

SKRIPSI

**PERBANDINGAN FAKTOR YANG BERHUBUNGAN
DENGAN PENEMUAN KASUS TB BTA POSITIF
di Puskesmas Karang and Puskesmas Pogalan,
Kabupaten Trenggalek, Jawa Timur**

1706710
Lai
P



Oleh :

**AYUNITA LAISANAH
NIM. 100630238**

**UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
SURABAYA
2008**

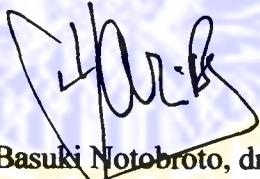


PENGESAHAN

**Dipertahankan di Depan Tim Penguji Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dan
diterima untuk memenuhi salah satu syarat guna memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM)
pada tanggal 24 Juli 2008**

**Mengesahkan
Universitas Airlangga
Fakultas Kesehatan Masyarakat**

**a.n. Dekan
Kepala Bagian Akademik**



**Dr. Hari Basuki Notobroto, dr., M.Kes
NIP.132015148**

Tim Penguji :

- 1. Prof. Soedjajadi Keman, dr., M.S, Ph.D**
- 2. Prijono Satyabakti, dr., M.S, M.PH**
- 3. Setya Budiono, dr., M.ARS**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM)
Departemen Epidemiologi
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga**

Oleh:

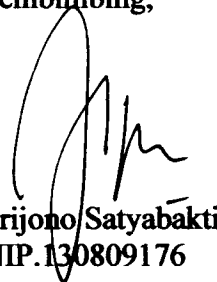
**AYUNITA LAISANAH
NIM. 100630238**

**Mengetahui,
Ketua Departemen,**



**Fariani Syahrul, SKM, M.Kes
NIP. 132087862**

**Surabaya, 31 Juli 2008
Menyetujui,
Pembimbing,**



**Prijono Satyabakti, dr., M.S, M.PH
NIP.130809176**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia serta hidayah-Nya sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul “PERBANDINGAN FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENEMUAN KASUS TB BTA POSITIF“ di Puskesmas Karangn dan Puskesmas Pogalan, Kabupaten Trenggalek, Jawa Timur, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Dalam Skripsi ini dijabarkan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penemuan kasus TB BTA positif antara lain pengetahuan tentang TB, pendapat tentang petugas kesehatan, tindakan pencarian pengobatan, jangkauan pelayanan kesehatan penderita TB BTA positif dan karakteristik petugas. Hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam upaya kegiatan penanggulangan penyakit TB di wilayah kerja Puskesmas Karangn maupun Puskesmas Pogalan.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada Prijono Satyabakti dr, M.S., M.PH selaku dosen pembimbing yang telah banyak memberi petunjuk, koreksi dan saran hingga terwujudnya skripsi ini.

Ucapan terima kasih juga kami sampaikan kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. J. Mukono, dr., M.S, M.PH selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

2. **Fariani Syahrul, S.KM, M.Kes selaku Ketua Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.**
3. **Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Trenggalek yang telah memberi ijin penelitian.**
4. **M. Rofiq Hindiono, dr. selaku Kepala Puskesmas Karang dan Wiji Kusbiyah, dr. selaku Kepala Puskesmas Pogalan yang telah memberi ijin tempat penelitian kami.**
5. **Prof. Soedjajadi Keman, dr., M.S, Ph.D dan Setya Budiono, dr., M.ARS sebagai tim penguji skripsi.**
6. **Semua staf Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga yang membantu kelancaran penelitian ini.**
7. **Bapak dan ibu yang telah mendukung baik moril dan materiil selama mengikuti pendidikan.**
8. **Teman-teman kelompok PKL Madiun yang telah memberi saran-saran guna terselesaikannya skripsi ini.**
9. **Dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu terselesaikannya skripsi ini.**

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga skripsi ini berguna baik bagi kami sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkannya.

Surabaya, Juli 2008

ABSTRACT

In Annual Report on Global TB Control 2003 WHO announced that there were 22 countries in high burden countries to TB, Indonesia also. Household healthy 2001 survey shown that TB was the third as the death maker. TB disease in Trenggalek regency still be a problem which need more attention also. There are 2 District Health Centre in Trenggalek regency with the different trend positive TB BTA case finding result, increased in 3 last years (Karangan District Health Centre) and decreased in 3 last years (Pogalan District Health Centre).

The purpose of this research was to compare the factors which related in positive TB BTA case finding in Karangan District Health Centre and Pogalan District Health Centre

This was a *cross sectional* study with qualitative approach. Research population was positive TB BTA patient in Karangan District Health Centre and Pogalan District Health Centre in Trenggalek regency. While research sample was positive TB BTA patients who active medicining in Karangan District Health Centre and Pogalan District Health Centre and ≥ 15 years old, total of sample was 42 persons. Independent variables were knowledge about TB, the positive TB BTA patients opinion about health employee attitude, medicine searching measure and the penderit TB BTA positift reach to those District Health Centre.

The result Chi-square statitics test independent variable ($p=0,05$) with indicated just knowledge about TB have significant ($p=0,024$). Thats meant there's the knowledge difference about TB from the positive TB BTA patients in those District Health Centre

Conclusion from the research there's the knowledge difference about TB from the positive TB BTA patient in Karangan District Health Centre and Pogalan District Health Centre. Another factor which has no difference maybe caused by the identical of penderit TB BTA positift attitude in both District Health Centre

Keywords: The related factor, TB case finding

ABSTRAK

WHO dalam Annual Report on Global TB Control 2003 menyatakan terdapat 22 negara dalam high burden countris terhadap TB, termasuk Indonesia. Survei kesehatan Rumah Tangga 2001 menunjukkan TB menduduki rangking ke tiga sebagai penyebab kematian. Penyakit TB di Kabupaten Trenggalek juga masih merupakan masalah yang perlu mendapat perhatian. Ada dua puskesmas di kabupaten Trenggalek dengan trend hasil penemuan kasus BTA positif yang berbeda yaitu meningkat selama tiga tahun terakhir (Puskesmas Karanganyar) dan menurun tiga tahun terakhir (Puskesmas Pogalan).

Tujuan penelitian ini adalah untuk membandingkan faktor yang berhubungan dalam penemuan kasus TB BTA positif di puskesmas dengan kasus TB BTA positif meningkat dan menurun.

Penelitian dilaksanakan dengan rancangan *cross sectional* dengan pendekatan kualitatif. Populasi penelitian adalah penderita TB BTA positif di Puskesmas Karanganyar dan Puskesmas Pogalan. Sedangkan sampel penelitian adalah penderita TB BTA positif yang aktif berobat di Puskesmas Karanganyar dan Puskesmas Pogalan, Kabupaten Trenggalek dan berumur ≥ 15 tahun, total sampel adalah 42 orang. Variabel bebas penelitian ini adalah pengetahuan penderita TB BTA positif tentang TB, pendapat penderita TB BTA positif tentang petugas kesehatan, tindakan pencarian pengobatan dan jangkauan ke pelayanan kesehatan di dua puskesmas tersebut.

Hasil uji statistik variabel bebas dengan Chi-square ($p=0,05$) menunjukkan hanya pengetahuan tentang TB yang bermakna ($p=0,024$) yang berarti ada perbedaan pengetahuan tentang TB pada penderita TB BTA positif di kedua puskesmas tersebut.

Kesimpulan penelitian adalah ada perbedaan pengetahuan tentang TB pada penderita TB BTA positif di Puskesmas Karanganyar dan Puskesmas Pogalan. Sedangkan faktor lain yang tidak ada perbedaan kemungkinan disebabkan oleh miripnya perilaku penderita TB BTA positif di kedua puskesmas tersebut.

Kata kunci : Faktor yang berhubungan, penemuan kasus TB

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRACT	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GRAFIK	xiii
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN	xiv
DAFTAR SKEMA	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Identifikasi Masalah	4
1.3 Pembatasan dan Perumusan Masalah	5
BAB II TUJUAN DAN MANFAAT	6
2.1 Tujuan Umum	6
2.2 Tujuan Khusus	6
2.3 Manfaat	7

BAB III TINJAUAN PUSTAKA	8
3.1 Penyebab Tuberkulosis	8
3.2 Cara Penularan	8
3.3 Masa Inkubasi	9
3.4 Masa Penularan	9
3.5 Gejala Klinis Tuberkulosis	10
3.6 Diagnosis Tuberkulosis	11
3.7 Pengobatan Tuberkulosis	13
3.8 Program Penanggulangan Tuberkulosis	16
3.9 Parameter yang Digunakan dalam Epidemiologi Tuberkulosis	20
3.10 Faktor Resiko Terjadinya Penyakit Tuberkulosis	25
3.11 Pengertian Perilaku	28
3.12 Perilaku Kesehatan	29
3.13 Tujuan Mempelajari Perilaku Sakit	31
3.14 Domain Perilaku	31
3.15 Persepsi Penyakit dan Sakit	35
3.16 Perilaku Masyarakat Sehubungan dengan Pelayanan Kesehatan	36
3.17 Model Penggunaan Pelayanan Kesehatan	37
BAB IV KERANGKA KONSEPTUAL	41
BAB V METODE PENELITIAN	43
5.1 Rancang Bangun Penelitian	43

5.2	Lokasi dan Waktu Penelitian	43
5.3	Populasi dan Sampel Penelitian	44
5.4	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel	44
5.5	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	46
5.6	Teknik Pengolahan dan Analisa Data	46
BAB VI HASIL PENELITIAN		49
BAB VII PEMBAHASAN		60
BAB VIII KESIMPULAN DAN SARAN		78
8.1	Kesimpulan	78
8.2	Saran	78
DAFTAR PUSTAKA		79
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
6.1	Kondisi Geografi di Wilayah Kerja Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan tahun 2008	49
6.2	Kondisi Demografi di Wilayah Kerja Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan Tahun 2005-2007	50
6.3	Sarana Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan Tahun 2008	50
6.4	Jenis Ketenagaan di Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan Tahun 2008	51
6.5	Proporsi Penemuan Kasus TB BTA positif Diantara Suspek di Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan Tahun 2005-2007	53
6.6	Kegiatan Puskesmas yang Dilaksanakan Berkaitan dengan Program TB	54
6.7	Distribusi Umur Penderita TB BTA Positif di Wilayah Kerja Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan	54
6.8	Distribusi Jenis Kelamin Penderita TB BTA Positif di Wilayah Kerja Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan	55
6.9	Distribusi Pendidikan Penderita TB BTA Positif di Wilayah Kerja Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan	55
6.10	Distribusi Pekerjaan Penderita TB BTA Positif di Wilayah Kerja Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan	55
6.11	Kontak Penderita TB BTA Positif dengan Penderita TB Sebelumnya	56

6.12	Perbandingan Pengetahuan Penderita TB BTA Positif Tentang Penyakit TB di Wilayah Kerja Puskesmas Karang and Puskesmas Pogalan	56
6.13	Perbandingan Sikap/Pendapat Penderita TB BTA Positif tentang Petugas Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Karang and Puskesmas Pogalan	57
6.14	Perbandingan Tindakan Pencarian Pengobatan Penderita TB BTA Positif di Wilayah Kerja Puskesmas Karang and Puskesmas Pogalan	58
6.15	Perbandingan Jangkauan Pelayanan Kesehatan Penderita TB BTA Positif di Wilayah Kerja Puskesmas Karang and Puskesmas Pogalan	59
6.16	Karakteristik Petugas Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Karang and Puskesmas Pogalan	59

DAFTAR GRAFIK

Nomor	Judul Grafik	Halaman
6.1	Jumlah Penemuan Kasus TB BTA Positif di Puskesmas Karanganyar dan Puskesmas Pogalan	52
6.2	Target Suspek dan Suspek yang Ditemukan di Puskesmas Karanganyar dan Puskesmas Pogalan Tahun 2006-2007	53



DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN

Daftar Singkatan

BB	: Berat Badan
BLK	: Balai Laboratorium Kesehatan
BP4	: Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru
BTA	: Bakteri Tahan Asam
CDR	: Case Detection Rate
Depkes	: Departemen Kesehatan
DOTS	: Directly Observed Treatment Shortcourse chemotherapy
OAT	: Obat Anti Tuberkulosis
PMO	: Pengawas Minum Obat
PPM	: Puskesmas Pelaksana Mandiri
PRM	: Puskesmas Rujukan Mikroskopik
PS	: Puskesmas Satelit
PT	: Perguruan Tinggi
SD	: Sekolah Dasar
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
TB	: Tuberkulosis
UPK	: Unit Pelayanan Kesehatan
WHO	: World Health Organization

Daftar Lambang

α	: Alfa
p	: probabilitas
\geq	: Lebih dari sama dengan
$>$: Lebih besar
$\%$: Persen
$/$: Atau



DAFTAR SKEMA

Nomor	Judul Skema	Halaman
3.1	Alur Diagnosis Tuberkulosis pada Orang Dewasa	12
4.1	Kerangka Konseptual Penelitian	40



DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul Lampiran	Halaman
1.	Surat Ijin Penelitian	
2.	Kuisisioner untuk Penderita TB BTA Positif	
3.	Kuisisioner untuk Petugas Kesehatan	
4.	Rekapitulasi	
5.	Hasil Uji Statistik	



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Dewasa ini diberbagai negara maju, TB hampir dikatakan sudah dapat dikendalikan, meski peningkatan angka HIV, merupakan ancaman potensial terhadap merebaknya kembali TB di negara maju. Di negara maju, diperkirakan hanya 10 hingga 20 kasus diantara 100.000 penduduk, sedangkan angka kematian hanya berkisar antara 1-5 kematian per 100.000 penduduk. Sementara di Afrika diperkirakan 165 kasus baru diantara 100.000 penduduk, dan di Asia 110 diantara 100.000 penduduk. Namun mengingat penduduk Asia lebih besar dibanding Afrika, jumlah absolut yang terkena TB di Benua Asia 3,7 kali lebih banyak dari pada Afrika. WHO dalam Annual Report on Global TB Control 2003 menyatakan terdapat 22 negara dikatakan high burden countries terhadap TB, termasuk Indonesia (Achmadi, 2005).

