan dalam penyampaiannya melalui bahasa yang mudah dimengerti oleh penerima pesan,

penerima pesan yang berupa individu, kelompok atau kelembagaan, umpan balik yang merupakan suatu proses pengecekan kembali untuk mengetahui apakah pesan yang disampaikan dimengerti oleh penerima pesan. 3) mobilisasi sosial merupakan suatu proses membangkitkan keinginan masyarakat secara aktif dalam mengambil kebijakan.

Keluarga sebagai kelompok kecil dari masyarakat sangat berpengaruh khususnya tugas keluarga dalam kesehatan yang meliputi mengenal masalah kesehatan yang berupa perubahan-perubahan kesehatan yang terjadi dalam keluarga, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat dalam menghadapi masalah kesehatan dalam keluarga, memodifikasi lingkungan dengan menciptakan suasana rumah yang sehat, dan merujuk pada fasilitas kesehatan apabila dalam keluarga terdapat anggota keluarga yang sakit. Khusus dalam penanggulangan TB paru tidak terlepas dari program DOTS yang telah direkomendasikan oleh WHO yang terdiri dari 5 komponen kunci: komitmen politis, pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya, pengobatan jangka pendek yang standar bagi semua kasus TB paru, jaminan kesediaan OAT yang bermutu, dan adanya sistem pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien dan kinerja program secara keseluruhan.

Strategi DOTS dan Fungsi kesehatan keluarga sangat berhubungan erat dengan penjarangan atau penemuan kasus TB paru, khususnya dalam penanggulangan TB paru dalam menurunkan angka penularan, penemuan kasus terbagi menjadi *passive case finding* dimana petugas kesehatan hanya menunggu penderita TB datang berkunjung atau berobat ke pelayanan kesehatan sehingga

angka cakupan penemuan kasus tidak maksimal dan resiko terjadinya penularan masih tinggi dibandingkan dengan menggunakan *active case finding* dimana petugas kesehatan terjun kelapangan/berkunjung kerumah pasien TB paru dengan melakukan survei atau pencarian kasus pada keluarga yang menderita TB paru sehingga angka penemuan kasus lebih besar dan dapat menurunkan angka penularan kasus TB paru.

Penderita TB paru beserta keluarga mampu dan mandiri terhadap penanggulangan TB paru. Perilaku keluarga dalam kesehatan dapat mempengaruhi keluarga apabila salah satu keluarga mengalami sakit, perilaku seseorang terhadap sakit atau penyakit meliputi perilaku peningkatan dan pemeliharaan kesehatan misalnya makan makanan yang bergizi, olah raga, dll. perilaku pencegahan penyakit misalnya apabila anggota keluarga yang menderita TB batuk atau bersin agar menutup mulutnya agar tidak menularkan pada yang lain, perilaku pencarian pengobatan ke tempat pelayanan kesehatan apabila ada salah satu anggota keluarga yang sakit, dan perilaku pemeliharaan kesehatan merupakan usaha-usaha pemulihan kesehatan setelah sembuh dari suatu penyakit.

Dampak hasil di atas dapat membantu meningkatkan angka penyembuhan khususnya penderita TB paru dan juga meningkatkan angka cakupan penemuan kasus TB sedini mungkin sehingga TB diharapkan tidak lagi menjadi masalah kesehatan di masyarakat.

### **3.2 Hipotesis Penelitian**

H1 : Strategi *active case finding* lebih efektif dalam penemuan penderita TB paru dibandingkan dengan strategi *passive case finding*.

# **BAB 4**

# **METODE PENELITIAN**

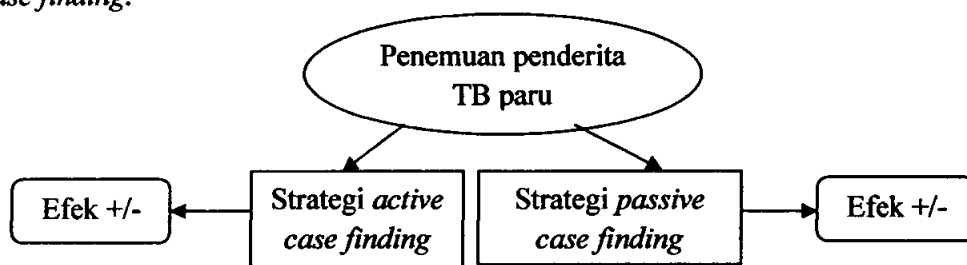
## BAB 4

### METODE PENELITIAN

Dalam bab ini akan diuraikan tentang desain penelitian, kerangka kerja, populasi, sampel dan sampling, variabel penelitian, definisi operasional, instrumen penelitian, lokasi dan waktu penelitian, teknik pengumpulan data, analisis data, masalah etik yang digunakan dalam penelitian dan keterbatasan.

#### 4.1 Desain Penelitian

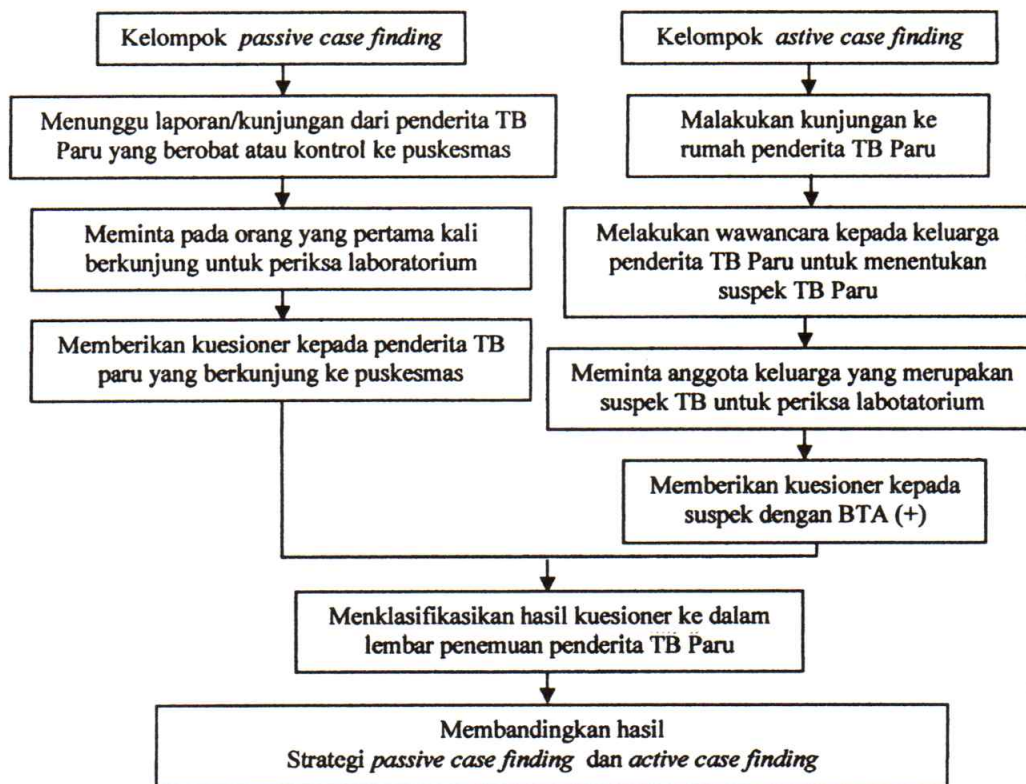
Jenis penelitian ini menggunakan penelitian Deskriptif dimana penelitian ini merupakan penelitian epidemiologik yang menggambarkan informasi berhubungan dengan prevalensi, distribusi suatu kasus tertentu dalam suatu wilayah. Rancangan atau desain pada penelitian ini menggunakan desain survei dimana peneliti dalam penemuan kasus TB melakukan survei terhadap penderita TB paru dengan menggunakan strategi *passive case finding* dan strategi *active case finding*.



Gambar 4.1 Pelaksanaan strategi *passive case finding* dan *active case finding* dalam penemuan TB paru di wilayah kerja puskesmas Pangarengan Kec.Torjun Kab. Sampang pada tanggal 13-19 Januari 2010.

Gambar 4.1 Dengan menggunakan 2 strategi dalam upaya memperoleh penemuan penderita TB paru di Puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang.

## 4.2 Kerangka Kerja



Gambar 4.2 :Kerangka kerja penemuan kasus TB Paru dengan menggunakan Strategi *passive case finding* dan *active case finding* di wilayah kerja puskesmas Pangarengan Kec.Torjun Kab. Sampang pada tanggal 13-19 Januari 2010.

## 4.3 Populasi, Sampel dan Sampling

### 4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah anggota keluarga penderita TB paru yang salah satu anggota keluarga menderita TB paru yang berobat di Puskesmas Pangarengan Sampang Madura selama tahun 2009.