Terdapat sekitar 9 juta kasus baru TB dan kira-kira 2 juta kematian karena TB pada tahun 2005. Perkiraan Insidensinya adalah 8,9 juta kasus baru TB tahun 2005. Diperkirakan 1,6 juta orang (27/100.000) meninggal karena TB pada tahun 2005, termasuk mereka yang juga memperoleh infeksi HIV (219.000). India, Cina, Indonesia berkontribusi lebih dari 50% dari seluruh kasus TB yang terdiri 22 negara dengan beban berat TB dan Indonesia menempati peringkat ke tiga setelah India dan Cina (Depkes, 2008).

Menurut Suyudi (1994) yang dikutip Danusantoso, di Indonesia saat ini diperkirakan terdapat 450.000 penderita TB menular setiap tahunnya, (atau

prevalensi sebesar 300/100.000) dengan angka insiden 225.000 kasus pertahunnya (Danusantoso, 1999).

Survey Kesehatan Rumah Tangga tahun 2001 menunjukkan bahwa TB menduduki ranking ketiga sebagai penyebab kematian (9,4% dari total kematian) setelah sirkulasi dan sistem pernapasan. Dari hasil survei prevalensi yang ditumpangkan pada SKRT 2004, memberikan estimasi prevalensi TB berdasarkan pemeriksaan mikroskopik BTA positif sebesar 104 per 100.000 dengan batas bawah 66 dan batas atas 142 pada selang kepercayaan 95%. Perbedaan yang bermakna ditemukan antara kawasan Jawa Bali yakni 59 per 100.000 dengan luar Jawa Bali 174 per 100.000. Perbedaan juga terlihat dibawah 45 tahun dan diatas 45 tahun, dimana yang tua, tiga kali lebih besar dibanding yang muda.

Angka Nasional TB SP (Survei Prevalensi) SKRT TB tahun 2004 mengindikasikan sebesar 119 per 100.000 dan angka insidensi 110 per 100.000. Bila dirinci secara regional, maka prevalensi untuk Jawa Bali sebesar 67 per 100.000 dan insidensi sebesar 62 per 100.000 sedangkan luar Jawa Bali masing masing 198 (prevalensi) dan 172 (insidensi) per 100.000 (Achmadi, 2005).

Indonesia cukup sulit dalam menurunkan prevalensi dan insidensi penyakit TB, hal ini sangat erat hubungannya dengan yang seperti dikemukakan oleh Almasier, Idris dan Siregar pada pertemuan WHO di Genewa tanggal 2-21 Agustus 2000, yaitu: Indonesia merupakan negara nomor tiga terbesar kasus TB setelah negara India dan Cina, Selama periode 1969-1999, program tuberkulosis nasional berfokus pengendalian TB hanya dipuskesmas, dalam pengendalian TB alokasi dana terbatas, masih kurangnya pengetahuan petugas kesehatan tentang TB, kurangnya koordinasi antara instansi yang terkait, masalah ekonomi yang

masih menjadi masalah utama terutama dengan keadaan krisis ekonomi sekarang, belum terlibatnya secara optimal rumah sakit, klinik kesehatan dan dokter praktek swasta.

Masalah budaya dan etnik setempat juga sering berpengaruh terhadap kegagalan program penanggulangan penyakit ini seperti adanya budaya apabila ada orang sakit dari sanak keluarga maka akan datang menengok, kalau tidak menengok tidak enak, tapi hal ini dapat menularkan sanak saudara lain apabila sakit TB (Rudiansyah, 2001).

Penemuan kasus TB BTA positif di Indonesia tahun 2005 mencapai 68%, kemudian meningkat menjadi 73% pada tahun 2006. Target global penemuan kasus adalah 70% sehingga Indonesia telah melampaui target tersebut. Sedangkan Provinsi Jawa Timur, penemuan kasus adalah 42% untuk tahun 2004, tahun 2005 sebanyak 56% dan tahun 2006 sebanyak 60%. Dengan demikian penemuan kasus di Jawa Timur masih dibawah target global maupun angka penemuan di Indonesia.

Sebagai bagian dari wilayah kerja Provinsi Jawa Timur, Kabupaten Trenggalek juga masih belum mencapai target dalam hal penemuan kasus TB BTA positif. Dalam laporan pemberantasan penyakit menular langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Trenggalek khususnya penyakit tuberkulosis, dari target 7.803 suspek TB yang harus ditemukan selama tahun 2006 hanya ditemukan 5.523 suspek TB, sehingga penemuan tersebut hanya 70,8% dari target. Dari suspek tersebut ditemukan 449 penderita BTA positif. Sehingga cakupan TB BTA positifnya 62%. Upaya pencapaian target terus dilakukan untuk menjangkit suspek TB, karena suspek kemungkinan besar adalah penderita TB BTA positif.

1.2 Identifikasi Masalah

Puskesmas Karang and Puskesmas Pogalan termasuk dalam wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Trenggalek. Kasus TB BTA positif di wilayah kerja Puskesmas Karang, Kabupaten Trenggalek, dari 3 tahun terakhir jumlahnya semakin meningkat. Penemuan kasusnya mulai tahun 2005-2007 adalah 43,47% (tahun 2005) 69,56% (tahun 2006), 74,47% (tahun 2006). Kecenderungan meningkat ini sebenarnya bagus berarti semakin banyak penderita BTA positif yang mendapatkan pengobatan adekuat dari puskesmas, sehingga tidak menjadi sumber penular di masyarakat. Di sisi yang lain hal ini masih menunjukkan bahwa penyakit TB di masyarakat masih banyak.

Sedangkan di Puskesmas Pogalan, kasus TB BTA positifnya ada kecenderungan menurun dari 3 tahun terakhir. Penemuan kasus TB BTA positif mulai tahun 2005-2007 adalah 103,03% (tahun 2005), 72,72% (tahun 2006), 63,63% (tahun 2007). Penurunan penemuan ini bisa disebabkan kasus dimasyarakat benar-benar sudah berkurang atau ada banyak penderita TB BTA positif yang tidak terjangkau oleh pelayanan kesehatan khususnya puskesmas. Kemungkinan yang terakhir tersebut yang berbahaya bagi masyarakat karena penderita TB BTA positif bisa menjadi sumber penular bagi masyarakat sekitarnya.

Penemuan kasus TB BTA positif di kedua puskesmas tersebut berbeda bisa dipengaruhi oleh pengetahuan masyarakat tentang penyakit TB yang masih kurang, baik pengetahuan tentang pengobatan penyakit TB maupun pencegahan penularan penyakit TB sehingga proses penularan penyakit terus berlanjut atau sebaliknya pengetahuan yang baik tentang TB sehingga bisa menurunkan

penemuan kasus. Faktor lain yang bisa menentukan jumlah penemuan adalah sikap/pendapat masyarakat tentang petugas kesehatan, tindakan masyarakat dalam pencarian pengobatan, jangkauan ke pelayanan kesehatan yang sulit atau mungkin pula ditentukan oleh karakteristik petugas kesehatan yang dapat dilatar belakangi oleh masa kerja, pendidikan dan pelatihan yang didapat terkait dengan penyakit TB.

1.3 Pembatasan dan Perumusan Masalah

1. Pembatasan Masalah

Sesuai dengan latar belakang dan identifikasi masalah tersebut, maka terdapat berbagai faktor yang menyebabkan kedua puskesmas tersebut memiliki perbedaan penemuan TB BTA positif oleh karena itu penulis membatasi penelitian ini yaitu mengetahui gambaran karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan), mengetahui ada/tidaknya kontak responden dengan penderita TB, membandingkan pengetahuan responden tentang TB, sikap/pendapat responden tentang petugas kesehatan, tindakan pencarian pengobatan, jangkauan ke pelayanan kesehatan serta karakteristik dari petugas kesehatan, di wilayah kerja Puskesmas Karang and Puskesmas Pogalan.

2. Perumusan Masalah

Adapun rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah ada perbedaan faktor yang berhubungan dengan penemuan TB BTA positif di wilayah kerja Puskesmas Karang and Puskesmas Pogalan?

BAB II

TUJUAN DAN MANFAAT

2.1 Tujuan Umum

Membandingkan faktor yang berhubungan dengan penemuan TB BTA positif di Puskesmas Karanganyar dan Puskesmas Pogalan.

2.2 Tujuan Khusus

1. Mempelajari gambaran karakteristik penderita TB BTA positif di Puskesmas Karanganyar dan Puskesmas Pogalan.
2. Mempelajari adanya kontak penderita TB terhadap penderita TB BTA positif di Puskesmas Karanganyar dan Puskesmas Pogalan
3. Membandingkan pengetahuan penderita TB BTA positif tentang penyakit TB di Puskesmas Karanganyar dan Puskesmas Pogalan.
4. Membandingkan sikap/pendapat penderita TB BTA positif mengenai petugas kesehatan di Puskesmas Karanganyar dan Puskesmas Pogalan
5. Membandingkan tindakan pencarian pengobatan penderita TB BTA positif di Puskesmas Karanganyar dan Puskesmas Pogalan
6. Membandingkan pendapat penderita TB BTA positif tentang jangkauan pelayanan kesehatan dengan masyarakat di Puskesmas Karanganyar dan Puskesmas Pogalan.
7. Mempelajari gambaran karakteristik petugas pelayanan kesehatan di Puskesmas Karanganyar dan Puskesmas Pogalan.

2.3 Manfaat

1. Bagi peneliti

Bisa memperluas wawasan dan pengetahuan penulis.

2. Bagi puskesmas

Sebagai masukan bagi pengelola program TB di puskesmas terutama dalam perencanaan kegiatan program TB selanjutnya.

3. Bagi masyarakat

Menambah pengetahuan masyarakat sehingga bisa mencegah dan mengurangi penularan penyakit TB di masyarakat.



BAB III

TINJAUAN PUSTAKA

3.1 Penyebab Tuberkulosis

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium Tuberculosis*). Sebagian besar kuman TB menyerang paru. Tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lain. Kuman ini berbentuk batang mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam pada pewarnaan. Oleh karena itu disebut pula basil tahan asam (BTA) (Depkes RI, 2005).

3.2 Cara Penularan

Menurut US PHS 1991, Crofton et al 1992, penyakit TB yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis* yang daya tahannya luar biasa dan bahwa infeksi terjadi melalui penderita TB yang menular. Penderita TB yang menular adalah penderita dengan basil-basil TB didalam dahaknya dan bila mengadakan ekspirasi paksa berupa batuk-batuk, bersin ketawa keras dan sebagainya akan menghembus keluar percikan-percikan dahak halus (*dropled nuclei*) yang berukuran kurang dari 5 mikron dan akan melayang-layang diudara. Droplet nuclei ini mengandung basil TB.

Bilamana hinggap disaluran pernapasan yang agak besar, misalnya trakea dan bronkus, droplet nuclei akan segera dikeluarkan oleh gerakan silia selaput lendir saluran pernapasan ini. Tetapi bilamana berhasil masuk sampai dalam alveolus ataupun menempel dan basil-basil TB akan mendapat kesempatan untuk berkembang biak setempat, maka berhasillah suatu infeksi TB.

Cara batuk memegang peranan penting. Kalau batuk ditahan, hanya akan keluar sedikit basil, apalagi kalau saat batuk penderita menutup mulut dengan kertas tisu (Danusantoso, 1999).

3.3 Masa Inkubasi

Mulai saat masuknya bibit penyakit sampai timbul gejala adanya lesi primer atau reaksi tes tuberkulin positif kira-kira memakan waktu 2-10 minggu. Resiko menjadi TB paru dan TB ekstrapulmoner progresif setelah infeksi primer biasanya terjadi pada tahun pertama dan kedua. Infeksi laten dapat berlangsung seumur hidup. Infeksi HIV meningkatkan risiko terhadap infeksi TB dan memperpendek masa inkubasi. Periode yang paling kritis timbulnya gejala klinis adalah 6-12 bulan setelah infeksi (Chin, 2006).

3.4 Masa Penularan

Penderita yang tidak diobati atau yang diobati tidak sempurna dahaknya akan tetap mengandung basil TB selama bertahun-tahun. Tingkat penularan sangat tergantung dari hal-hal sebagai berikut:

1. Jumlah basil yang dikeluarkan
2. Virulensi basil TB
3. Terpapannya basil TB dengan sinar ultra violet
4. Terjadinya aerosolisasi pada saat batuk, bersin, bicara, atau pada saat bernyanyi.
5. Tindakan medis dengan risiko tinggi seperti pada saat otopsi, intubasi atau pada saat melakukan bronkoskopi (Chin, 2006).

Selain itu daya tahan tubuh yang menurun memungkinkan basil berkembang biak dan keadaan ini bisa menyebabkan timbulnya penyakit tuberkulosis paru.

Penurunan daya tahan tubuh ditentukan oleh:

1. Faktor genetika: sifat bawaan yang diturunkan sehingga seseorang mudah menderita tuberkulosis dibandingkan orang lain.
2. Faktor faali, misalnya umur
3. Faktor lingkungan : nutrisi, perumahan, pekerjaan.
4. Bahan toksik: alkohol, rokok, kortikosteroid
5. Faktor imunologis : infeksi primer, vaksinasi BCG.
6. Keadaan/penyakit yang memudahkan infeksi: diabetes melitus, pneumokoniosis, keganasan, morbili.
7. Faktor psikologis (Alsagaff, 2002).

3.5 Gejala Klinis Tuberkulosis

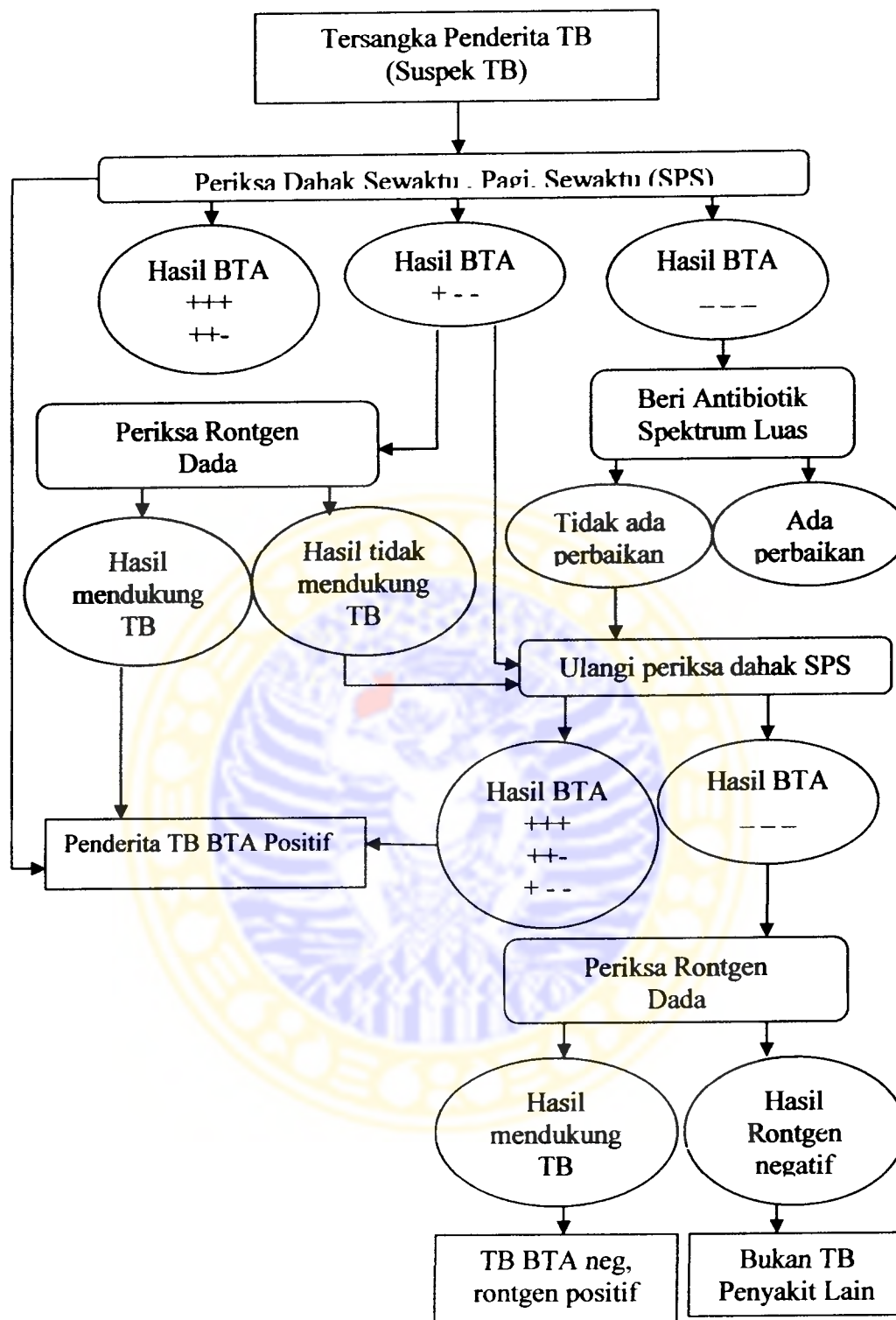
Gejala utama penyakit Tuberkulosis adalah batuk terus menerus dan berdahak selama tiga minggu/lebih. Sedangkan gejala tambahan yang sering dijumpai adalah: dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas dan rasa nyeri dada, badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan turun, rasa kurang enak badan (*malaise*), berkeringat malam walaupun tanpa kegiatan demam meriang lebih dari sebulan. Gejala tersebut diatas, dianggap sebagai suspek/tersangka tuberkulosis, dan masih perlu pemeriksaan dahak secara mikroskopis untuk pemastian diagnosa (Depkes RI, 2005).

3.6 Diagnosis Tuberkulosis

Diagnosis TB paru pada orang dewasa dapat ditegakkan dengan ditegakkan dengan ditemukannya BTA pada pemeriksaan dahak secara mikroskopis. Hasil dinyatakan positif apabila sedikitnya dua dari tiga spesimen SPS BTA hasilnya positif.

Bila hanya 1 spesimen yang positif perlu diadakan pemeriksaan lebih lanjut yaitu foto rontgen dada atau pemeriksaan dahak SPS diulang. Kalau hasil rontgen mendukung TB, maka penderita didiagnosis sebagai penderita TB BTA positif. Kalau rontgen tidak mendukung TB, maka pemeriksaan dahak SPS diulangi. Apabila fasilitas memungkinkan, maka dapat dilakukan pemeriksaan lain misalnya biakan.

Bila ketiga spesimen dahak hasilnya negatif, diberikan antibiotik spektrum luas (misalnya Kotrimoksazol atau Amoksisilin) selama 1-2 minggu. Bila tidak ada perubahan, namun gejala klinis tetap mencurigakan TB, ulangi pemeriksaan dahak SPS. Kalau hasil SPS positif, didiagnosis sebagai penderita TB BTA positif. Kalau hasil negatif, lakukan pemeriksaan rontgen dada untuk mendukung diagnosis TB. Bila hasil rontgen mendukung TB, didiagnosis sebagai penderita TB BTA negatif. Bila hasil rontgen tidak mendukung TB, penderita tersebut bukan TB. Alur diagnosis tuberkulosis pada orang dewasa adalah sebagai berikut :



Skema 3.1 Alur Diagnosis Tuberkulosis Pada Orang Dewasa

Sumber : Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis, 2005

3. 7 Pengobatan Tuberkulosis

1. Tujuan Pengobatan

Tujuan pengobatan tuberkulosis adalah : menyembuhkan penderita, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, menurunkan tingkat kematian.

2 . Jenis dan Dosis Obat Anti Tuberkulosis (OAT)

Jenis dan Dosis Obat OAT antara lain :

a. Isoniasid (H)

Dikenal dengan INH, bersifat *bakterisid*, dapat membunuh 90% populasi kuman dalam beberapa hari pertama pengobatan. Obat ini sangat efektif terhadap kuman keadaan metabolik aktif, yaitu kuman yang sedang berkembang. Dosis harian yang dianjurkan 5 mg/kg berat badan (BB), sedangkan untuk pengobatan intermiten 3 kali seminggu diberikan dengan dosis 10 mg/kg BB.

b. Rifampisin (R)

bersifat *bakterisid*, dapat membunuh kuman *semi-dormant (persister)* yang tidak dapat dibunuh oleh Isoniasid. Dosis 10 mg/kg BB diberikan sama untuk pengobatan harian maupun intermiten.

c. Pirasinasid (Z)

Bersifat *bakterisid*, dapat membunuh kuman yang berada dalam sel dengan suasana asam. Dosis harian yang dianjurkan 25 mg/kg BB, sedangkan untuk pengobatan intermiten 3 kali seminggu diberikan dengan dosis 35 mg/kg BB.

d. Streptomisin (S)

bersifat *bakterisid*. Dosis harian yang dianjurkan 15 mg/kg BB sedangkan untuk pengobatan intermiten 3 kali seminggu digunakan dosis yang sama.

Penderita berumur sampai 60 tahun dosisnya 0,75 gr/hari, sedangkan untuk berumur 60 tahun atau lebih diberikan 0,50 gr/hari.

e. Etambutol (E)

Bersifat sebagai *bakteriostatik*. Dosis harian yang dianjurkan 15 mg/kg BB sedangkan untuk pengobatan intermiten 3 kali seminggu digunakan dosis 30 mg/kg BB.

3. Prinsip Pengobatan

Obat TB diberikan dalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis, dalam jumlah cukup dan dosis yang tepat selama 6-8 bulan, supaya semua kuman (termasuk kuman *persister*) dapat dibunuh. Dosis tahap intensif dan dosis tahap lanjutan ditelan sebagai dosis tunggal sebaiknya pada saat perut kosong. Apabila paduan obat yang digunakan tidak adekuat (jenis, dosis dan jangka waktu pengobatan), kuman TB akan berkembang menjadi kuman kebal obat (resisten). Untuk menjamin kepatuhan penderita menelan obat, pengobatan perlu dilakukan dengan pengawasan langsung (DOT = *Directly Observed Treatment*) oleh seorang pengawas menelan minum obat (PMO).

Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap yaitu :

a. Tahap Intensif

Pada tahap intensif (awal) penderita mendapat obat setiap hari dan diawasi langsung untuk mencegah terjadinya kekebalan terhadap semua obat anti tuberkulosis (OAT), terutama Rifampisin. Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya penderita menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu. Sebagian besar penderita TB BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) pada akhir pengobatan intensif.

b. Tahap Lanjutan

pada tahap lanjutan penderita mendapat jenis obat lebih sedikit namun dalam jangka waktu yang lebih lama. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman *persister (dormant)* sehingga mencegah terjadinya kekambuhan.

4. Paduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) di Indonesia

World Health Organization (WHO) dan International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD) merekomendasikan paduan OAT standar, yaitu :

a. Kategori 1

Tahap intensif terdiri dari Isoniasid (H) , Rifamfisid (R), Pirasinamid (Z) dan Etambutol (E). Obat–obat tersebut diberikan setiap hari selama 2 bulan (2HRZE). Kemudian diteruskan dengan tahap lanjutan yang terdiri dari Isoniasid (H) dan Rifamfisid (R), diberikan tiga kali dalam seminggu selama 4 bulan (4H3R3). Obat diberikan untuk : penderita baru TB BTA positif, penderita TB BTA negatif rontgen positif yang sakit berat dan penderita TB extra paru berat.

b. Kategori 2

Tahap intensif diberikan selama 3 bulan, yang terdiri dari 2 bulan dengan Isoniasid (H), Rifamfisid (R), Pirasinamid (Z), Etambutol (E) dan suntikan streptomisin setiap hari di Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) setelah selesai minum obat. Dilanjutkan 1 bulan dengan Isoniasid (H), Rifamfisid (R), Pirasinamid (Z), Etambutol (E) setiap hari. Setelah itu diteruskan dengan tahap lanjutan selama 5 bulan dengan HRE yang diberikan tiga kali dalam

seminggu. Obat ini diberikan untuk penderita kambuh (*relaps*), penderita gagal (*failure*) dan penderita dengan pengobatan lalai (*after default*).

c. Kategori 3

Tahap intensif terdiri dari HRZ diberikan setiap hari selama 2 bulan (2HRZ), diteruskan dengan tahap lanjutan terdiri dari HR selama 4 bulan diberikan 3 kali seminggu (4H3R3). Obat ini diberikan untuk penderita baru BTA negatif dan rontgen positif sakit ringan, penderita ekstra paru ringan yaitu TBC kelenjar limfe (*limfadenitis*), *pleuritis eksudativa unilateral*, TB kulit, TB tulang (kecuali tulang belakang), sendi dan kelenjar adrenal.

d. Obat Anti Tuberkulosis sisipan.

Bila akhir tahap intensif pengobatan penderita baru BTA positif dengan kategori 1 atau penderita BTA positif pengobatan ulang dengan kategori 2, hasil pemeriksaan dahak masih BTA positif, diberikan obat sisipan (HRZE) setiap hari selama 1 bulan (Depkes RI, 2005).

3.8 Program Penanggulangan Tuberkulosis

1. Tujuan Penanggulangan Tuberkulosis

a. Jangka Panjang

Menurunkan angka kesakitan dan angka kematian penyakit TB dengan cara memutuskan rantai penularan, sehingga penyakit TB tidak lagi merupakan masalah kesehatan masyarakat Indonesia.

b. Jangka Pendek

Tercapainya angka kesembuhan minimal 85% dari semua penderita baru BTA positif yang ditemukan. Dan tercapainya cakupan penemuan penderita

secara bertahap sehingga tahun 2005 dapat mencapai 70% dari perkiraan semua penderita baru BTA positif.

2. Kebijakan Operasional

Untuk mencapai tujuan tersebut, ditetapkan kebijakan operasional sebagai berikut:

- a. Penanggulangan TB di Indonesia dilaksanakan dengan desentralisasi sesuai kebijakan Departemen Kesehatan.
- b. Penanggulangan TB dilaksanakan oleh seluruh unit pelayanan kesehatan (UPK), melalui Puskesmas, Rumah Sakit Pemerintah dan swasta, BP4 serta Praktek Dokter Swasta (PDS) dengan melibatkan peran serta masyarakat secara paripurna dan terpadu.
- c. Dalam rangka menyukseskan pelayanan penanggulangan TB prioritas ditujukan terhadap peningkatan mutu pelayanan, penggunaan obat yang rasional dan panduan obat yang sesuai dengan strategi *Directly Observed Treatment Shortcourse chemotherapy* (DOTS).
- d. Target program adalah angka konversi pada akhir pengobatan tahap intensif minimal 80%, angka kesembuhan minimal 85% dari kasus baru BTA positif, dengan pemeriksaan sediaan dahak yang benar (angka kesalahan maksimal 5%)
- e. Untuk mendapatkan pemeriksaan dahak yang bermutu, maka dilaksanakan pemeriksaan uji silang (*Cross check*) secara rutin oleh Balai Laboratorium Kesehatan (BLK) dan laboratorium rujukan yang ditunjuk.
- f. Obat Anti Tuberkulosis untuk penanggulangan TB nasional diberikan kepada penderita secara cuma-cuma dan dijamin ketersediaannya.

- g. Untuk mempertahankan kualitas pelaksanaan program, diperlukan sistem pemantauan, supervisi dan evaluasi program.
- h. Menggalang kerjasama dan kemitraan dengan program terkait, sektor pemerintah dan swasta.

3. Strategi

a. Paradigma sehat

- 1) Meningkatkan penyuluhan untuk menemukan kontak sedini mungkin, serta meningkatkan cakupan program.
- 2) Promosi kesehatan dalam rangka meningkatkan perilaku hidup sehat.
- 3) Perbaikan perumahan serta peningkatan status gizi pada kondisi tertentu.

b. Strategi DOTS, sesuai dengan rekomendasi WHO, terdiri atas 5 komponen

- 1) Komitmen politis dari para pengambil keputusan, termasuk dukungan dana.
- 2) Diagnosis TB dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis.
- 3) Pengobatan dengan panduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) jangka pendek dengan pengawasan langsung oleh pengawas menelan obat (PMO)
- 4) Kesiambungan persediaan OAT jangka pendek dengan mutu terjamin.
- 5) Pencatatan dan pelaporan secara baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program penanggulangan TB.

c. Peningkatan mutu pelayanan

- 1) Peningkatan seluruh tenaga kesehatan pelaksana.