### 4.3.2 Sampel

Keluarga penderita TB paru yang salah satu anggota keluarga menderita TB paru yang berobat di Puskesmas Pangarengan Sampang Madura selama tahun

2009. Untuk membatasi jumlah sampel agar tidak terlalu besar jumlahnya maka peneliti membatasinya dengan kriteria diantaranya:

1. Kriteria inklusi :

- a. Keluarga penderita TB paru yang salah satu anggota keluarga menderita TB paru yang datang berobat di puskesmas secara teratur
- b. Seluruh anggota keluarga yang tinggal serumah dengan penderita TB paru
- c. Bersedia mengisi lembar *informed consent* atau yang bersedia untuk menjadi responden

2. Kriteria eksklusi :

- a. Anggota keluarga yang tidak tinggal serumah

#### 4.3.3 Sampling

Pada penelitian ini sampel diambil dengan menggunakan teknik *Consecutive Sampling* yaitu pengambilan sampel pada keluarga yang salah satu anggota keluarga menderita TB paru dan sesuai dengan kriteria inklusi,. Waktu pengambilan sampel dibatasi dalam waktu 1 minggu.

#### 4.4 Identifikasi Variabel

Variabel merupakan objek atau perlakuan dan hasil yang menjadi perhatian dalam penelitian. Variabel penelitian ini dibagi menjadi dua bagian yaitu:

#### 4.4.1 Variabel Independen

Variabel independen atau variabel yang mempengaruhi atau variabel penyebab dalam penelitian ini adalah strategi *passive case finding* dan *active case finding*.

#### 4.4.2 Variabel Dependen

Variabel dependen atau variabel akibat atau variabel yang tidak bebas pada penelitian ini adalah penemuan penderita TB paru.

#### 4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 : Definisi Operasional Analisis strategi *passive case finding* dan *active case finding* dalam penemuan kasus TB paru diwilayah kerja Puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang pada tanggal 13-19 Januari 2010.

Variabel	Sub Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
<b>Variabel Independen:</b>  1. <i>Passive case finding</i>		Peneliti dan Petugas puskesmas menunggu laporan atau kunjungan penderita kasus TB paru datang ke puskesmas	1. Penemuan penderita kasus TB Paru dapat meningkat 2. Meningkatnya jumlah kunjungan penderita TB Paru ke puskesmas.			
2. <i>Active case finding</i>		Peneliti dan petugas puskesmas berkunjung ke rumah pasien TB paru untuk penemuan kasus TB paru pada anggota keluarganya	1. Penemuan penderita kasus TB Paru dapat meningkat 2. Meningkatnya jumlah kunjungan penderita TB Paru ke puskesmas	Wawancara		



Variabel Dependen :						
<b>Penemuan Penderita TB Paru</b>	<b>Penemuan kasus TB baru</b>	Penemuan penderita yang baru pertama kali sakit TB paru.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belum pernah mendapatkan pengobatan dengan OAT</li> <li>2. Sudah pernah mendapatkan OAT kurang dari satu bulan</li> </ol>	Kuesioner	Interval	Jika responden menjawab kode soal: A: Kasus TB baru B: Kasus TB Putus Obat C: Kasus TB gagal D: Kasus TB kambuh E: kasus TB Kronik F: Kasus TB Pindahan
	<b>Penemuan kasus TB kambuh</b>	Penemuan penderita TB paru yang mengalami kambuh setelah mendapatkan pengobatan lengkap.	Pasien TB yang sebelumnya pernah mendapatkan pengobatan tuberkulosis dan dinyatakan sembuh tetapi didiagnosis kembali dengan BTA positif			
	<b>Penemuan kasus TB dengan putus obat</b>	Penemuan penderita TB paru yang putus berobat sebelum pengobatan lengkap/selesai.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien yang telah berobat dan putus obat selama 2 bulan atau lebih</li> <li>2. BTA pasien masih positif</li> </ol>			
	<b>Penemuan kasus TB Gagal</b>	Penemuan penderita TB paru yang mengalami gagal pengobatan	Pasien yang hasil dahaknya tetap positif atau kembali positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan			
	<b>Penemuan kasus TB pindahan</b>	Penemuan penderita TB yang pindah tempat tinggal dan meneruskan pengobatannya di tempat tinggal yang baru.	Pasien yang dipindahkan dari UPK yang memiliki register TB lain untuk melanjutkan pengobatan			
	<b>Penemuan kasus TB kronik</b>	Penemuan penderita TB paru dengan BTA (+) setelah mendapatkan pengobatan lengkap 2X	Pasien TB dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulangan.			

## 4.6 Pengumpulan dan Analisa Data

### 4.6.1 Instrumen

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah wawancara, kuesioner dan lembar observasi pada responden yang diteliti dengan menggunakan strategi *passive case finding* dan *active case finding*

1. Instrumen I menggunakan teknik wawancara terstruktur. Wawancara dilakukan dengan personal interview (*door to door*), pertanyaan sudah dipersiapkan oleh peneliti berdasarkan kriteria inklusi dan bentuk pertanyaan pertanyaan tertutup (*closed ended*) yang mengarah pada *Dichotomous Choice* yaitu suatu pertanyaan yang hanya disediakan 2 jawaban/alternatif (“YA” dan “TIDAK”), dan responden hanya memilih satu diantaranya. Pertanyaan terdiri dari 5 item pertanyaan yang merupakan gejala-gejala penderita tuberkulosis yang akan menentukan responden sebagai suspek TB. Instrumen ini digunakan menentukan suspek TB paru pada anggota keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita TB paru. untuk strategi *active case finding*.
2. Instrumen II menggunakan kuesioner, bentuk pertanyaan tertutup (*closed ended*) yang mengarah pada *Dichotomous Choice* yaitu suatu pertanyaan yang hanya disediakan 2 jawaban/alternatif (“YA” dan “TIDAK”), dan responden hanya memilih satu diantaranya. Kuesioner ini terdiri dari 11 pertanyaan yang masing-masing pertanyaan mewakili dari parameter yang terdiri dari pertanyaan penemuan kasus TB paru, penemuan kasus TB kambuh, penemuan kasus TB putus obat, penemuan kasus TB gagal, penemuan kasus TB pindahan dan penemuan kasus TB Kronik, soal diberikan kode A-F dan keterangan tentang pengisian dari masing-masing pertanyaan.

Kuesioner diisi langsung oleh responden sesuai dengan kondisi yang dialami responden. Instrumen ini digunakan untuk menentukan kasus TB paru berdasarkan buku pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis (2008). Instrumen digunakan untuk strategi *passive case finding* dan *active case finding*.

3. Instrumen III berupa lembar observasi (*check list*) berdasarkan lembar observasi program TBC nasional (TB 06) yaitu daftar tersangka penderita/suspek TB yang telah dimodifikasi oleh peneliti berdasarkan pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis tahun (2002). Instrumen ini diisi oleh peneliti untuk mengobservasi hasil dari insrtumen I dan II, dan digunakan untuk strategi *passive case finding* dan *active case finding*.

#### **4.6.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

##### **1. Lokasi Penelitian**

Lokasi penelitian ini adalah Puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang

##### **2. Waktu Penelitian**

Waktu penelitian ini mulai tanggal 13-19 Januari 2010.

#### **4.6.3 Prosedur pengambilan data**

Peneliti membagi 2 kelompok strategi dalam penemuan penderita TB paru yaitu kelompok pertama dengan menggunakan strategi *passive case finding* dan kelompok kedua dengan menggunakan strategi *active case finding*. Kemudian peneliti memberikan penjelasan maksud dan tujuan penelitian sebelum dilakukan intervensi.

Untuk kelompok *passive case finding* peneliti bersama petugas puskesmas menunggu penderita TB paru yang datang kontrol atau berobat di puskesmas setiap hari selama 1 minggu. Penderita yang datang kontrol atau berobat kemudian diberikan lembar *informed consent* sebagai syarat menjadi responden, apabila responden sudah menyetujui dan tanda tangan lembar persetujuan kemudian responden diberikan kuesioner yang diisi langsung oleh responden sesuai dengan petunjuk yang terdapat pada lembar pertanyaan, kemudian hasil dari kuesioner dievaluasi apakah jawaban yang diberikan oleh responden sudah sesuai dengan tatacara pengisian jawaban atau petunjuk dari lembar kuesioner. Hasil akhir dari kuesioner kemudian ditabulasi ke lembar observasi.

Kelompok sampel dengan menggunakan *strategi active case finding*, peneliti bersama petugas puskesmas yang memegang program TB mendatangi rumah responden setiap hari selama 1 minggu. Anggota keluarga dilakukan wawancara terstruktur untuk menentukan suspek TB paru, kemudian setelah mendapatkan responden yang tepat peneliti memberikan lembar *informed consent* atau lembar persetujuan untuk menjadi responden. Setelah responden bersedia diteliti kemudian peneliti memberikan lembar kuesioner untuk diisi oleh responden untuk menentukan kasus TB yang diderita oleh responden, setelah didapatkan Suspek TB paru kemudian responden disuruh periksa kelaboratorium untuk mengetahui responden menderita TB dengan BTA (+/-) kemudian hasilnya di observasi di lembar observasi. Apabila responden BTA (+) langsung segera mendapatkan pengobatan oleh petugas puskesmas sesuai dengan kasus TB yang terdapat dilembar observasi yang diperoleh dari hasil kuesioner.