- 2) Ketepatan diagnosis TB dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopik.
 - 3) Kualitas laboratorium diawasi melalui pemeriksaan uji silang (*cross check*).
 - 4) Untuk menjaga kualitas pemeriksaan laboratorium dibentuklah KPP (Kelompok Puskesmas Pelaksana) terdiri dari satu PRM (Puskesmas Rujukan Mikroskopik) dan beberapa PS (Puskesmas Satelit). Untuk daerah dengan geografis sulit dapat dibentuk PPM (Puskesmas Pelaksana Mandiri).
 - 5) Ketersediaan OAT bagi semua penderita TB yang ditemukan.
 - 6) Pengawasan kualitas OAT dilaksanakan secara berkala dan terus menerus.
 - 7) Keteraturan menelan obat sehari-hari diawasi oleh pengawas menelan obat (PMO). Keteraturan pengobatan tetap merupakan tanggung jawab petugas kesehatan.
 - 8) Pencatatan dan pelaporan dilaksanakan dengan teratur, lengkap dan benar.
- d. Pengembangan program dilakukan secara bertahap keseluruhan Unit Pelayanan Kesehatan
- e. Peningkatan kerjasama dengan semua pihak melalui kegiatan advokasi, diseminasi informasi, dengan memperhatikan peran masing-masing.
- f. Kabupaten/kota sebagai titik berat manajemen program melalui: perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi serta mengupayakan sumber daya (dana, tenaga, sarana dan prasarana).

- g. Kegiatan penelitian dan pengembangan dilaksanakan dengan melibatkan semua unsur terkait.
- h. Memperhatikan komitmen internasional.

3.9 Parameter yang Digunakan dalam Epidemiologi Tuberkulosis

Suatu parameter atau variable berarti bilangan atau angka konstan. Pada epidemiologi tuberkulosis tersebut, proses menular pada manusia secara alamiah yang berarti tanpa campur tangan manusia, nilai yang sebenarnya dari parameter diatas tidak ditentukan, kecuali kalau kita mengamatinya secara kohort dalam waktu yang lama. Dapat ditambahkan disini bahwa parameter atau variable diatas bergantung juga pada keadaan sosio-ekonomi dari masyarakat khususnya penderita sendiri.

Ada tiga variabel penting dalam parameter tuberkulosis yaitu:

1. Angka insidensi penderita TB

Adalah banyaknya kasus-kasus TB pada populasi tertentu dan dalam jangka waktu tertentu, yang dipakai adalah: Banyaknya kasus-kasus TB (kasus baru) dalam 1 tahun per 100.000 penduduk.

2. Angka prevalensi penderita TB

Adalah banyaknya kasus TB tercatat biasanya masih dinyatakan aktif dengan mikroskopis dalam populasi tertentu pada waktu tertentu, yang dipakai adalah: Banyaknya kasus TB (kasus baru dan lama) pada saat tertentu per 100.000 penduduk.

3. Angka kematian karena TB

Adalah banyaknya kematian karena TB pada populasi tertentu dan pada jangka tertentu pula, yang dipakai adalah: Banyaknya kematian karena TB 1 tahun per 100.000 penduduk.

Sedangkan parameter variable yang ada pada program TB yaitu: suatu alat untuk memantau apakah kegiatan yang terkait dalam program TB berjalan sesuai dengan ketentuan yang diharapkan untuk mencapai tujuannya. Evaluasi yang tepat dilakukan dengan membandingkan data dasar dengan data setelah program dilakukan setiap kurun waktu tertentu (Azhar, 2001).

Indikator Utama dalam program TB dalam program TB yaitu :

1. Proporsi suspek yang diperiksa dahaknya

Proporsi suspek yang diperiksa dahaknya adalah persentase suspek diantara perkiraan jumlah suspek yang seharusnya ada. Digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan kesehatan.

2. Proporsi penderita BTA positif diantara suspek

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

3. Proporsi penderita TB paru BTA positif diantara semua suspek penderita TB paru tercatat.

Proporsi penderita TB paru BTA positif diantara semua suspek penderita TB paru tercatat adalah persentase penderita TB paru BTA positif diantara semua penderita TB paru tercatat. Indikator ini menggambarkan kegiatan penemuan

penderita TB yang menular diantara seluruh penderita TB paru yang diobati. Angka ini sebaiknya jangan kurang dari 65%. Bila angka lebih rendah berarti kualitas diagnosis rendah dan kurang memberikan prioritas untuk menemukan penderita yang menular (penderita BTA positif).

4. *Angka konversi (Conversion Rate)*

Angka konversi adalah persentase penderita TB paru BTA positif yang mengalami konversi menjadi BTA negatif setelah menjalani masa pengobatan intensif. Angka minimal yang harus dicapai 80%. angka konversi yang tinggi akan diikuti angka kesembuhan yang tinggi pula.

5. *Angka kesembuhan (Cure rate)*

Angka kesembuhan adalah angka yang menunjukkan persentase penderita TB BTA positif yang sembuh setelah selesai masa pengobatan diantara penderita TB BTA positif yang tercatat. Angka minimal yang harus dicapai adalah 85%. Angka ini digunakan untuk mengetahui keberhasilan pengobatan.

6. *Error rate*

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

7. *Case Notification Rate*

Case Notification Rate adalah angka yang menunjukkan jumlah penderita yang ditemukan dan tercatat dalam TB 07 diantara 100.000 penduduk di

suatu wilayah tertentu. Angka ini berguna untuk menunjukkan trend atau kecenderungan penemuan penderita pada wilayah tersebut.

8. *Case Detection Rate*

Case Detection Rate adalah persentase jumlah penderita baru BTA positif yang ditemukan dibanding jumlah penderita baru BTA positif yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut. Target *Case Detection Rate* program penanggulangan TB nasional : 70% (Depkes, 2005).

Target program TB tidak tercapai kemungkinan disebabkan oleh berbagai faktor, misalnya:

1. Dokter puskesmas
 - a. Mungkin belum dilatih strategi baru
 - b. Mungkin sudah dilatih tapi tidak memahami materi.
 - c. Mungkin karena pelatihan yang tidak baik.
 - d. Mungkin karena tidak ada pembinaan pada waktu supervisi
 - e. Atau tidak ada *post training evaluation*.
2. Petugas poliklinik puskesmas
 - a. Mungkin belum diberitahu oleh dokter puskesmas tentang gejala tersangka TB yang harus dideteksi
 - b. Mungkin telah diberitahu namun karena tidak mendapat instruksi tidak merujuk tersangka TB ke laboratorium.
 - c. Mungkin petugas poliklinik terlalu selektif jadi tidak semua yang batuk 3 minggu diperiksa laboratorium.

3. Penyuluhan khusus di daerah yang banyak penderita TB.
 - a. Belum sempat dilakukan sehingga masyarakat belum memanfaatkan puskesmas dengan maksimal.
 - b. Diantara yang berobat TB di puskesmas hanya sedikit yang benar-benar sembuh (<85%).
 - c. Berdasarkan informasi dari semua kader dasawisma memang di setiap 10 rumah tangga sudah tidak ada yang batuk lebih dari 3 minggu, contoh di kompleks perumahan yang kesehatan warganya baik.
4. Penderita tidak mau datang ke puskesmas
 - a. Mungkin karena pelayanan tidak baik, misalnya petugas suka marah-marah, penderita tidak boleh bicara atau bertanya, pelayanan lambat atau waktu tunggu yang terlalu lama.
 - b. Mungkin pelayanan baik, hanya karena penjelasan kepada penderita kurang.
 - c. Contract tracking tidak dilakukan
 - d. Karena gejala samping (mual, gatal-gatal, pusing) yang timbul tidak ditanggulangi.
 - e. Mungkin juga karena penderita TB yang diobati di puskesmas diantaranya hanya sedikit yang sembuh (kurang dari 85%), sehingga penderita merasa obat program yang diberi secara gratis itu tidak bermutu.
 - f. Atau kurangnya penjelasan atau penyuluhan (Azhar, 2001).

3.10 Faktor Resiko Terjadinya Penyakit Tuberkulosis

Faktor resiko terjadinya penyakit tuberkulosis adalah:

1. Jenis kelamin

Dari catatan statistik meski tidak selamanya konsisten mayoritas penderita TB adalah wanita. Hal ini masih memerlukan penyelidikan dan penelitian lebih lanjut, baik pada tingkat behavioral, tingkat kejiwaan, sistem pertahanan tubuh, maupun tingkat molekuler fakta pada masing-masing wilayah.

Sedangkan menurut Chin (2006) mortalitas dan morbiditas meningkat sesuai umur, pada orang dewasa lebih tinggi pada laki-laki.

Di negara-negara maju, angka kematian akibat tuberkulosis pada kelompok umur 15-44 tahun ternyata lebih tinggi pada perempuan ketimbang laki-laki. Di pihak lain, kemungkinan mendapat penularan ternyata lebih besar pada laki-laki. Tetapi, kemungkinan timbulnya penyakit baru ternyata sama besarnya antara laki-laki dan perempuan, bahkan mungkin perempuan sedikit lebih sering. Sementara itu dinegara-negara berkembang kendati data belumlah memadai, diperkirakan jumlah laki-laki sama banyaknya dengan perempuan.

WHO memperkirakan bahwa sedikitnya setahun ada satu juta perempuan yang meninggal akibat tuberkulosis. Perlu dicatat bahwa kematian ibu akibat kehamilan persalinan dan masa nifas (kematian maternal) itu setahunnya setengah juta orang. Tegasnya, tuberkulosis membunuh sedikitnya dua kali lebih banyak perempuan daripada kematian akibat kehamilan/persalinan. Artinya tuberkulosis merupakan masalah kesehatan penting bagi perempuan dimuka bumi. Di Indonesia kasus baru tuberkulosis hampir separuhnya perempuan (Aditama, 2006).

2. Umur

Variabel umur berperan dalam kejadian penyakit TB. Resiko untuk mendapatkan TB dapat dikatakan seperti halnya kurva normal terbalik, yakni tinggi ketika diawalnya, menurun karena diatas 2 tahun hingga dewasa memiliki daya tangkal terhadap TB dengan baik. Puncaknya tentu dewasa muda, dan menurun kembali ketika seseorang atau kelompok menjelang usia tua. Namun diIndonesia diperkirakan 75% penderita TB adalah usia produktif, yakni 15 hingga 50 tahun (Depkes, 2005).

Resiko untuk menjadi sakit paling tinggi pada usia dibawah 3 tahun dan paling rendah pada usia akhir masa kanak-kanak dan resiko meningkat lagi pada usia adolesen dan dewasa muda, usia tua dan pada penderita dengan kelainan imunitas (Chin, 2006).

Populasi usia lanjut (usila) di Indonesia, makin meningkat sehubungan dengan makin membaiknya keadaan sosio ekonomi dan lingkungan penduduk, sehingga umur harapan hidup akan lebih tinggi. Jumlah penduduk usila pada tahun 2000, menurut biro pusat statistik Indonesia akan meningkat dengan umur harapan hidup 65 tahun untuk pria dan 70 tahun untuk wanita. Pada tahun 2014 jumlah usila akan melebihi jumlah balita di Indonesia. Dan jumlah usila ini merupakan jumlah usila tertinggi didunia. Dengan meningkatnya jumlah penduduk usila maka terdapat beberapa masalah diantaranya, penyakit-penyakit yang umum menyerang usila antara lain penyakit infeksi, salah satunya infeksi tuberkulosis yang belakangan ini prevalensinya meningkat. Dinegara majupun prevalensi TB juga meningkat dan keadaan ini banyak dikaitkan dengan meningkatnya kasus HIV/AIDS. Jumlah pasien TB pada usila juga cukup meningkat, salah satu laporan dari negara bagian Arkansas USA menyatakan lebih

dari 50% kasus baru TB adalah pasien yang berumur lebih dari 65 tahun. Meningkatnya pasien TB pada usila antara lain disebabkan menurunnya status imunitas usila karena proses penuaan sendiri atau terdapatnya komorbiditas pada usila karena proses penuaan sendiri atau terdapatnya komorbiditas pada usila seperti diabetes melitus, malnutrisi, penyakit-penyakit kronik dan keganasan lainnya. Timbulnya TB pada usila lebih banyak karena reaktivasi infeksi primer yang pernah diderita sebelumnya yakni aktifnya kuman TB yang dorman sejak berpuluh tahun sebelumnya (Bahar, 2001).

3. Pekerjaan dan Pendidikan

Secara ekonomi, penyebab utama berkembangnya kuman-kuman tuberkulosis di Indonesia disebabkan karena masih rendahnya pendapatan per kepala, kurang terpeliharanya gizi dan nutrisi serta hal-hal lain yang menyangkut buruknya lingkungan seperti keadaan perumahan yang kurang sesuai dengan kaidah kesehatan, keadaan sanitasi yang masih kurang kurang sempurna dan lain sebagainya. Pada umumnya yang terserang penyakit tuberkulosis adalah golongan masyarakat yang berpenghasilan rendah. Kemiskinan dan jauhnya jangkauan pelayanan kesehatan dapat menyebabkan penderita tidak mampu membiayai pengangkutan ke puskesmas. Pada umumnya kebutuhan primer sehari-hari lebih penting dari pemeliharaan kesehatan. Pendidikan juga mempengaruhi penyebaran penyakit TB makin rendahnya pendidikan menyebabkan kurangnya pengertian penderita terhadap penyakit dan bahayanya.

Pengetahuan tentang penyakit TB paru yang diderita ini seharusnya didapat dari penyuluhan oleh petugas kesehatan juga berasal dari sumber lain, misalnya pendidikan formal maupun dari media komunikasi. Tingkat pendidikan ini akan

mempengaruhi kemampuan untuk menerima informasi tentang penyakit terutama TB paru (Fahrudha, 2001).

4. Kontak dengan Penderita

Kontak jangka panjang dengan penderita TB menyebabkan resiko tertulari, infeksi melalui selaput lendir atau luka yang lecet bisa terjadi namun sangat jarang. TB Bovinum penularannya juga dapat terjadi jika orang terpajan dengan sapi yang menderita TB, biasanya karena minum susu yang tidak di pasteurisasi atau karena mengkonsumsi produk susu yang diolah tidak sempurna. Penularan lewat udara dapat juga terjadi pada petani dan peternakan TB ekstra pulmoner (selain TB laring) biasanya tidak menular, kecuali dari sinus keluar *discharge* (Chin, 2006).

Sebagian besar orang yang terinfeksi (80-90%) belum tentu menjadi sakit tuberkulosis. Untuk sementara waktu kuman yang ada dalam tubuh mereka bisa berada dalam keadaan dormant (tidur) dan keberadaan kuman dormant ini dapat diketahui hanya dengan test tuberkulin dan apabila telah menjadi sakit disebut penderita tuberkulosis, biasanya dalam waktu paling cepat sekitar 3-6 bulan setelah terinfeksi dan bagi yang tidak menjadi sakit tetap berisiko untuk menderita tuberkulosis sepanjang sisa hidupnya (Azhar, 2001).