Strategi *passive case finding* maupun strategi *active case finding* hasilnya akan ditabulasi dengan menggunakan lembar observasi. Data terlebih dahulu dikoreksi kembali dan dipastikan kebenaran cara pengisiannya. masing-masing data akan dijelaskan secara terperinci sehingga didapatkan perbedaan yang bermakna antara strategi *active case finding* dan *passive case finding*.

#### 4.6.4 Cara Analisa Data

Merupakan proses pengaturan urutan data, mengorganisasikan dalam suatu pola atau kategori. Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini merupakan data mentah yang harus diorganisasikan sedemikian rupa agar dapat disajikan dalam bentuk tabel atau grafik sehingga mudah dianalisis. Analisis data penelitian ini meliputi :

##### 1. Skoring atau penilaian data

Analisis data pada penelitian ini dibagi menjadi tiga bagian yaitu :

###### a. Instrumen I

Instrumen I berbentuk wawancara terstruktur, setelah data diperoleh penderita suspek TB dari hasil wawancara, hasil tersebut dikelompokkan yang merupakan suspek TB paru kemudian disarankan untuk pemeriksaan BTA dengan diberikan surat pengantar dari puskesmas sebagai rujukan ke laboratorium. Hasil dari laboratorium akan diobservasi oleh instrumen III. Hasil dari observasi akan menentukan responden tersebut menderita TB paru atau tidak menderita TB paru.

###### b. Instrumen II

Instrumen II berbentuk kuesioner yang terdiri dari 11 pertanyaan dimana setiap pertanyaan mewakili dari kriteria penemuan penderita TB paru

menurut riwayat pengobatan sebelumnya dengan pemberian kode pada soal. Sebelum dinilai instrumen dikoreksi kembali dari hasil jawaban kuesioner yang diberikan oleh responden, apakah jawaban sudah sesuai dengan petunjuk pengisian yang terdapat di lembar kuisioner. Setelah pengisian jawaban sudah sesuai dilakukan perhitungan dan penilaian dari masing-masing kode adalah sebagai berikut:

Tabel 4.2 : Kode soal berdasarkan klasifikasi kasus TB Paru

Kode Soal	Klasifikasi Kasus TB Paru
A	Kasus TB baru
B	Kasus TB putus obat
C	Kasus TB gagal
D	Kasus TB kambuh
E	Kasus TB kronik
F	Kasus TB pindahan

Instrumen ini berdasarkan pedoman penanggulangan tuberkulosis (2008) yang di kutip oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia

c. Instrumen III

Instrumen III menggunakan lembar observasi. Hasil dari instrumen I dan instrumen II akan di masukkan di lembar observasi yang dinilai oleh peneliti dan di klasifikasikan sesuai dengan kolom yang ada pada lembar observasi. Lembar observasi berdasarkan modifikasi peneliti yang di kutip dari buku pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis (2002). Instrumen ini dari observasi instrumen I dan II akan dianalisis perbandingan strategi secara *passive case finding* dan *active case finding* yang disajikan dalam bentuk tabel atau grafik setelah ditabulasi.

#### **4.7 Masalah Etika**

Dalam melaksanakan penelitian ini, peneliti mendapat surat pengantar ijin penelitian dari PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang diajukan kepada Kepala Puskesmas Pangarengan Kecamatan Sampang. Setelah disetujui peneliti melakukan penelitian dengan menekankan masalah etik tersebut yang meliputi:

##### **4.7.1 Lembar persetujuan menjadi responden (*Informed consent*)**

Peneliti akan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian dan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Jika penderita TB Paru bersedia ikut dalam penelitian maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan untuk menjadi responden. Jika mahasiswa menolak maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap akan menghormati hak responden untuk menolak penelitian ini.

##### **4.7.2 Tanpa nama (*Anonymity*)**

Peneliti tidak akan mencantumkan identitas responden pada lembar pengumpulan data, hanya dengan menggunakan kode pada masing – masing lembar yang diisi atau diobservasi pada responden.

##### **4.7.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)**

Kerahasiaan responden akan dijamin oleh peneliti dengan tidak dicantulkannya identitas responden yang akan disajikan sebagai hasil dari penelitian ini.

#### **4.8 Keterbatasan**

1. Dalam penemuan kasus peneliti hanya menfokuskan sampel penelitian pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya adalah penderita TB paru.
2. Jumlah sampel penelitian yang sedikit sehingga keakuratan hasil penelitian belum optimal.
3. Pengumpulan data dengan kuesioner memungkinkan responden menjawab pertanyaan dengan tidak jujur kerana kurang mengerti pertanyaan yang di maksud.



**BAB 5**  
**HASIL DAN PEMBAHASAN**

## BAB 5

### HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian yang telah dilakukan di Puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang pada bulan Desember 2009. Data yang diperoleh meliputi gambaran umum lokasi penelitian, data umum responden penelitian dan gambaran variabel yang diukur berkaitan dengan penemuan kasus TB Paru dengan menggunakan *Strategi Passive Case Finding* dan *Active Case Finding* dengan kriteria penemuan kasus berdasarkan kriteria pengobatan sebelumnya yang meliputi: kasus baru, kasus kambuh, kasus putus obat, kasus gagal pengobatan, kasus pindahan, dan kasus kronis.

#### 5.1 Hasil Penelitian

##### 5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Puskesmas Pangarengan terletak di desa sekitar 25 Km dari kota di jalan Empu Ronggo No.1 Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang. Wilayah kerja Puskesmas Pangarengan terdiri dari 6 desa dengan 20.702 orang yang terdiri dari Desa Pangarengan dengan jumlah penduduk 4.300 orang, desa Pacanggaan dengan jumlah penduduk 1.686 orang, desa Ragung dengan jumlah penduduk 3.913 orang, desa Apa'an dengan jumlah penduduk 4.044 orang, desa Gulbung dengan jumlah penduduk 4.513 orang, dan desa Panyirangan dengan jumlah penduduk 2.246 orang. Puskesmas Pangarengan fasilitas yang ada antara lain: ruang rawat ruang UGD, kamar tindakan, ruang Tata Usaha, dan ruang untuk laboratorium, ruang balai pengobatan (BP), Ruang TB, Ruang Kusta, kamar

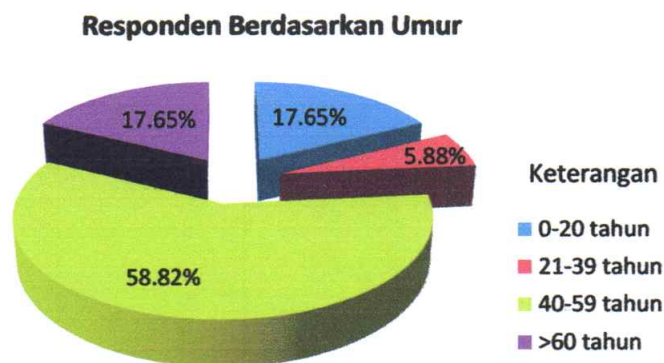
suntik, loket obat, poli gigi, poli mata, poli KIA atau KB dan kamar periksa, dan loket pembayaran.

Adapun tempat penelitian dengan menggunakan strategi *passive case finding* diadakan di ruang TB dengan jumlah petugas TB sebanyak 1 orang yang membuka pelayanan TB paru dari pagi sampai siang hari, sedangkan dengan menggunakan strategi *active case finding* yaitu pada 4 desa yang terdaftar di puskesmas dengan kasus TB terbanyak, terdiri dari desa Pangarenga, Desa Pacangga'an, Desa Ragung, dan Desa Apa'an.

### 5.1.2 Data umum

Responden yang didapatkan dalam penemuan suspek TB paru selama kurun waktu satu minggu didapatkan 17 orang baik dengan menggunakan strategi *active case finding* dan *passive case finding* dalam penemuan penderita kasus TB paru yang meliputi BTA (+) dan BTA (-) yang mencakup umur, jenis kelamin dan jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah.

#### 1. Distribusi responden berdasarkan kelompok umur

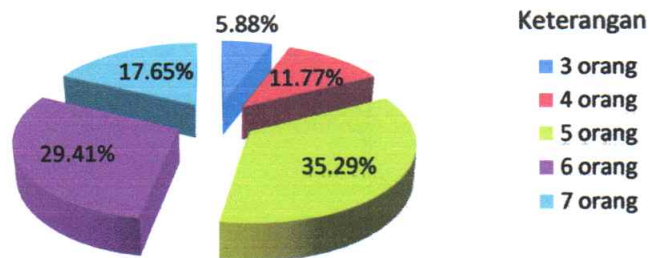


Gambar 5.1 Distribusi menurut umur responden yang menderita penyakit TB paru di wilayah kerja Puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang mulai tanggal 13-19 Januari 2009.

Gambar 5.1 menunjukkan sebagian besar responden yang menderita TB paru di wilayah kerja puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang sebagian besar responden berumur sekitar 40-59 tahun (58,82%) yang merupakan kelompok rentan terjadinya TB paru. Dan sebagian kecil responden berumur 23-39 (5,88%).

2. Distribusi responden berdasarkan jumlah anggota yang tinggal dalam satu rumah.

**Responden Berdasarkan Jumlah Anggota Keluarga Yang Tinggal Dalam Satu Rumah**

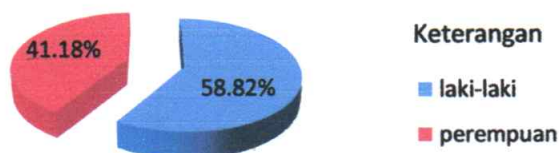


Gambar 5.2 Distribusi Responden berdasarkan Jumlah Anggota Keluarga yang tinggal dalam satu rumah pada penderita TB paru di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang mulai tanggal 13-19 Januari 2009.

Gambar 5.1 menunjukkan jumlah anggota keluarga responden penderita TB paru yang tinggal dalam satu rumah sebagian besar berjumlah 5 orang (35,29%) dan sebagian kecil penderita TB paru yang tinggal dalam satu rumah 3 orang (5,88%).

3. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin

**Responden berdasarkan jenis kelamin**



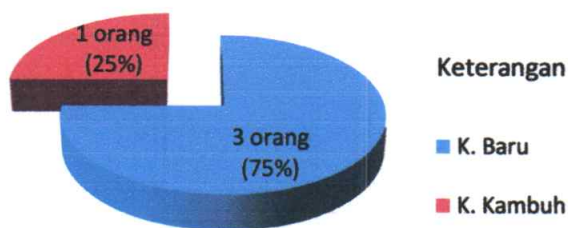
Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin pada penderita TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Pangaregan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang mulai tanggal 13-19 Januari 2009.

Gambar 5.3 didapatkan hasil data bahwa sebagian besar responden yang menderita TB paru di wilayah kerja puskesmas pangaregan kecamatan Torjun Kabupaten Sampang berdasarkan jenis kelamin sebanyak 58,82% adalah laki-laki yang sebagian besar adalah perokok.

5.1.3 Data khusus

1. Gambaran jumlah penemuan penderita TB paru dengan menggunakan strategi *passive case finding*.

**Penemuan Penderita TB Paru Dengan Strategi *Passive Case Finding***

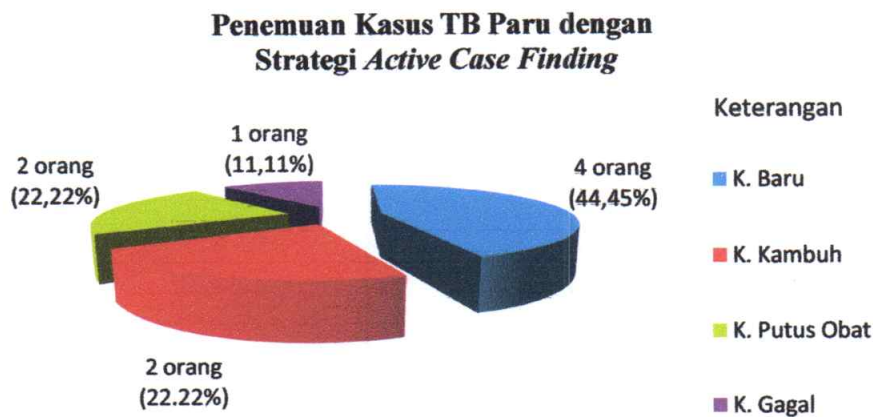


Gambar 5.4 Distribusi jumlah responden dalam penemuan kasus TB paru dengan menggunakan strategi *passive case finding* di wilayah

kerja Puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang mulai tanggal 13-19 Januari 2009.

Gambar 5.4 didapatkan jumlah penemuan kasus TB paru dengan menggunakan strategi *passive case finding* berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya sebagian besar ditemukan penderita TB dengan kasus Baru serbanyak 3 orang (75 %) yang sebagian besar penderita TB paru masih menjalani pengobatan selama 2 minggu.

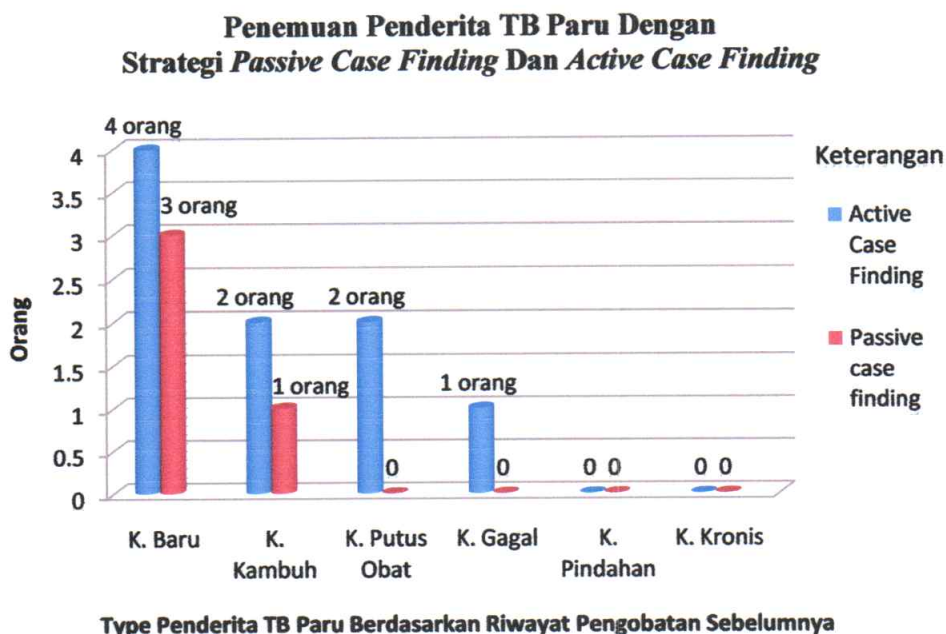
2. Gambaran jumlah penemuan penderita TB paru dengan menggunakan strategi *active case finding*.



Gambar 5.5 Distribusi jumlah responden dalam penemuan kasus TB paru dengan menggunakan strategi *active case finding* di wilayah kerja Puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang mulai tanggal 13-19 Januari 2009.

Gambar 5.5 didapatkan jumlah penemuan kasus TB paru berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya dengan sebagian besar kasus yaitu penderita kasus TB baru yang berjumlah 4 orang (44,45%) yang kebanyakan penderita belum pernah mendapatkan pengobatan TB dan baru pertama kali terjangkit atau mengalami sakit TB.

3. Gambaran perbandingan penemuan penderita TB paru dengan menggunakan strategi *passive case finding* dan *active case finding*.



Gambar 5.6 Distribusi perbandingan penemuan kasus TB paru dengan menggunakan strategi *passive case finding* dan *active case finding* di wilayah kerja Puskesmas Puskesmas Pangarengan mulai tanggal 13-19 Januari 2009.

Gambar 5.6 didapatkan hasil perbandingan antara strategi *passive case finding* dengan strategi *active case finding* dalam penemuan kasus TB paru berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya antara lain: sebagian besar Type penderita dengan kasus baru dengan perbandingan strategi *passive case finding* sebagian besar didapatkan kasus dengan TB baru dengan perbandingan 3 orang (23,08%) dan strategi *active case finding* sebanyak 4 orang (30,78%).

## 5.2 Pembahasan

Pada bagian ini, setelah dilakukan tabulasi antara strategi *passive case finding* dengan strategi *active case finding* akan dilakukan perbandingan perbandingan efektifitasnya antara ke-2 strategi tersebut dalam penemuan kasus baru, kasus kambuh, kasus putus obat, kasus gagal berobat, kasus pindahan dan kasus kronis.

### 5.2.1 Strategi *passive case finding* dalam penemuan kasus TB paru

Berdasarkan hasil penelitian dalam pencarian kasus TB paru dengan menggunakan strategi *passive case finding* yang meliputi penemuan penderita TB paru berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya diperoleh data sebagai berikut: sebagian besar didapatkan penderita dengan kasus baru sebanyak 3 orang (75%) dengan rata-rata anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah berjumlah 6 orang, kasus kambuh sebanyak 1 orang (25%) dengan jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah sebanyak 5 orang, dan tidak ditemukan penderita dengan kasus putus obat, kasus gagal, kasus pindahan dan kasus kronis.

Program penanggulangan TB umumnya tergantung pada penemuan kasus TB secara pasif dengan mewajibkan orang dengan TB untuk melaporkan untuk diagnosis dan perawatan. Pencarian penderita TB pada DOTS dengan metode *passive case finding* yang direkomendasikan oleh WHO adalah dengan memeriksa penderita yang datang atas kemauan sendiri di poliklinik unit pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas pembantu). dari metode *passive case finding* yaitu penderita yang dengan sadar mau berobat ke UPK masih relatif sedikit bahkan dapat dikatakan jarang. Perilaku kesehatan masyarakat tersebut dapat dikatakan beresiko, sebab mereka yang tidak datang periksa dan berobat



potensial menularkan TB. Jika masih menekankan metode *passive case finding* maka penderita TB Paru aktif di masyarakat akan semakin *underreported*. Sehingga dengan metode *passive case finding* angka cakupan, penemuan dan pengobatan penderita rendah (Efendi F, & Andi C, 2005).