3.11 Pengertian Perilaku

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar.

Menurut Skinner (1938) merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Teori Skinner disebut teori S-O-R atau Stimulus Organisme Respon. Berdasarkan batasan diatas maka perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme terhadap suatu stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan (Notoatmodjo, 2007).

3.12 Perilaku Kesehatan

Berdasarkan batasan perilaku oleh Skinner tersebut maka perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan.

Sedangkan (Becker, 1979) membuat klasifikasi tentang perilaku kesehatan sebagai berikut:

a. Perilaku hidup sehat.

Adalah perilaku-perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya. Perilaku itu mencakup antara lain:

1. Makan dengan menu seimbang
2. Olah raga teratur
3. Tidak merokok
4. Tidak minum minuman keras dan narkoba.
5. Istirahat yang cukup
6. Mengendalikan stres

7. Perilaku atau gaya hidup lain yang positif bagi kesehatan, misal tidak berganti-anti pasangan dalam hubungan sex.

b. Perilaku sakit (*illness behaviour*)

Perilaku sakit ini mencakup respon seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsi terhadap sakit, pengetahuan tentang: penyebab dan gejala penyakit, pengobatan penyakit dan sebagainya.

c. Perilaku peran sakit (*the sick role behaviour*)

Dari segi sosiologi, orang sakit (pasien) mempunyai peran yang hak-hak orang sakit (*right*) dan kewajiban orang sakit dan kewajiban sebagai orang sakit (*obligation*). Hak dan kewajiban ini harus diketahui oleh orang sakit sendiri maupun orang lain (terutama keluarganya) dan selanjutnya disebut perilaku peran orang sakit (*the sick role*).

Perilaku ini meliputi:

1. Tindakan untuk memperoleh kesembuhan.
2. Mengenal/mengetahui fasilitas atau sarana pelayanan/penyembuhan penyakit yang layak.
3. Mengetahui hak (misalnya hak untuk memperoleh perawatan, memperoleh pelayanan kesehatan dan sebagainya. Dan kewajiban orang sakit (memberitahukan penyakitnya kepada orang lain terutama kepada dokter/petugas kesehatan, tidak menularkan penyakit kepada orang lain dan sebagainya).

3.13 Tujuan Mempelajari Perilaku Sakit

Didalam mempelajari perilaku sakit ada 2 tujuan yang ingin dicapai yaitu:

- a. Agar dapat menjelaskan perilaku sakit seseorang maka harus dimengerti faktor-faktor fisik, sosial dan mental yang menghasilkan kondisi sakit.
- b. Menentukan faktor yang bertanggung jawab terhadap variasi penerimaan gejala penyakit yang mengikuti gejala-gejala ini dengan sakitnya dan reaksi terhadap penyakit.

3.14 Domain Perilaku

Meskipun perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respon tiap orang berbeda. Faktor-faktor yang membedakan respon terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi dua yakni:

- a. Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya: tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin dan sebagainya.
- b. Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang. Dari uraian diatas dapat dirumuskan bahwa perilaku adalah merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang yang merupakan hasil bersama atau *resultante* antara berbagai faktor, baik faktor internal maupun eksternal.

Dengan perkataan lain perilaku manusia sangatlah kompleks, dan mempunyai bentangan yang sangat luas. Benyamin Bloom(1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia itu kedalam 3 (tiga) domain, kognitif (*cognitive*), afektif (*affetive*), psikomotor (*psychomotor*). Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasikan untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni :

1. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengideraan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*). Pengetahuan yang tercakup dalam kognitif mempunyai 6 tingkatan.

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c. Aplikasi (*aplication*)

aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi real (sebenarnya).

d. Analisis (analysis)

analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih didalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis (synthesis)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

f. Evaluasi (evaluation)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

2. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap terdiri dari dari berbagai tingkatan.

a. Menerima (receiving)

menerima diartikan bahwa subyek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan objek.

b. Merespon (responding)

memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah indikasi dari sikap.

c. Menghargai (valuing)

mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

bertanggungjawab atas segala yang dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

3. Tindakan (*Practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behaviour*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Praktik ini mempunyai beberapa tingkatan :

a. Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.

b. Respon terpimpin (*guided response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh.

c. Mekanisme (*mecanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan.

d. Adopsi (*Adopsi*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasikan tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut

3.15 Persepsi Penyakit dan Sakit

Didalam masyarakat terdapat berbagai konsep sehat sakit yang tidak sejalan, dan bahkan bertentangan dengan konsep sehat-sakit yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan kesehatan. Timbulnya perbedaan konsep sehat sakit yang diberikan oleh pihak penyelenggara pelayanan kesehatan disebabkan adanya persepsi sakit yang berbeda antara masyarakat dan provider.

Ada perbedaan antara sakit dan penyakit. Penyakit (*disease*) adalah suatu bentuk reaksi biologis terhadap suatu organisme, benda asing atau luka (*injury*). Hal ini adalah suatu fenomena yang objektif yang ditandai oleh perubahan fungsi-fungsi tubuh sebagai organisme biologis. Sedangkan sakit (*illness*) adalah penilaian seseorang terhadap penyakit sehubungan dengan pengalaman yang langsung dialaminya. Hal ini merupakan fenomena subyektif yang ditandai dengan perasaan yang tidak enak (*feeling unwell*). Dari batasan ini tampak adanya perbedaan konsep sehat dan sakit yang kemudian akan menimbulkan permasalahan konsep sehat sakit didalam masyarakat. Hubungan antara penyakit dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Seseorang yang tidak menderita penyakit dan juga tidak merasa sakit (*no disease and no illness*). Dalam keadaan demikian orang tersebut sehat menurut petugas kesehatan.
2. Seseorang mendapat serangan penyakit (secara klinis), tetapi orang tersebut tidak merasa sakit atau tidak dirasakan sebagai sakit. (*disease but no illness*). Mereka akan tetap menjalankan kegiatan sebagaimana orang sehat. Konsep sehat masyarakat bahwa sehat adalah orang dapat bekerja atau menjalankan pekerjaan sehari-hari. Konsep sakit dimasyarakat adalah jika seseorang sudah

tidak kuat bangkit dari tempat tidur, tidak dapat menjalankan pekerjaan sehari-hari. Konsep ini bisa menimbulkan rendahnya penggunaan fasilitas kesehatan, karena masyarakat baru mencari pengobatan setelah tidak dapat berbuat apa-apa.

3. Seseorang yang tidak mempunyai penyakit tetapi merasa sakit (*illness but no disease*). Hal ini mungkin karena gangguan psikis saja dan kejadian dimasyarakat juga sedikit.
4. Seseorang yang menderita sakit dan juga ia rasakan sebagai rasa sakit. Kondisi ini fasilitas kesehatan akan dapat mencapai sasaran.

3.16 Perilaku Masyarakat Sehubungan dengan Pelayanan Kesehatan.

Masyarakat yang mendapat penyakit tetapi tidak merasakan sakit (*disease but no illness*) maka tidak akan bertindak apa-apa terhadap penyakitnya. Tetapi bila diserang penyakit dan juga merasakan sakit maka akan timbul berbagai macam perilaku dan usaha. Respon seseorang apabila sakit adalah:

1. Tidak bertindak apa-apa (*no action*). Alasannya kondisi ini tidak akan mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari. Mungkin mereka beranggapan tanpa bertindak apapun, gejala akan hilang. Tidak jarang masyarakat memprioritaskan tugas lain yang dianggap penting daripada mengobati sakitnya. Ini membuktikan bahwa kesehatan bukan prioritas badan hidup dan kehidupannya. Alasan lain adalah fasilitas kesehatan sangat jauh letaknya, para petugas kesehatan tidak simpatik, judes dan tidak responsif, takut dokter, takut kerumah sakit, takut biaya.

2. Tindakan mengobati dirinya sendiri (*self treatment*), alasannya sama dengan diatas, alasan tambahan karena sudah percaya diri sendiri sesuai pengalaman bisa menyembuhkan.
3. Berobat ke fasilitas tradisional (*traditional remedy*). Alasannya dekat dengan masyarakat, pengobatan berasal dari kebudayaan masyarakat sehingga bisa lebih diterima.
4. Pengobatan dengan membeli obat-obat diwarung obat (*chemist shop*).
5. Pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga kesehatan swasta (balai pengobatan, puskesmas, rumah sakit).
6. Pengobatan ke fasilitas kesehatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktik.

Persepsi masyarakat tentang sehat-sakit erat hubungannya dengan perilaku pencarian obat. Apabila persepsi sehat-sakit masyarakat belum sama dengan konsep sehat sakit kita maka masyarakat belum tentu/tidak mau menggunakan fasilitas kesehatan yang diberikan (Notoatmodjo, 2007).

3.17 Model Penggunaan Pelayanan Kesehatan

Menurut Alan Dever (1989), faktor yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan adalah faktor sosio kultural, faktor organisasi dan faktor interaksi konsumen dan provide.

1. Faktor sosio kultural yaitu terdiri dari nilai yang ada dimasyarakat dan teknologi dalam pelayanan kesehatan.
2. Faktor organisasi yang terdiri dari beberapa aspek :

- a. Ketersediaan sumber daya (*availability of resource*) berhubungan dengan volume dan sumber daya kesehatan. Sumber daya tersebut tersedia apabila keberadaannya dapat diperoleh tanpa mempertimbangkan mudah atau sulit digunakan.
 - b. Keterjangkauan lokasi (*The geographical accesbility*). Keterjangkauan lokasi (geografis) berhubungan dengan tempat dan lokasi, sarana pelayanan kesehatan dan lokasi masyarakat diukur dari jarak, waktu dan biaya perjalanan. Hubungan antara keterjangkauan dan lokasi dan volume pelayanan tergantung dari tipe pelayanan dan tipe sarana, keterjangkauan waktu menunjuk kepada kebutuhan waktu pelayanan kesehatan. Misal pelayanan hanya jam kerja ini berpengaruh pada orang yang bekerja.
 - c. Keterjangkauan sosial (*the sosial Accesbility*). Terdiri dari penerimaan (*accestability*) dan kemampuan (*afforabiity*), penerimaan hubungan dengan faktor psikologis, sosial dan kultural, sedangkan kemampuan berhubungan dengan faktor ekonomi.
 - d. Karakteristik struktur dalam proses dan cara pelayanan mempunyai pengaruh terhadap penggunaan pelayanan kesehatan antara lain pasien membayar langsung biaya pelayanan dokter dan kapitasi. Bentuk seperti praktek perorangan, praktek kelompok/lamanya memberi pola pelayanan yang berbeda.
3. Interaksi konsumen petugas

Penggunaan pelayanan kesehatan adalah interaksi antara konsumen dan provider dalam lingkungan sosial dan organisasi. Beberapa faktor konsumen

berhubungan dengan penggunaan pelayanan kesehatan yaitu: tingkat kesakitan dan tingkat kebutuhan, baik kebutuhan yang dirasakan maupun kebutuhan berdasarkan hasil evaluasi provider.

Beberapa hal yang berhubungan dengan konsumen adalah:

a. Faktor sosial demografi yang terdiri dari:

Umur, pada umumnya pengguna pelayanan kesehatan adalah tinggi bagi anak-anak dan orang tua yang berpendidikan dan penghasilan tinggi yang mempunyai kecenderungan lebih sering menggunakan pelayanan kesehatan. Sex atau jenis kelamin, biaya perawatan tidak membedakan jenis kelamin antara pria dan wanita, tetapi ada perbedaan kebutuhan antara pria dan wanita tergantung dari status perkawinan dan usia. Status sosial ekonomi (pekerjaan dan penghasilan), menurut para ahli ada anggapan berperan dalam meningkatkan penggunaan pelayanan kesehatan. Orang yang berpendidikan tinggi akan mempunyai informasi tentang kesehatan lebih besar dibanding dengan yang rendah, sehingga akan sadar arti mempertahankan kesehatan dirinya. Pendidikan yang tinggi juga mempunyai kesempatan untuk mendapatkan pekerjaan yang layak sehingga mendapatkan penghasilan yang besar. Kaitan pendidikan dan penghasilan menurut Sudarti (1986) menyatakan bahwa orang yang berpendidikan tinggi menunjukkan pengguna pelayanan kesehatan yang tinggi.