Program penanggulangan TB paru dengan menggunakan strategi *passive case finding* dalam penemuan penderita TB paru diwilayah kerja puskesmas pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang dengan kunjungan penderita TB paru yang kontrol atau berobat masih dianggap sangat kurang, dengan didapatkan penderita yang kontrol atau berobat ke puskesmas dengan kasus TB paru hanya sekitar 4 orang yang terdiri dari 3 penderita dengan kasus baru dan 1 orang penderita dengan kasus kambuh. Sehingga banyak sekali di masyarakat yang menderita TB paru yang belum sempat kontrol atau berobat ke unit pelayanan kesehatan yang diantaranya puskesmas dikarenakan masyarakat belum tahu atau sadar tentang gejala dan tanda TB paru waktu mereka mengalami sakit TB paru. Sedikitnya penderita TB paru yang kontrol atau berobat ke puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang yang secara sadar atau kemauan sendiri, sehingga pencegahan dini dalam penyebaran TB paru di masyarakat sangat sulit di kontrol karena kerjasama dari masyarakat untuk kontrol atau berobat atas kesadaran sendiri masih kurang.

### **5.2.2 Strategi *active case finding* dalam penemuan kasus TB paru**

Berdasarkan hasil penelitian dalam pencarian kasus TB paru dengan menggunakan strategi *active case finding* yang meliputi penemuan suspek TB sebanyak 13 orang yang sebagian besar adalah laki-laki dan sebagian besar berumur 40-59 tahun, dan penemuan penderita TB paru berdasarkan riwayat

pengobatan sebelumnya diperoleh data sebagai berikut: sebagian besar didapatkan penderita dengan kasus baru sebanyak 4 orang (44,45%), sebagian besar penderita dengan kasus TB baru dalam satu keluarga yang tinggal dalam satu rumah berjumlah 6 orang anggota keluarga. sedangkan pada kasus TB kambuh dan putus obat didapatkan penderita masing-masing sebanyak 2 orang (22,22%), kasus TB dengan gagal pengobatan sebanyak 1 orang (11,11%) dengan jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah sebanyak 5 orang, dan tidak didapatkan penderita TB dengan kasus pindahan dan kasus kronis disebabkan karena tidak ada penduduk pendatang yang menderita TB paru dan sebagian besar penderita TB paru yang sudah mendapatkan pengobatan didapatkan hasil sembuh sehingga tidak perlu pengobatan ulangan untuk menjadi kasus kronis.

Dengan menggunakan strategi *active case finding* dapat menemukan secara tepat dan cepat penderita TB Paru di masyarakat yang enggan berobat. Mereka dapat terjaring oleh petugas kesehatan yang kemudian di follow up supaya mereka bersedia memeriksakan diri ke unit pelayanan kesehatan. Pemanfaatan strategi DOTS secara *active case finding* berbasis masyarakat ini diharapkan dapat meningkatkan cakupan DOTS sehingga lebih banyak penderita yang ditangani, mencegah terjadinya penularan dan dampak lebih lanjut akibat TB (Efendi F, & Andi C, 2005).

Kasus meningkatnya kejadian TB paru membuat pemerintah dengan gencar melakukan pencegahan dan pengobatan melalui program DOTS yang dikeluarkan oleh WHO. Keluarga sebagai unit kecil dalam masyarakat berperan dalam penyampaian pesan kepada petugas atau pelayanan kesehatan apabila terjadi gangguan kesehatan dalam keluarga. Adanya masalah kesehatan pada salah satu

anggota keluarga akan memungkinkan munculnya faktor resiko pada anggota keluarga yang lainnya. Contohnya dalam anggota keluarga ditemukan kasus TB paru pada anak sulungnya maka anggota keluarga yang lain juga beresiko tinggi terkena penyakit yang sama (Efendi F & Mahfudli, 2009).

Peran perawat sebagai penemu kasus dalam keluarga juga sangat penting dengan mengidentifikasi masalah kesehatan secara dini, sehingga tidak terjadi ledakan penyakit atau wabah (Maulana I, 2006). Sedangkan tugas kesehatan keluarga diantaranya: mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan yang tepat, memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, dan merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat (Bailon & Maglaya, 1998 dikutip oleh Efendi F & mahfudli, 2009).

Strategi *active case finding* yang berfokus pada keluarga dalam pencarian kasus TB paru yang ada di masyarakat meningkatkan cakupan temuan penderita TB paru dalam beberapa kasus, khususnya penemuan penderita TB dengan kasus Baru untuk segera ditangani sedini mungkin untuk mencegah dan mengontrol terjadinya peningkatan kasus TB di masyarakat, sehingga petugas kesehatan sedini mungkin melakukan pengobatan terhadap suspek atau penderita TB setelah didapatkan penderita dengan menggunakan strategi *active case finding* sehingga dapat mencegah penyebaran TB dalam keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita TB Paru dengan mendapatkan pemeriksaan dan pengobatan secepatnya.

### 5.2.3 Menganalisis perbandingan strategi *passive case finding* dan *active case finding* dalam penemuan kasus TB paru

Berdasarkan hasil penelitian perbandingan dalam pencarian kasus TB paru dengan menggunakan strategi *passive case finding* dan *active case finding* yang meliputi penemuan penderita TB paru berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya diperoleh data sebagai berikut: sebagian besar penderita TB paru dimasyarakat termasuk kasus baru baik dengan menggunakan strategi *passive case finding* maupun strategi *active case finding* dengan perbandingan kasus 3:4 orang (23,08%:30,78%) dengan jumlah rata-rata masing-masing anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah sebanyak 6 orang, penderita dengan kasus kambuh 1:2 orang (7,69%:15,38%), penderita dengan kasus putus obat dan kasus gagal pengobatan hanya ditemukan pada strategi *active case finding* dengan jumlah penderita 2 orang (15,38%) dan 1 orang (7,69%). Sedangkan penderita TB paru dengan kasus pindahan dan kasus kronis pada masing-masing strategi tidak didapatkan penderita karena belum ada penderita pindahan yang kontrol atau berobat ke puskesmas.

Penemuan penderita secara pasif atau *passive case finding* dilakukan dengan menjangring *suspect* yang berkunjung atas kesadaran sendiri ke unit-unit pelayanan kesehatan. Jika penderita datang atas kesadaran sendiri, risiko *drop out* selama waktu pengobatan lebih kecil dan memerlukan biaya relatif lebih murah. Kelemahan cara *passive case finding* seperti ini menjadikan cakupan penemuan penderita TB lebih kecil karena petugas hanya pasif menunggu penderita yang datang ke unit pelayanan kesehatan (Ismail Fahmi, dkk, 2007)

Strategi *passive case finding* adalah penderita yang datang berobat benar-benar mempunyai keinginan untuk memeriksakan kelainan yang dirasakan pada dirinya ke UPK sehingga kemungkinan untuk drop out kecil yang dalam jangka panjangnya dapat meningkatkan angka kesembuhan. Kekurangan dari metode *passive case finding* adalah penderita yang dengan sadar mau berobat ke UPK masih relatif sedikit bahkan dapat dikatakan jarang. Perilaku kesehatan masyarakat tersebut dapat dikatakan beresiko, sebab mereka yang tidak datang periksa dan berobat potensial menularkan TB (Ferry Efendi, Andi Cahyadi, 2005).

Strategi *active case finding* adalah dapat menemukan secara tepat dan cepat penderita TB Paru di masyarakat yang enggan berobat. Mereka dapat terjaring oleh petugas kesehatan yang kemudian di follow up supaya mereka bersedia memeriksakan diri ke unit pelayanan kesehatan. Pemanfaatan strategi DOTS secara *active case finding* diharapkan dapat meningkatkan cakupan DOTS sehingga lebih banyak penderita yang ditangani, mencegah terjadinya penularan dan dampak lebih lanjut akibat TB (Ferry Efendi, Andi Cahyadi, 2005).

Dengan strategi *active case finding* dibandingkan strategi *passive case finding* dalam penemuan kasus TB berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya lebih efektif menggunakan strategi *active case finding* karena penemuan angka cakupan TB paru lebih besar dari pada strategi *passive case finding* dan sehingga pencegahan dan pengobatan dini lebih meningkat untuk memutuskan rantai penyebaran TB di masyarakat yang masih belum terjangkau angka penemuan kasusnya hanya dengan menggunakan strategi *passive case finding* yang digunakan selama ini di Puskesmas pangarengan kecamatan Torjun Kabupaten Sampang.

**BAB 6**

**KESIMPULAN DAN SARAN**

## BAB 6

### KESIMPULAN DAN SARAN

pada bab ini akan disajikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang analisis pelaksanaan strategi *passive case finding* dan *active case finding* dalam penemuan penderita TB paru di wilayah kerja puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang.