- b. Faktor sosial psikologis: yang terdiri dari persepsi mengenai penyakit, pengetahuan, sikap dan keyakinan terhadap pelayanan, petugas dan terhadap penyakit.
 - c. Faktor epidemiologis, yang terdiri dari mortalitas, morbiditas dan disability.
4. Faktor yang berhubungan dengan petugas adalah:

a. Faktor ekonomi

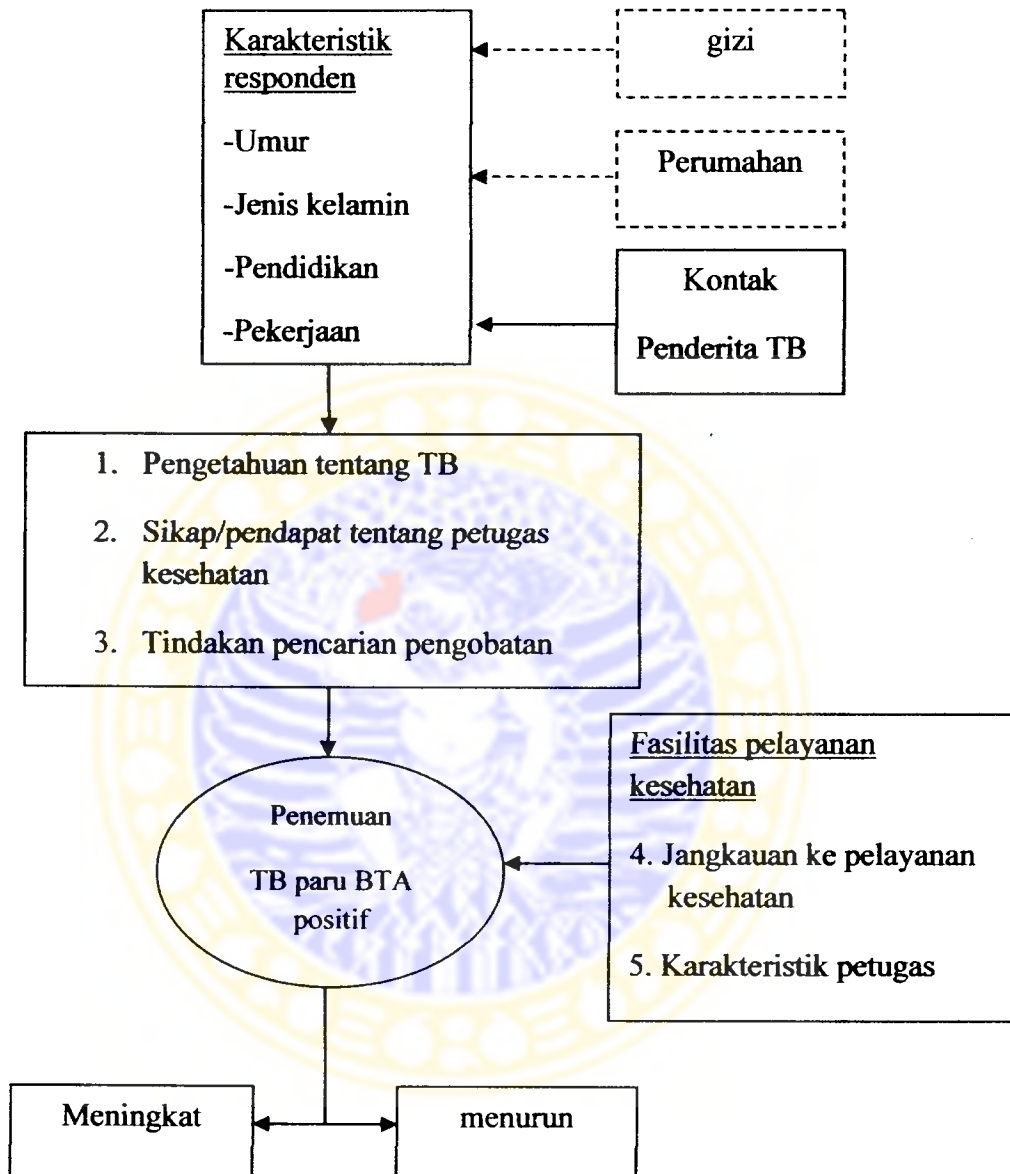
Faktor suplai teknologi termasuk jumlah dokter mempunyai faktor dalam penggunaan pelayanan kesehatan yang berhubungan dan faktor ekonomi.

b. Karakteristik petugas.

Berhubungan dengan perilaku petugas kesehatan, perilaku dokter, spesialisasi dokter, tempat dokter lokasi rumah sakit dan sudah berapa lama training yang pernah diikuti, perilaku dokter yang dipengaruhi oleh lingkungan kerja, norma peraturan, perabotan dan penggunaan teknologi baru (inovasi).

BAB IV

KERANGKA KONSEPTUAL



Skema 4.1 Kerangka Konseptual Penelitian

Keterangan :

Diteliti : _____

Tidak diteliti : -----

Penemuan kasus TB BTA positif dimasyarakat ditentukan oleh beberapa faktor antara lain adalah pengetahuan masyarakat tentang penyakit TB, sikap/pendapat masyarakat tentang petugas kesehatan dan tindakan masyarakat dalam pencarian pengobatan penyakit. Pengetahuan, sikap dan tindakan tersebut dilatarbelakangi oleh umur, jenis kelamin, pendidikan serta pekerjaan dari individu. Selain itu, faktor ada tidaknya kontak dengan penderita TB juga mempengaruhi terjadinya penyakit TB sehingga secara tidak langsung juga mempengaruhi penemuan kasus TB. Faktor lain yang dapat mempengaruhi jumlah penemuan kasus adalah karakteristik petugas pelayanan kesehatan dalam memberi pelayanan kepada individu/masyarakat yang dilatar belakang oleh pendidikan, masa kerja dan pelatihan yang berkaitan dengan penemuan kasus TB. Selain itu hal tersebut diatas, jangkauan masyarakat ke tempat pelayanan kesehatan juga bisa mempengaruhi jumlah penemuan kasus TB.

BAB V

METODE PENELITIAN

5.1 Rancang Bangun Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian epidemiologi observasional karena peneliti hanya mengamati dan sama sekali tidak melakukan intervensi.

Menurut jenis rancangan penelitian, penelitian ini merupakan penelitian analitik karena dirancang untuk melihat hubungan antara paparan dan akibatnya.

Menurut tipe penelitian, penelitian yang akan dilakukan ini merupakan penelitian *cross sectional* yaitu suatu rancangan penelitian epidemiologi yang mempelajari hubungan penyakit dan paparan dengan mengamati status paparan dan penyakit serentak pada individu-individu populasi tunggal pada saat atau periode (Murti, 1997).

5.2 Lokasi Dan Waktu Penelitian

1. Lokasi penelitian

Lokasi penelitian di Puskesmas Karang, Kabupaten Trenggalek sebagai puskesmas dengan penemuan TB BTA positif meningkat tiga tahun terakhir (Tahun 2005-2007), sedangkan penelitian yang di Puskesmas Pogalan, Kabupaten Trenggalek sebagai puskesmas dengan penemuan TB BTA positif menurun tiga tahun terakhir (tahun 2005-2007).

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dihitung dari pembuatan proposal sampai diseminarkan adalah 8 bulan yaitu Bulan Desember sampai Bulan Juli, dengan rincian

pembuatan pembuatan proposal pada Bulan Desember, pengumpulan data Bulan Mei, seminar penelitian Bulan Juli.

5.3 Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah semua penderita TB BTA positif yang berobat di Puskesmas Karang and Puskesmas Pogalan, Kabupaten Trenggalek.

2. Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah semua penderita TB BTA positif yang masih aktif berobat di Puskesmas Karang and Puskesmas Pogalan pada bulan Mei 2008 dan berumur ≥ 15 tahun. Jumlah sampel penelitian sebanyak 42 orang.

5.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel

1. Variabel Penelitian

- a. Variabel terikat (*dependent variable*) yaitu penemuan kasus TB paru BTA positif (meningkat dan menurun)
- b. Variabel bebas (*independent variabel*) yaitu 1)pengetahuan tentang TB, 2)sikap/ pendapat tentang petugas kesehatan, 3)tindakan pencarian pengobatan, 4)jangkauan pelayanan kesehatan.

2. Definisi Operasional Variabel

No	Variabel	Definisi	Cara pengukuran	Hasil ukur	Skala
1	Penemuan kasus TB paru BTA positif	Banyaknya orang yang ditemukan menderita TB paru BTA positif berdasarkan pemeriksaan anamnesa dan laboratorium.	Membandingkan jumlah kasus selama 3 tahun terakhir. (Tahun 2005-2007)	- Meningkatkan - Menurun	Nominal

2	Pengetahuan	Hasil tahu responden tentang penyakit TB yaitu pengetahuan tentang gejala, penyebab, cara penularan, cara pencegahan penyakit.	Wawancara	- Baik - Jelek	Nominal
3	Sikap/pendapat	Setiap tanggapan/ reaksi tertutup dari responden tentang petugas kesehatan.	Wawancara	- Baik - Jelek	Nominal
4	Tindakan	Upaya yang dilakukan responden untuk mencari pengobatan/ penyembuhan penyakit	Wawancara	- Baik - Jelek	Nominal
5	Umur	Umur responden dihitung dalam tahun berdasarkan ulang tahun terakhir.	Wawancara	- 15-50 tahun - >50 tahun	Nominal
6	Jenis kelamin	Pembeda responden berdasarkan organ sex	Wawancara	- Laki-laki - Perempuan	Nominal
7	Pendidikan	Pendidikan terakhir dari responden	Wawancara	- rendah: tamat SD/SMP - tinggi:tamat SMA/PT	Ordinal
8	Pekerjaan	Status pekerjaan responden	Wawancara	- Petani - Pedagang/ wiraswasta - swasta - lain-lain	Nominal
9.	Kontak dengan penderita	Riwayat kontak dengan penderita TB paru dirumah/ lingkungan	Wawancara	- Ada - Tidak ada	Nominal
10	Jangkauan ke pelayanan kesehatan	Pendapat responden tentang jarak yang ditempuh oleh responden dari rumah sampai di puskesmas dan kesulitannya.	Wawancara	- Sulit - Mudah	Nominal

7	Karakteristik petugas	Karakteristik petugas yang berkaitan dengan pendidikan formal, lama bekerja, jumlah pelatihan yang berkaitan dengan penemuan penyakit TB.	Wawancara	- Baik: nilai > 7 - Cukup baik: nilai 4-7 - Kurang baik: nilai < 4	Ordinal
---	-----------------------	---	-----------	--	---------

5.5 Teknik Dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Teknik Pengumpulan Data

Teknik Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara. Data primer diperoleh dengan wawancara terhadap responden sifatnya tertutup dan terbuka menggunakan kuisioner, sedangkan wawancara terhadap pemegang program TB sifatnya wawancara terbuka. Data sekunder diperoleh dari data Puskesmas Karangan, Puskesmas Pogalan dan Dinas Kesehatan Kabupaten Tenggalek.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat dan instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data adalah kuisioner.

5.6 Teknik Pengolahan dan Analisa Data

Untuk mengukur pengetahuan, sikap dan tindakan ditentukan oleh jawaban responden pada setiap nomor pertanyaan dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Pertanyaan tingkat pengetahuan

Pertanyaan tingkat pengetahuan ini terdiri dari 15 pertanyaan. Setiap pertanyaan yang benar diberi nilai 3 sehingga bila pertanyaan terjawab benar nilai total adalah 45, kemudian ditentukan sebagai berikut :

Baik : nilai >22

Jelek : nilai ≤ 22

2. Pertanyaan sikap

Pertanyaan sikap terdiri dari 4 pilihan jawaban, sebanyak 5 pertanyaan.

Penilaian untuk setiap pertanyaan adalah sebagai berikut :

Sangat setuju : nilai 3

Setuju : nilai 2

Kurang setuju : nilai 1

Tidak setuju : nilai 0

Setelah didapat total nilai untuk variabel sikap kemudian di tentukan sebagai berikut :

Baik : nilai >7

Jelek : nilai ≤ 7

3. Pertanyaan tindakan

Pertanyaan tindakan ini terdiri dari 4 pertanyaan . Bila pertanyaan terjawab dengan benar nilai total nilai 13 . kemudian ditentukan kategori penilaian sebagai berikut :

Baik : nilai >6

Jelek : nilai ≤ 6

4. Pertanyaan jangkauan pelayanan

Dikategorikan : mudah: jika jarak dekat dan tidak kesulitan transportasi.

Sulit : jika jarak jauh /kesulitan transportasi.

Data hasil penelitian yang telah terkumpul dilakukan analisis data dengan tabel frekuensi dan persentase, kemudian dilakukan uji Chi-square untuk mengetahui tingkat signifikansi (nilai p) hubungan antara variabel terikat dan variabel bebas.



BAB VI

HASIL PENELITIAN

6.1 Data Geografi Dan Demografi

Wilayah kerja Puskesmas Karangasari terdiri dari 12 desa, dengan rincian jumlah dusun 31, jumlah RW 79 dan jumlah RT 293. Batas wilayah kerja Puskesmas Karangasari adalah sebagai berikut :

Utara : Kecamatan Tugu dan Kecamatan Bendungan

Barat : Kecamatan Pule dan Kecamatan Suruh

Selatan : Kecamatan Dongko dan Kecamatan Suruh

Timur : Kecamatan Trenggalek

Sedangkan Puskesmas Pogalan terdiri dari 6 desa. Mempunyai batas wilayah sebagai berikut :

Utara : Kecamatan Pagerwojo dan Kecamatan Trenggalek

Barat : Kecamatan Trenggalek

Selatan : Kecamatan Gandusari

Timur : Kecamatan Durenan

Kondisi geografi dan demografi di wilayah kerja puskesmas penelitian yaitu Puskesmas Karangasari dan Puskesmas Pogalan adalah sebagai berikut :

Tabel 6.1 Kondisi Geografi di Wilayah Kerja Puskesmas Karangasari dan Puskesmas Pogalan Tahun 2008

Data Geografi	Puskesmas Karangasari	Puskesmas Pogalan
Luas wilayah kerja	43,25 Km ²	23,17 km ²
	66,6 % dataran rendah, 33,4% dataran tinggi	99 % dataran rendah, 1% dataran tinggi

Sumber : Rentakes Puskesmas Karangasari dan Pogalan tahun 2007

Dari tabel diatas, wilayah kerja Puskesmas Karanganyu mempunyai dataran tinggi lebih banyak dari pada wilayah kerja Puskesmas Pogalan. Sedangkan dataran rendahnya lebih banyak di wilayah kerja Puskesmas Pogalan. Luas wilayah kerja Puskesmas Karanganyu juga hampir 2 kali lipat wilayah kerja Puskesmas Pogalan.

Tabel 6.2 Kondisi Demografi di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyu dan Puskesmas Pogalan Tahun 2005-2007

Puskesmas	Jumlah Penduduk		
	Tahun 2005	Tahun 2006	Tahun 2007
Karanganyu	43.211	43.532	43.867
Pogalan	30.829	31.058	31.297

Sumber : Rentakes Puskesmas Karanganyu dan Pogalan tahun 2007

Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Karanganyu lebih banyak dari pada jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Pogalan.

6.2 Sumber Daya Kesehatan

1. Sarana Kesehatan

Sarana kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Karanganyu dan Puskesmas Pogalan adalah sebagai berikut :

Tabel 6.3 Sarana Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyu dan Puskesmas Pogalan Tahun 2008

No	Sarana kesehatan	Jumlah	
		Puskesmas Karanganyu	Puskesmas Pogalan
1	Puskesmas pembantu	3	4
2	Polindes	8	3

Sumber : Rentakes Puskesmas Karanganyu dan Pogalan tahun 2007

Dari tabel diatas, Puskesmas Karanganyu mempunyai polindes yang lebih banyak, sedangkan Puskesmas Pogalan memiliki puskesmas pembantu lebih banyak.

2 . Ketenagaan

Tabel 6.4 Jenis Ketenagaan di Puskesmas Karangany dan Puskesmas Pogalan Tahun 2008

No	Jenis Ketenagaan	Jumlah	
		Puskesmas Karangany	Puskesmas Pogalan
1	Dokter	2	2
2	Dokter gigi	1	1
3	Sarjana Kesehatan Masyarakat	1	0
4	Bidan	15	3
5	Perawat	5	6
6	Perawat gigi	1	1
7	Petugas Gizi	2	1
8	Sanitarian	1	1
9	Petugas imunisasi	1	0
10	Asisten apoteker	1	0
11	Analisis laboratorium	2	1
12	Sopir	1	1

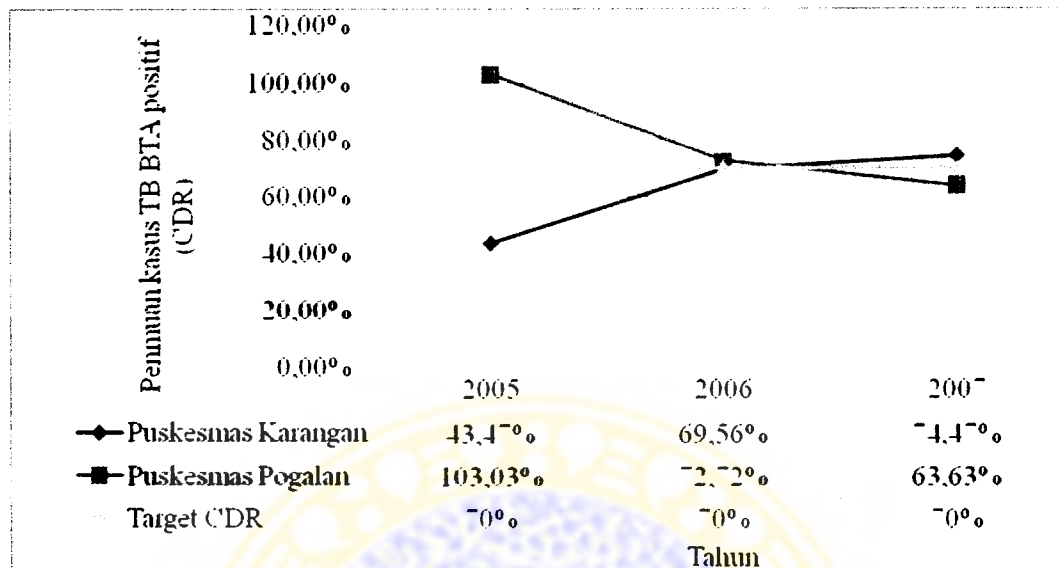
Sumber : Rentakes Puskesmas Karangany dan Pogalan tahun 2007

Dari tabel diatas perbedaan jumlah tenaga kesehatan yang ada antara lain : tenaga SKM, jumlah bidan, perawat, petugas gizi, petugas imunisasi, asisten apoteker dan jumlah tenaga analisis laboratorium.

6.3 Penemuan Kasus TB BTA positif di Puskesmas Karangany dan Puskesmas Pogalan Tahun 2005-2007

Penemuan kasus TB BTA positif di Puskesmas Karangany mulai tahun 2005-2007 terjadi peningkatan, sedangkan di Puskesmas Pogalan terjadi penurunan penemuan. Penemuan kasus TB BTA positif dinyatakan dalam *Case Detection Rate* (CDR) yaitu persentase jumlah penderita baru TB BTA positif yang ditemukan dibanding jumlah penderita baru TB BTA positif yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut.

Case Detection Rate Puskesmas Karangas dan Puskesmas Pogalan dapat dilihat pada Grafik 6.1 sebagai berikut :



Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Trenggalek

Grafik 6.1 Penemuan Kasus TB BTA Positif di Puskesmas Karangas dan Puskesmas Pogalan tahun 2005-2007

Target Program penanggulangan TB nasional untuk CDR adalah 70%. Dari Grafik 6.1 dapat dilihat bahwa Puskesmas Karangas tahun 2005 dan 2006 belum memenuhi target nasional penemuan TB BTA positif dan baru tercapai targetnya tahun 2007. Sedangkan Puskesmas Pogalan sebaliknya yaitu tahun 2005-2006 telah tercapai target penemuan TB BTA positif tetapi tahun 2007 dibawah target nasional

6.4 Proporsi Penemuan Kasus TB BTA Positif Diantara Suspek di Puskesmas Karangas dan Puskesmas Pogalan

Proporsi Penemuan Kasus TB BTA Positif Diantara Suspek di Puskesmas Karangas dan Puskesmas Pogalan adalah sebagai berikut :

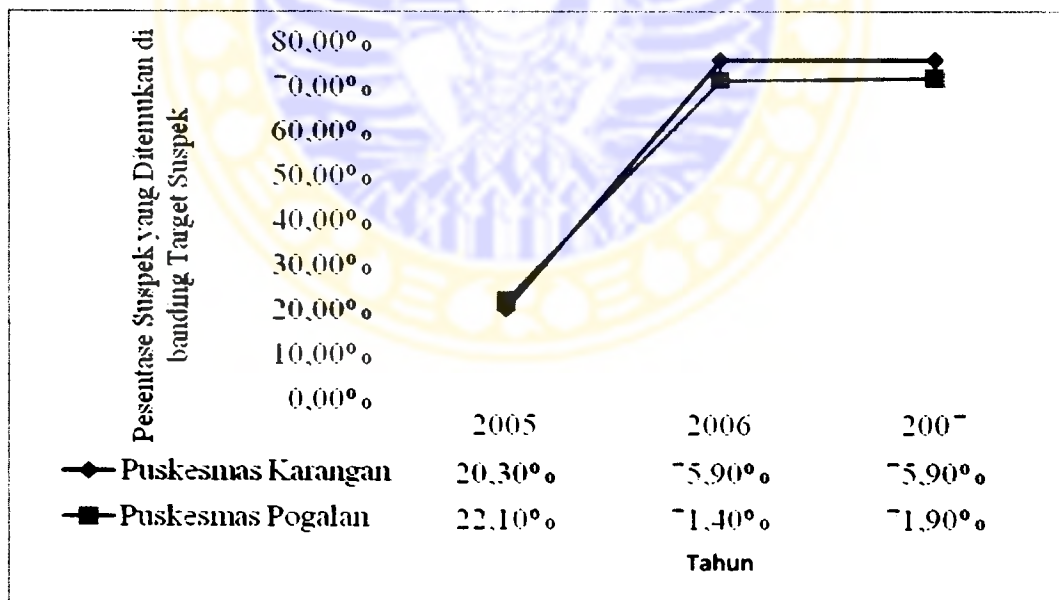
Tabel 6.5 Proporsi Penemuan Kasus TB BTA Positif Diantara Suspek di Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan Tahun 2005-2007

Puskesmas	Proporsi Penemuan Kasus TB BTA Positif		
	2005	2006	2007
Karangan	21,28 %	9,1 %	9,9 %
Pogalan	46,58 %	10,1 %	8,8 %

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Trenggalek Tahun 2007

Proporsi penderita TB BTA positif diantara suspek adalah persentase penderita yang ditemukan BTA positif diantara seluruh suspek yang diperiksa spontumnya. Biasanya ditemukan angka sekitar 10%. Dari tabel diatas untuk tahun 2005 angka proporsi dua puskesmas tersebut masih lebih besar dari 10%. Sedangkan untuk tahun 2006 dan 2007 angka proporsi sudah mendekati 10%.

6.5 Target Suspek dan Suspek yang Ditemukan di Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan



Grafik 6.2 Target Suspek dan Suspek yang Ditemukan di Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan Tahun 2005-2007

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Trenggalek tahun 2007

Dari grafik diatas penemuan suspek di Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan hampir sama persentase penemuannya suspeknya.

6.6 Kegiatan Puskesmas yang Dilaksanakan Berkaitan dengan Program TB

Tabel 6.6 Kegiatan Puskesmas yang Dilaksanakan Berkaitan dengan Program TB

No	Puskesmas Karang	Puskesmas Pogalan
1	Kunjungan rumah penderita TB	Kunjungan rumah penderita TB
2	Bonus rujukan BTA positif kepada bidan desa yang merujuk suspek dan TB BTA positif,	Penyuluhan masyarakat tentang TB paru di posyandu.
3	Sosialisasi TB tingkat desa (Baru dimulai)	Penyebaran brosur/ leaflet kepada penderita

6.7 Karakteristik Penderita TB BTA Positif

1. Umur Penderita TB BTA Positif

Tabel 6.7 Distribusi Umur Penderita TB BTA Positif di Wilayah Kerja Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan

Golongan umur	Puskesmas Karang		Puskesmas pogalan	
	n	(%)	n	(%)
15-50 tahun	12	57,1	16	76,2
>50 tahun	9	42,9	5	23,8
Total	21	100	21	100

Dari tabel diatas umur penderita TB BTA positif dari Puskesmas Karang yaitu 57,1% berusia 15-50 tahun, sedangkan penderita TB BTA positif dari Puskesmas Pogalan sebesar 76,2% berusia 15-50 tahun.

2. Jenis Kelamin Responden

Jenis kelamin penderita TB BTA positif dari Puskesmas Karang 57,1 % laki-laki sedangkan dari Puskesmas Pogalan Penderita TB BTA Positif terbanyak berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 61,9%

Tabel 6.8 Distribusi Jenis Kelamin Penderita TB BTA Positif di Wilayah Kerja Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan

Jenis Kelamin	Puskesmas Karang		Puskesmas pogalan	
	n	(%)	n	(%)
Laki-laki	12	57,1	8	38,1
Perempuan	9	42,9	13	61,9
Total	21	100	21	100

3. Pendidikan Responden

Pendidikan penderita TB BTA positif dari Puskesmas Karang sebanyak 95,2% berpendidikan rendah yaitu lulus SD/ SMP sedangkan penderita TB BTA positif dari Puskesmas Pogalan 85,7 % juga berpendidikan rendah.

Tabel 6.9 Distribusi Pendidikan Penderita TB BTA Positif di Wilayah Kerja Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan

Pendidikan	Puskesmas Karang		Puskesmas pogalan	
	n	(%)	n	(%)
Rendah (SD/ SMP)	20	95,2	18	85,7
Tinggi (SMA/ PT)	1	4,8	3	14,3
Total	21	100	21	100

4. Pekerjaan Responden

Pekerjaan penderita TB BTA positif di wilayah kerja Puskesmas Karang 52,4% sebagai petani sedangkan pekerjaan penderita TB BTA positif di wilayah kerja Puskesmas Pogalan juga yang terbanyak sebagai petani yaitu sebanyak 52,4%

Tabel 6.10 Distribusi Pekerjaan Penderita TB BTA Positif di Wilayah Kerja Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan

Pekerjaan	Puskesmas Karang		Puskesmas pogalan	
	n	(%)	n	(%)
Petani	11	52,4	11	52,4
Wiraswasta/pedagang	5	23,8	7	33,3
Swasta	2	9,5	0	0
Lain-lain	3	14,3	3	14,3
Total	21	100	21	100

5. Kontak

Kontak penderita TB BTA positif di Puskesmas Karanganyan dengan penderita TB sebelumnya adalah sebanyak 14,3% sedangkan penderita TB BTA positif dari Puskesmas Pogalan yang kontak dengan penderita TB sebelumnya adalah sebanyak 38,1%.

Tabel 6.11 Kontak Penderita TB BTA Positif dengan Penderita TB Sebelumnya

Kontak	Puskesmas Karanganyan		Puskesmas Pogalan	
	n	(%)	n	(%)
Ada kontak	3	14,3	8	38,1
Tidak ada kontak	18	85,7	13	61,9
Total	21	100	21	100

6.8 Perbandingan Pengetahuan Penderita TB BTA Positif tentang Penyakit TB di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyan dan Puskesmas Pogalan

Pengetahuan penderita TB BTA positif dari Puskesmas Karanganyan tentang penyakit TB yang termasuk kategori baik adalah sebanyak 47,8% sedangkan pengetahuan penderita TB BTA positif dari Puskesmas Pogalan tentang penyakit TB yang termasuk kategori baik sebanyak 81%.

Tabel 6.12 Perbandingan Pengetahuan tentang penyakit TB Penderita TB BTA Positif di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyan dan Puskesmas Pogalan.

Pengetahuan	Puskesmas Karanganyan (Penemuan TB Meningkat)		Puskesmas Pogalan (Penemuan TB Menurun)	
	n	(%)	n	(%)
Baik	10	47,8	17	81
Jelek	11	52,2	4	19
Total	21	100	21	100

Berdasarkan uji statistik Chi-square didapatkan nilai $p = 0,024$ dengan $\alpha = 0,05$ sehingga diketahui bahwa $p < \alpha$, hal ini berarti ada perbedaan pengetahuan

tentang penyakit TB pada penderita TB BTA positif di Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan.

6.9 Perbandingan Sikap/pendapat Penderita TB BTA Positif tentang Petugas Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan

Pendapat penderita TB BTA positif mengenai petugas kesehatan di Puskesmas Karang 76,2% baik sedangkan penderita TB BTA positif dari Puskesmas Pogalan 71,4 % juga menyatakan bahwa tindakan petugas kesehatan baik.

Tabel 6.13 Perbandingan Sikap Penderita TB BTA Positif tentang Petugas Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan

Sikap	Puskesmas Karang (Penemuan TB Meningkat)		Puskesmas pogalan (Penemuan TB Menurun)	
	n	(%)	n	(%)
Baik	16	76,2	15	71,4
Jelek	5	23,8	6	28,6
Total	21	100	21	100

Berdasarkan uji statistik Chi-square didapatkan nilai $p = 0,726$ dengan $\alpha = 0,05$ sehingga diketahui bahwa $p > \alpha$, hal ini berarti tidak ada perbedaan sikap/pendapat penderita TB BTA positif tentang petugas kesehatan di Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan.

6.10 Perbandingan Tindakan pencarian pengobatan Penderita TB BTA Positif di Wilayah Kerja Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan

Penderita TB BTA positif dari Puskesmas Karang 66,7 % mempunyai tindakan pencarian pengobatan yang baik sedangkan penderita TB BTA positif dari Puskesmas Pogalan 76,2 % tindakan pencarian pengobatannya juga baik.

Tabel 6.14 Perbandingan Tindakan Pencarian Pengobatan Penderita TB BTA Positif di Wilayah Kerja Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan

Tindakan	Puskesmas Karang (Penemuan TB Meningkat)		Puskesmas pogalan (Penemuan TB Menurun)	
	n	(%)	n	(%)
Baik	14	66,7	16	76,2
Jelek	7	33,3	5	23,8
Total	21	100	21	100

Berdasarkan uji statistik Chi-square didapatkan nilai $p = 0,495$ dengan $\alpha = 0,05$ sehingga diketahui bahwa $p > \alpha$, hal ini berarti tidak ada perbedaan tindakan pencarian pengobatan penderita TB BTA positif di Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan.