#### 6.1 Kesimpulan

1. Strategi *passive case finding* dalam penemuan penderita TB paru di wilayah kerja Puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang didapatkan sebagian besar penderita TB paru yang kontrol atau berobat ke puskesmas yaitu dengan kasus TB baru dan kebanyakan mereka dengan sadar mau berobat atau kontrol dengan kemauan mereka sendiri.
2. Strategi *active case finding* dalam penemuan penderita TB paru di wilayah kerja Puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang didapatkan sebagian besar penderita dengan kasus TB baru dan penderita belum pernah mendapatkan pengobatan sebelumnya. Rata-rata dari penderita tertular oleh anggota keluarganya yang menderita TB paru yang sedang menjalani pengobatan.
3. Strategi *passive case finding* dalam penemuan kasus TB paru di wilayah kerja Puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang masih belum mencakup masyarakat secara keseluruhan, sehingga penemuan kasus TB tidak maksimal yang menyebabkan TB paru masih banyak yang belum

mendapatkan pengobatan di masyarakat sehingga penyebaran TB paru di masyarakat masih beresiko tinggi.

## 6.2 Saran

1. Mengembangkan strategi *passive case finding* menjadi *active case finding* dalam upaya meningkatkan angka penemuan kasus TB paru yang tersebar di masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang untuk petugas puskesmas khususnya ketua program TB di puskesmas Pangarengan dengan cara petugas aktif datang ke keluarga penderita TB paru untuk memeriksakan ke laboratorium anggota keluarga penderita TB yang merupakan suspek TB dalam upaya penemuan kasus TB paru yang bertujuan untuk meningkatkan pencegahan penyebaran TB secara dini.
2. Ketua program TB di puskesmas pangarengan mengajukan permohonan pelatihan kader kepada Dinas Kesehatan Kabupaten sehingga para kader yang ada di masyarakat mampu melaksanakan strategi *active case finding* dalam penemuan kasus TB yang ada di masyarakat, diharapkan dengan adanya pelatihan kader kesehatan yang ada di masyarakat angka cakupan penemuan penderita TB paru meningkat sehingga penanggulangan TB paru dalam pencegahan dan pengobatan sedini mungkin angka cakupannya menjadi meningkat di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang.
3. Angka cakupan penemuan dan angka kesembuhan yang meningkat dengan strategi *active case finding* dengan cara pelatihan kader kesehatan di masyarakat oleh petugas puskesmas diharapkan masyarakat mampu dan



mandiri dalam penanggulangan TB paru sehingga TB paru tidak menjadi masalah kesehatan dalam masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pangarengan Kecamatan Torjun Kabupaten Sampang.

4. Untuk penelitian selanjutnya supaya jumlah sampel penelitian lebih banyak sehingga hasilnya lebih akurat dan dapat digeneralisasikan baik dengan menggunakan strategi *passisve* maupun *active case finding*.

# DAFTAR PUSTAKA

## DAFTAR PUSTAKA

- Alsagaff, H., (2005). Ilmu Penyakit Paru. Airlangga University Press: Surabaya, hal: 85-87
- Candra, B., (1995). *Pengantar Statistik Kesehatan*. Jakarta:EGC, hal: 90-95
- Depkes RI., (2002). *Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta: Gudernas, hal: lampiran 1.6
- Depkes RI., (2009). *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis Edisi 2*. Jakarta: Gedurnas-TB, hal: 6-7;13-24;64-70
- Dewanti, (2009). *Respiratory System Tentang Asuhan Keperawatan Dengan Klien TBC*. <http://www.scribd.com/doc/17186413/askep-TBC>. Tanggal 19 Oktober 2009. Jam 13.00 WIB
- Dinkes. Lumajang. *Buku Pengangan Kader PKK Dalam Pelaksanaan Program Penanggulangan Tbc*. Lumajang: TIM Penggerak PKK
- Efendi, F., & Andi C., (2005). *Strategi Active Case Finding Berbasis Masyarakat Sebagai Upaya Peningkatan Cakupan Directly Observed Treatment Short-Course (DOTS)*. <http://www.fk.unair.ac.id/publikasi/lingua/XXXII/3.asp>. Tanggal 30 November 2009. Jam 11.00 WIB
- Efendi, F., & Makhfudli., (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori Dan Praktik Dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, hal: 179-186
- Fahmi, I., dkk, (2007). *Desain Organisasi Penanggulangan Tuberkulosis Implementasi Strategi Dots Di Tapanuli Selatan*. Program Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta-Indonesia
- Fajar, I., dkk, (2009). *Statistika Untuk Praktisi Kesehatan*. Yokyakarta: Graha Ilmu, hal: 77-87; 127-136
- Hasan, I., (2002). *Metodologi Penelitian Dan Aplikasinya*. Jakarta: Ghalia Indonesia. Hal 97
- Hiswani, (2009). *Tuberkulosis Merupakan Penyakit Infeksi Yang Masih Menjadi Masalah Kesehatan Masyarakat*. <http://library.usu.ac.id/download/fkm/fkm-hiswani6.pdf>. Tanggal 19 Oktober 2009. Jam 13.00 WIB
- Indriani, D., & Adiningsih, S., (2005). *Hubungan Life Style Anak Jalanan terhadap Kejadian Penyakit Tuberkulosis Paru : Studi Kasus di*

*Yayasan Insani Surabaya. Penelitian Kesehatan.* Fakultas Kesehatan masyarakat. Surabaya-Indonesia.

- Isa, M., dkk, (2001). *Tuberkulosis Tinjauan Multidisiplin.* Banjarmasin: Pusat Studi Tuberkulosis Fakultas Kedokteran Uneversitas Lambung Mengkurat RSUD Ulin Banjarmasin, hal: 123-127
- Nadesul, H., (2009). *Pengantar Buku TBC Pada Anak.* <http://pestagagasan.blogspot.com/2009/03/kata-pengantar-buku-tbc-pada-anak-oleh.html>. Tanggal 8 Oktober 2009. Jam 09.30 WIB
- Notoatmodjo, (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar.* Jakarta: Rineka Cipta, hal: 170-178
- Notoatmodjo, (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan.* Jakarta: Rineka Cipta, hal: 121-132
- Notoatmodjo, (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta: Rineka Cipta, hal: 122-125
- Nursalam, (2008). *Konsep dan Penerapan Metode Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan.* Jakarta: Salemba Medika, hal: 94
- Maulana, W.I., dkk, (2006). *Ilmu Keperawatan Komunitas 2 teori dan aplikasi dalam praktik dengan pendekatan asuhan keperawatan komunitas gerontik dan keluarga.* Jakarta: Sagung Seto, hal: 262-264
- PSIK Fakultas Keperawatan, (2009). *Pedoman Penyusunan Proposal dan Skripsi.* Surabaya: Universitas Airlangga
- Rasmun, (2001). *Perawatan Kesehatan Mental Psikiatri Terintegrasi Dengan Keluarga.* Jakarta: PT FAJAR INTERPRATAMA, hal: 7
- Rosmini, (2007). *Menkes: Perlu Terobosan Baru Atasi TB.* <http://www.antara.co.id/view/?i=1174479170&c=NAS&s>. Tanggal 30 November 2009. Jam 11.00 WIB
- Smart, T., (2008). *Penemuan Kasus TB yang Diperluas.* <http://spiritia.or.id/hatip/bacahat.php?artno=01372&gg>. Tanggal 30 Desember 2009. Jam 15.00 WIB
- Soleman, (2006). *Family Folder sebagai Model Pembinaan Kesehatan.* Jurnal Kesehatan. <http://stetoskopmerah.blogspot.com/2009/04/family-folder-sebagai-model-pembinaan.html>. Tanggal 31 Oktober 2009. Jam 12.30 WIB

- Suluhah, U, dkk, (2002). *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC, hal: 48-49
- Utopias, (2008). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan TB Paru*. <http://utopias.blog.friendster.com/2008/04/askep-tb-paru/>. Tanggal 19 Oktober 2009. Jam 13.00 WIB
- Yusmarelda, (2008). *Galeri Seni Lukis di Yogyakarta*. <http://rac.uui.ac.id/server/document/Public/20080819101528TA%20Galeri%20Seni%20Lukis%20di%20Yogyakarta%20-%2004512052.pdf> tanggal 7 Desember 2009. Jam 06.00 WIB
- Zuhdi, (2008). *Hubungan Antara Peran Keluarga Terhadap Tingkat Kecemasan Injecting Drug User*. <http://one.indoskripsi.com/judul-skripsi/ilmu-keperawatan/hubungan-antara-peran-keluarga-terhadap-tingkat-kecemasan-injecting-drug-user-idu>. pada tanggal 8 Desember 2009. Jam 13.00 WIB

# LAMPIRAN



# UNIVERSITAS AIRLANGGA

## FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031), 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257  
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : [dekan\\_ners@unair.ac.id](mailto:dekan_ners@unair.ac.id)

Surabaya, 19 Oktober 2009

Nomor : 2886/H3.1.12/PPd/2009  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan  
Data Awal Mahasiswa PSIK- FKp Unair**  
.....

Kepada Yth.  
Kapala Puskesmas Pangarengan Sampang

di-  
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Achmad Farodisi Afnani  
NIM : 010830430B  
Judul Penelitian : "Analisis Pelaksanaan Strategi *Passive Case Finding* dan *Active Case Finding* Dalam Penemuan Penderita TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Pangarengan Sampang Kec. Torjun Kab. Sampang"  
Tempat : Puskesmas Pangarengan Sampang

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.



Penjabat Dekan

Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)  
NIP : 140238226



# UNIVERSITAS AIRLANGGA

## FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756. Fax. (031) 5913257  
 Website: <http://www.ners.unair.ac.id> : e-mail : [dekan\\_ners@unair.ac.id](mailto:dekan_ners@unair.ac.id)

Surabaya, 11 Januari 2010

Nomor : 57 /H3.1.12/PPd/2010  
 Lampiran : 1 (satu) berkas  
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian  
 Mahasiswa PSIK - FKp Unair**  
 .....

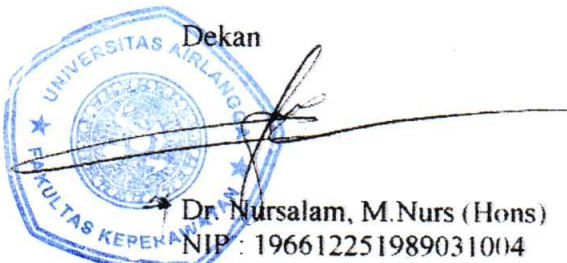
Kepada Yth.  
 Kepala Puskesmas Pangarengan Kec. Torjun Kab. Sampang  
 di-  
 Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Achmad Farodisi Afnani  
 NIM : 010830430B  
 Judul Penelitian : Analisis Pelaksanaan Strategi *Passive Case Finding* dan *Active Case Finding* dalam Penemuan Penderita TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Pangarengan Kec. Torjun Kab. Sampang  
 Tempat : Puskesmas Pangarengan Kec. Torjun Kab. Sampang

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan  
  
 Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)  
 NIP : 196612251989031004



Lampiran 3



**PEMERINTAH KABUPATEN SAMPANG  
DINAS KESEHATAN  
PUSKESMAS PANGARENGAN**

Jl. Empu Ronggo No.1 Telp. (0323) 770 363  
KECAMATAN TORJUN – KABUPATEN SAMPANG

**SURAT KETERANGAN**

Nomor : *107* / 02 . 21 / 434.102.100.07 / 2010

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. SYAHIRUL ARIEF  
NIP : 131038 777  
Jabatan : Kepala Puskesmas Pangarengan Sampang

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : ACHMAD FARODISI AFNANI  
NIM : 010830430B

Telah menyelesaikan penelitian di Puskesmas Pangarengan - Kec. Torjun - Kab. Sampang dengan judul :

**"ANALISI PELAKSANAAN STRATEGI PASSIVE CASE FINDING DAN ACTIVE CASE FINDING DALAM PENEMUA PENDERITA TB PARU DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PANGARENGAN KEC. TORJUN KAB. SAMPANG"**

Mulai tanggal 13 Januari 2010 sampai dengan 19 Januari 2010

Demikian Surat Keterangan ini kami buat dengan sebenarnya untuk digunakan seperlunya.

Dikeluarkan di : PUSKESMAS PANGARENGAN  
Pada Tanggal : 20 Januari 2010

KEPALA PUSKESMAS PANGARENGAN



## Lampiran 4

**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth  
Bapak/Ibu/Saudara  
Calon Responden

Dengan hormat,

Nama saya Accmad Farodisi Afnani, mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan mengajukan permohonan agar bapak/ ibu, saudara berkenan menjadi responden dalam penelitian yang berjudul **Analisis Pelaksanaan Strategi *Passive Case Finding* Dan *Active Case Finding* Dalam Penemuan Penderita TB Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Pangarengan**

Kesediaan bapak/ ibu, saudara sebagai responden dalam penelitian ini bersifat bebas, tanpa ada paksaan dari manapun. Jika bapak/ ibu, saudara menyetujui saya mohon menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) yang telah tersedia.

Data yang diambil dan disajikan nanti bersifat rahasia tanpa menyebutkan nama bapak/ ibu, saudara. Atas kesediaannya, saya ucapkan terima kasih .

Surabaya,..... Januari 2010  
Hormat saya,

Achmad Farodisi Afnani  
NIM: 010830430 B

## Lampiran 5

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Kode Responden:

Setelah mendapat penjelasan tentang tujuan penelitian dengan judul **Anlisis Palaksanaan Strategi *Passive Case Finding* Dan *Active Case Finding* Dalam Penemuan Penderita TB Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Pangarengan**

Maka saya yang bertanda tangan di bawah ini bersedia menjadi responden penelitian. Dan saya akan menjawab pertanyaan dari peneliti secara jujur.

Surabaya,..... Januari 2010

Responden

( ..... )

## Lampiran 6

**LEMBAR PERTANYAAN WAWANCARA**

**Pertanyaan berdasarkan gejala-gejala penyakit TB berdasarkan buku pegangan PKK dalam pelaksanaan program penanggulangan TBC antara lain sebagai berikut:**

1. Apakah saudara batuk disertai dahak selama 3 minggu ditambah batuk darah?
2. Apakah saudara sering sesak nafas dan nyeri pada daerah dada?
3. Apakah saudara mengalami badan lemah atau kurang bergairah?
4. Apakah saudara berkeringat pada waktu malam hari walaupun tanpa kegiatan?
5. Apakah saudara pernah demam meriang selama satu bulan?

**KODE E**

9. Apakah pengobatan TBC saudara di ulang karena suatu sebab?

YA

TIDAK

10. Apakah setelah pengobatan ulangan dahak saudara masih dinyatakan positif?

YA

TIDAK

**KODE F**

11. Apakah saudara merupakan pindahan dari tempat lain dan ingin melanjutkan pengobatan TBC di puskesmas ini?

YA

TIDAK

*Apabila saudara menjawab "YA" pada pertanyaan 3 dan 4 saudara tidak perlu dilanjutkan ke pertanyaan berikutnya tapi langsung ke pertanyaan 11. Apabila saudara menjawab "TIDAK" pada pertanyaan 3 dan 4 saudara dapat melanjutkan ke pertanyaan 5 dan 6.*

**KODE C**

5. Apakah pengobatan TBC yang saudara jalani sampai saat ini sudah sampai 5 bulan?  
 YA  
 TIDAK
6. Apakah setelah 5 bulan pemeriksaan dahak masih dinyatakan positif?  
 YA  
 TIDAK

*Apabila saudara menjawab "YA" pada pertanyaan 5 dan 6 saudara tidak perlu dilanjutkan ke pertanyaan berikutnya tetapi langsung ke pertanyaan 11. Apabila saudara menjawab "TIDAK" pada pertanyaan 7 dan 8 saudara dapat melanjutkan ke pertanyaan 5 dan 6.*

**KODE D**

7. Apakah saudara pernah dinyatakan sembuh dari sakit TBC?  
 YA  
 TIDAK
8. Apakah sesudah saudara dinyatakan sembuh, saudara memeriksakan dahak masih masih dinyatakan positif?  
 YA  
 TIDAK

*Apabila saudara menjawab "YA" pada pertanyaan 7 dan 8 saudara tidak perlu dilanjutkan ke pertanyaan berikutnya tapi langsung ke pertanyaan 11. Apabila saudara menjawab "TIDAK" pada pertanyaan 7 dan 8 saudara dapat melanjutkan ke pertanyaan 9 dan 10.*

## Lampiran 7

**LEMBAR KUESIONER**

**Penemuan penderita TB paru berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya yang meliputi kasus baru, kasus kambuh, kasus putus obat, kasus gagal, kasus pindahan, kasus kronik.**

Petunjuk pengisian :

1. Bacalah dengan teliti seluruh pertanyaan dibawah ini dan keterangan pada setiap sisipan dari beberapa pertanyaan.
  2. Mohon dijawab seluruh pertanyaan ini sesuai dengan yang saudara alami
  3. Berilah tanda (√) pada pilihan jawaban yang paling sesuai menurut saudara
- 

**Nama** :  
**Umur** :  
**Alamat** :  
**Jumlah anggota keluarga** :

**KODE A**

1. Apakah saudara belum pernah mendapatkan obat anti TBC sebelumnya?  
 YA  
 TIDAK
2. Apakah saudara minum obat anti TBC kurang dari satu bulan?  
 YA  
 TIDAK

*Apabila saudara menjawab "YA" pada salah satu pertanyaan 1 dan 2 saudara tidak perlu dilanjutkan ke pertanyaan berikutnya tapi langsung ke pertanyaan 11. Apabila saudara menjawab "TIDAK" pada pertanyaan 1 dan 2 saudara dapat melanjutkan ke pertanyaan 3 dan 4.*

**KODE B**

3. Apakah saudara tidak patuh minum obat TBC selama 2 bulan?  
 YA  
 TIDAK
4. Apakah saat ini dahak saudara masih dinyatakan positif?  
 YA  
 TIDAK

*Apabila saudara menjawab "YA" pada pertanyaan 3 dan 4 saudara tidak perlu dilanjutkan ke pertanyaan berikutnya tapi langsung ke pertanyaan 11. Apabila saudara menjawab "TIDAK" pada pertanyaan 3 dan 4 saudara dapat melanjutkan ke pertanyaan 5 dan 6.*

**KODE C**

5. Apakah pengobatan TBC yang saudara jalani sampai saat ini sudah sampai 5 bulan?  
 YA  
 TIDAK
6. Apakah setelah 5 bulan pemeriksaan dahak masih dinyatakan positif?  
 YA  
 TIDAK

*Apabila saudara menjawab "YA" pada pertanyaan 5 dan 6 saudara tidak perlu dilanjutkan ke pertanyaan berikutnya tetapi langsung ke pertanyaan 11. Apabila saudara menjawab "TIDAK" pada pertanyaan 7 dan 8 saudara dapat melanjutkan ke pertanyaan 5 dan 6.*

**KODE D**

7. Apakah saudara pernah dinyatakan sembuh dari sakit TBC?  
 YA  
 TIDAK
8. Apakah sesudah saudara dinyatakan sembuh, saudara memeriksakan dahak masih masih dinyatakan positif?  
 YA  
 TIDAK

*Apabila saudara menjawab "YA" pada pertanyaan 7 dan 8 saudara tidak perlu dilanjutkan ke pertanyaan berikutnya tapi langsung ke pertanyaan 11. Apabila saudara menjawab "TIDAK" pada pertanyaan 7 dan 8 saudara dapat melanjutkan ke pertanyaan 9 dan 10.*



**KODE E**

9. Apakah pengobatan TBC saudara di ulang karena suatu sebab?  
 YA  
 TIDAK

10. Apakah setelah pengobatan ulangan dahak saudara masih dinyatakan positif?  
 YA  
 TIDAK

**KODE F**

11. Apakah saudara merupakan pindahan dari tempat lain dan ingin melanjutkan pengobatan TBC di puskesmas ini?  
 YA  
 TIDAK

## Lampiran 8

**LEMBAR KODE SOAL DAN PENILAIAN PENENTUAN KASUS  
TB PARU BERDASARKAN RIWAYAT PENGOBATAN SEBELUMNYA**

<b>KODE SOAL</b>	<b>KASUS TB PARU</b>
A	KASUS TB BARU
B	KASUS TB PUTUS OBAT
C	KASUS TB GAGAL
D	KASUS TB KAMBUH
E	KASUS TB KRONIK
F	KASUS TB PINDAHAN

Sumber : Berdasarkan pedoman nasional penanggulangan tuberkulis edisi 2  
cetakan kedua departemen kesehatan republik indonesia tahun 2008

LEMBAR OBSERVASI TERSANGKA PENDERITA (SUSPEK) TB HASIL PEMERIKSAAN DAHAK SPS DAN TYPE TB  
TANGGAL .....s/d..... BULAN JANUARI TAHUN 2010

No	Tgl	Nama	Umur (Thn)	Jenis Kelamin		Alamat	Hasil pemeriksaan BTA (+/-)			Jumlah anggota keluarga	Penemuan penderita TB berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya					
				L	P		A	B	C		Baru	Kambuh	Putus Obat	Gagal	Pindahan	Kronis
1	2	3		4	5	6	7	8	9	11	12	13	14	15	16	17
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

Keterangan: A = Slide dahak sewaktu pertama, B = Slide dahak pagi, C = Slide dahak sewaktu kedua  
Penemuan penderita TB berdasarkan tipe kasus diperoleh dari lembar kuesioner 2.

**TABULASI TERSANGKA PENDERITA (SUSPEK) TB HASIL PEMERIKSAAN DAHAK SPS DAN TYPE TB DENGAN MENGGUNAKAN STRATEGI ACTIVE CASE FINDING MULAI TANGGAL 13 JANUARI 2010 S/D 19 JANUARI 2010**

No	Tgl	Nama	Umur (Thn)	Jenis Kelamin		Alamat	Hasil pemeriksaan BTA (+/-)			Jumlah anggota keluarga	Penemuan penderita TB berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya					
				L	P		A	B	C		Baru	Kambuh	Putus Obat	Gagal	Pindahan	Kronis
1	2	3		4	5	6.	7	8	9	11	12	13	14	15	16	17
1	13	Tn. M	42	√	-	Dsn. Anyir	+	+	+	5	√	-	-	-	-	-
2		Tn. J	55	√	-	Dsn. Anyir	+	+	-	4	-	-	√	-	-	-
3	14	Tn. B	48	√	-	Dsn. Cangkarman	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-
4		Ny. S	60	-	√	Dsn. Ragung	+	+	+	5	-	-	-	√	-	-
5	15	Ny. R	45	-	√	Dsn. Gunugah	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-
6		An. H	21	√	-	Dsn. Gunugah	+	+	+	6	√	-	-	-	-	-
7	16	An. I	13	-	√	Dsn. Paterongan	+	+	+	3	√	-	-	-	-	-
8	17	Tn. Sa	70	√	-	Dsn. Lembenah	+	+	+	5	-	√	-	-	-	-
9	18	Ny. H	54	-	√	Jl. Mutiara	+	+	-	6	-	√	-	-	-	-
10		Tn. A	19	√	-	Jl. Teuku Umar	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-
11	19	Ny. Ma	53	-	√	Dsn. Praggasan	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
12		Ny. Ho	50	-	√	Dsn. Pacanggaan	+	-	-	6	√	-	-	-	-	-
13		An. F	23	√	-	Dsn. Pacanggaan	+	+	+	4	-	-	√	-	-	-

Keterangan: A = Slide dahak sewaktu pertama, B = Slide dahak pagi, C = Slide dahak sewaktu kedua  
 Penemuan penderita TB berdasarkan tipe kasus diperoleh dari lembar kuesioner 2.

**TABULASI TERSANGKA PENDERITA (SUSPEK) TB HASIL PEMERIKSAAN DAHAK SPS DAN TYPE TB DENGAN MENGGUNAKAN STRATEGI PASSIVE CASE FINDING MULAI TANGGAL 13 JANUARI 2010 S/D 19 JANUARI 2010**

No	Tgl	Nama	Umur (Thn)	Jenis Kelamin		Alamat	Hasil pemeriksaan BTA (+/-)			Jumlah anggota keluarga	Penemuan penderita TB berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya					
				L	P		A	B	C		Baru	Kambuh	Putus Obat	Gagal	Pindahan	Kronis
1	2	3		4	5	6	7	8	9	11	12	13	14	15	16	17
1	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	14	Yn. R	40	-	√	Dsn. Gunungah	+	+	+	5	√	-	-	-	-	-
3		Tn. H	54	√	-	Dsn. Sen Aser	+	+	+	7	√	-	-	-	-	-
4	15	Tn. P	43	√	-	Dsn. Prangsangan	+	+	+	5	-	√	-	-	-	-
5	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	18	Tn. M	61	√	-	Dsn. Gunungan	+	+	+	6	√	-	-	-	-	-
8	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Keterangan: A = Slide dahak sewaktu pertama, B = Slide dahak pagi, C = Slide dahak sewaktu kedua  
 Penemuan penderita TB berdasarkan tipe kasus diperoleh dari lembar kuesioner 2.

**TABULASI STRATEGI ACTIVE CASE FINDING DAN PASSIVE CASE FINDING  
DALAM PENEMUAN KASUS TB PARU**

Strategi Yang Digunakan	Jumlah Suspek TB Paru	Penemuan Penderita TB Paru														BTA (-)		Jumlah	
		BTA (+)							BTA (-)							Jumlah	%		
		Baru	%	Kambuh	%	Putus obat	%	Gagal	%	Pindahan	%	Kronis	%	Jumlah	%				
Active case finding	13 orang	4 orang	30,78	2 orang	15,38	2 orang	15,38	1 orang	7,69	0	0	0	0	0	0	0	4 orang	30,77	100% <sup>a</sup>
Passive case finding	4 orang	3 orang	75	1 orang	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100% <sup>a</sup>
Jumlah	17 orang	5 orang	29,41	6 orang	35,29	1 orang	5,88	1 orang	5,88	0	0	0	0	0	0	0	4 orang	23,54	100% <sup>a</sup>

## Lampiran 11

**TABULASI KLASIFIKASI PENDERITA TB PARU BERDASARKAN  
RIWAYAT PENGOBATAN SEBELUMNYA**

Responden	KODE SOAL						Keterangan
	A	B	C	D	E	F	
1	√	-	-	-	-	-	Baru
2		√	-	-	-	-	Putus obat
3	-	-	-	-	-	-	-
4			√	-	-	-	Gagal
5	-	-	-	-	-	-	-
6	√	-	-	-	-	-	Baru
7	√	-	-	-	-	-	Baru
8	-	-	-	√	-	-	Kambuh
9	-	-	-	√	-	-	Kambuh
10	-	-	-	-	-	-	-
11	-	-	-	-	-	-	-
12	√	-	-	-	-	-	Baru
13	-	√	-	-	-	-	Putus obat
14	√	-	-	-	-	-	Baru
15	√	-	-	-	-	-	Baru
16	-	-	-	√	-	-	Kambuh
17	√	-	-	-	-	-	Baru

## Keterangan Kode Soal

- A = Penderita TB Baru
- B = Penderita TB Putus Obat
- C = Penderita TB Gagal Berobat
- D = Penderita TB Kambuh
- E = Penderita TB Kronik
- F = Penderita TB Pindahan