6.11 Perbandingan Jangkauan Pelayanan Kesehatan Penderita TB BTA Positif di Wilayah Kerja Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan

Jangkauan pelayanan kesehatan menurut penderita TB BTA positif di Puskesmas Karang hanya 19% yang menyatakan sulit, kesulitannya dapat diartikan jauh jaraknya atau kesulitan transportasi menuju ke puskesmas, sedangkan penderita TB BTA positif dari Puskesmas Pogalan juga tidak jauh berbeda karena hanya 28,6% yang menyatakan sulit.

Tabel 6.15 Perbandingan Jangkauan Pelayanan Kesehatan Penderita TB BTA Positif di Wilayah Kerja Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan

Jangkauan	Puskesmas Karang (Penemuan TB Meningkat)		Puskesmas Pogalan (Penemuan TB Menurun)	
	n	(%)	n	(%)
Sulit	4	19	6	28,6
Mudah	17	81	15	71,4
Total	21	100	21	100

Berdasarkan uji statistik Chi-square didapatkan nilai $p = 0,469$ dengan $\alpha = 0,05$ sehingga diketahui bahwa $p > \alpha$, hal ini berarti tidak ada perbedaan jangkauan ke pelayanan kesehatan pada penderita TB BTA positif di Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan.

6.12 Karakteristik Petugas Kesehatan

Dari kuesioner yang diberikan kepada petugas kesehatan baik diberikan kepada dokter, petugas laboratorium maupun pemegang program TB yang berisi tentang pendidikan formal, masa kerja petugas dan pelatihan yang berkaitan dengan program TB di puskesmas didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 6.16 Karakteristik Petugas Kesehatan di Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan Tahun 2008

Petugas kesehatan	Penilaian	
	Puskesmas Karang	Puskesmas Pogalan
Dokter	Baik	Baik
Laboran	Cukup baik	Cukup baik
Pemegang program TB	Cukup baik	Cukup baik

Dari tabel diatas, karakteristik petugas kesehatan dari Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan tidak ada perbedaan.

BAB VII

PEMBAHASAN

7.1 Karakteristik Penderita TB BTA positif

1. Umur Penderita TB BTA positif

Dari Tabel 6.8, umur penderita TB BTA positif terbanyak dari Puskesmas Karanganyar 57,1% berusia 15-50 tahun, demikian juga penderita TB BTA positif dari Puskesmas Pogalan sebesar 76,2% berusia 15-50 tahun. Menurut Depkes (2007) di Indonesia diperkirakan 75% penderita TB adalah usia produktif, yakni 15 hingga 50 tahun, kondisi ini sesuai dengan penderita TB BTA positif di Puskesmas Pogalan. Sedangkan penderita TB BTA positif di Puskesmas Karanganyar antara kelompok umur produktif dan tidak produktif hampir seimbang.

Menurut Achmadi (2005) bahwa kelompok yang terkena risiko penyakit TB selain usia produktif juga golongan ekonomi lemah. Usia produktif merupakan usia seseorang dapat bekerja secara maksimal tetapi adanya penyakit TB bisa mengganggu/bahkan kehilangan peluang bekerja tersebut.

Sedangkan menurut Basir (2001), sebagian besar penderita TB (80%) berusia 15-49 tahun merupakan penduduk yang produktif oleh karena itu TB banyak kerugian ekonomi karena “mati muda” dan hilangnya jam kerja akibat kondisi sakit yang dialami penderita menyebabkan ia tak dapat menjalankan tugasnya sehari-hari.

Untuk kelompok umur >50 tahun jumlah penderita di Puskesmas Karanganyar lebih besar yaitu 42,9% dibanding penderita di Puskesmas Pogalan (23,8%).

Persentase penderita TB di Puskesmas Karanganyar yang berumur >50 tahun yang cukup banyak yaitu 42,9% tersebut sesuai dengan pendapat Bahar (2001)

bahwa dengan meningkatnya jumlah penduduk usila di Indonesia maka terdapat beberapa masalah diantaranya, penyakit-penyakit yang umum menyerang usila antara lain penyakit infeksi, salah satunya infeksi tuberkulosis. Meningkatnya pasien TB pada usila antara lain disebabkan menurunnya status imunitas usila karena proses penuaan sendiri atau terdapatnya komorbiditas pada usila karena proses penuaan sendiri atau terdapatnya komorbiditas pada usila seperti diabetes melitus, malnutrisi, penyakit-penyakit kronik dan keganasan lainnya. Timbulnya TB pada usila lebih banyak karena reaktivasi infeksi primer yang pernah diderita sebelumnya yakni aktifnya kuman TB yang dorman sejak berpuluh tahun sebelumnya.

2. Jenis Kelamin Penderita TB BTA positif

Dari Tabel 6.9, jenis kelamin penderita TB BTA positif dari Puskesmas Karangas 57,1% laki-laki sedangkan dari Puskesmas Pogalan penderita TB BTA positif terbanyak berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 61,9%

Kondisi di Puskesmas Pogalan sesuai dengan pendapat Achmadi (2005) bahwa dari catatan statistik meski tidak selamanya konsisten mayoritas penderita TB adalah wanita.

Menurut Aditama (2006) tuberkulosis merupakan masalah kesehatan penting bagi perempuan di muka bumi karena tuberkulosis membunuh sedikitnya dua kali lebih banyak perempuan daripada kematian akibat kehamilan/persalinan dan di Indonesia kasus baru tuberkulosis hampir separuhnya perempuan. WHO memperkirakan bahwa sedikitnya setahun ada satu juta perempuan yang meninggal akibat tuberkulosis. Perlu dicatat bahwa kematian ibu akibat kehamilan persalinan dan masa nifas (kematian maternal) itu setahunnya setengah juta orang.

Demikian juga Menurut Chin (2006), di negara-negara maju, angka kematian akibat tuberkulosis pada kelompok umur 15-44 tahun ternyata lebih tinggi pada perempuan ketimbang laki-laki. Sementara itu di negara-negara berkembang kendati data belumlah memadai, diperkirakan jumlah laki-laki sama banyaknya dengan perempuan. Sedangkan Mortalitas dan morbiditas meningkat sesuai umur, pada orang dewasa lebih tinggi pada laki-laki

Hal ini jelas berbeda dengan banyaknya penderita TB laki-laki di Puskesmas Karangnegeri jika dibandingkan dengan banyaknya penderita TB perempuan di Puskesmas Pogalan. Hal yang menyebabkan penderita TB laki-laki lebih banyak adalah aktivitas fisik diluar rumah yang lebih banyak, selain itu beban kerjanya juga lebih besar sehingga menurut Chin (2006) kemungkinan mendapat penularan ternyata lebih besar pada laki-laki.

3. Pendidikan Penderita TB BTA positif

Dari Tabel 6.10, pendidikan penderita TB BTA positif dari Puskesmas Karangnegeri sebanyak 95,7% berpendidikan rendah yaitu lulus SD/ SMP sedangkan penderita TB BTA positif dari Puskesmas Pogalan 85,7 % juga berpendidikan rendah.

Menurut Azhar (2001) berkembangnya terinfeksi tuberkulosis menjadi menderita penyakit TB dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain keadaan sosial ekonomi masyarakat yaitu kemiskinan, kekurangan gizi, rendahnya latar belakang pendidikan (kurang pengetahuan) dan kepadatan penduduk.

Sesuai dengan pendapat diatas bahwa rendahnya latar belakang pendidikan dapat mempengaruhi berkembangnya TB karena menurut Notoatmodjo (1998) menyatakan bahwa makin tinggi tingkat pendidikan makin mudah menerima

informasi sehingga makin banyak pengetahuan yang dimiliki dalam hal ini tentunya pengetahuan tentang TB. Dengan besarnya penderita TB/penderita TB BTA positif yang berpendidikan rendah tentunya akan sulit/menghambat terhadap penerimaan informasi kesehatan baik dari luar maupun ketika diberi penyuluhan oleh petugas kesehatan. Karena tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi daya terima seseorang terhadap materi/ informasi kesehatan yang disuluh dalam hal ini yang perlu mendapat perhatian adalah pengetahuan mengenai pengobatan TB yang tepat maupun upaya mencegah penularan penyakit dan risiko-risiko yang meningkatkan penularan.

Selain itu orang yang berpendidikan rendah biasanya kesempatan untuk mendapatkan pekerjaan yang layak juga lebih kecil sehingga dapat diperkirakan sosial ekonominya juga rendah sehingga merupakan hal yang wajar jika kurang gizi dan menempati perumahan yang padat sehingga tidak memenuhi syarat kesehatan. Semuanya tentunya mempermudah terjadinya TB dimasyarakat sehingga secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi penemuan TB.

4. Pekerjaan

Dari Tabel 6.11, Pekerjaan penderita TB BTA positif di wilayah kerja Puskesmas Karangas 52,4% sebagai petani sedangkan pekerjaan penderita TB BTA positif di wilayah kerja Puskesmas Pogalan juga yang terbanyak sebagai petani yaitu sebanyak 52,4%.

Menurut Achmadi , penyakit TB merupakan salah satu penyakit yang sering diderita oleh angkatan kerja Indonesia termasuk petani. Tidak mungkin seorang petani bekerja dengan baik kalau sedang menderita TB, sehingga kualitas kesehatan seorang seorang petani merupakan modal awal untuk bekerja

menghadapi lingkungan kerja dan beban pekerjaan pertanian yang sangat berat. dari gambaran yang ada, kondisi awal kesehatan petani sebagai modal awal untuk bekerja, tidak memadai. Namun mereka harus tetap bekerja agar dapat bertahan hidup untuk meningkatkan harkat hidup dan peningkatan kesejahteraan lebih lanjut.

Sebagian besar penderita TB BTA positif di kedua puskesmas sebagai petani/buruh tani, sedangkan pekerjaan erat kaitannya dengan pendapatan/penghasilan yang rendah. bila seseorang mempunyai pendapatan rendah dapat diprediksi bahwa dalam memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari belum cukup sehingga mempunyai kecenderungan untuk memprioritaskan kebutuhan lain dari pada pelayanan kesehatan dan akan berobat jika sudah benar-benar parah. Padahal masa sebelum mendapat pengobatan TB yang adekuat, tanpa disadari penderita bisa menularkan penyakitnya kepada orang lain. Sehingga semakin lama waktu sebelum pengobatan akan semakin banyak orang yang bisa tertular.

5. Kontak

Dari Tabel 6.12, Kontak penderita TB BTA positif di Puskesmas Karanganyar dengan penderita TB sebelumnya adalah sebanyak 14,3% sedangkan penderita TB BTA positif dari Puskesmas Pogalan yang kontak dengan penderita TB sebelumnya adalah sebanyak 38,1%.

Menurut Chin (2006) kontak jangka panjang dengan penderita TB menyebabkan risiko tertulari. Tuberkulosis merupakan penyakit menular langsung, sehingga kontak dengan penderita sebelumnya sangat penting.

Walaupun menurut Azhar (2001) sebagian besar orang yang terinfeksi (80-90%) belum tentu menjadi sakit tuberkulosis.

Dengan demikian orang yang kontak dengan penderita TB BTA positif belum tentu akan menjadi sakit jika tahu cara pencegahannya baik dari penderita sendiri maupun dari keluarganya. Misalnya cara membuang ludah, cara batuknya, kemudian memperbaiki keadaan perumahan baik ventilasi, lantai rumah, penerangan, mengurangi kepadatan rumah dan tidak kalah pentingnya adalah meningkatkan daya tahan tubuh dengan makan makanan yang bergizi dan imunisasi pada balita. Semua cara pencegahan akan mudah dilakukan jika kesadaran dan pengetahuan masyarakat khususnya penderita dan keluarganya baik dan didukung oleh sosial ekonomi yang memadai. Karena hal-hal tersebut merupakan faktor predisposisi untuk berperilaku dalam mencegah penularan penyakit TB. Dengan melihat banyaknya kontak terutama penderita TB BTA positif dari Puskesmas Pogalan yang akhirnya menjadi penderita TB juga dapat dijadikan evaluasi bahwa upaya pencegahan penularan beberapa tahun/bulan yang lalu belum maksimal mengingat penyakit TB masa inkubasinya lama sehingga dampaknya terlihat saat ini. Sehingga upaya pencegahan penularan berikutnya perlu terus dilakukan dengan peningkatan pengetahuan masyarakat melalui berbagai penyuluhan dan meningkatkan sosial ekonomi mereka sehingga bisa memperbaiki lingkungan perumahan. Hal ini tentunya bukan hanya tugas dari petugas kesehatan tetapi banyak sektor yang terkait sehingga kerjasama lintas program maupun sektor sangat diperlukan.

Menurut Rudiansyah (2001) Masalah budaya dan etnik setempat juga sering berpengaruh terhadap kegagalan program penanggulangan penyakit ini seperti

adanya budaya apabila ada orang sakit dari sanak keluarga maka akan datang menengok, kalau tidak menengok tidak enak, tapi hal ini dapat menularkan sanak saudara lain apabila sakit TB. Adanya budaya tersebut disatu sisi memang meningkatkan kerukunan masyarakat namun disisi yang lain mempermudah penularan penyakit TB karena masyarakat pada umumnya sering tidak tahu bahwa penyakit yang diderita oleh saudara/tetangga menular, hal ini bisa terjadi karena memang kurangnya pengetahuan masyarakat pada umumnya tentang penyakit TB baik penderitanya sendiri maupun yang mengunjungi. Kurangnya pengetahuan tersebut sehingga upaya-upaya untuk mencegah penularan sama sekali tidak dilakukan baik dari penderita maupun pengunjungnya atau sanak saudara. Dengan demikian bisa saja penderita TB BTA positif atau masyarakat sebenarnya ada kontak dengan penderita TB sebelumnya tapi mereka tidak mengetahuinya bahwa adanya kontak tersebut yang menyebabkan mereka sakit sekarang.

7.2 Perbandingan Pengetahuan Tentang Penyakit TB Penderita TB BTA Positif di Wilayah Kerja Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan

Dari Tabel 6.13, penderita TB BTA positif dari Puskesmas Karang hanya 47,8% yang memiliki pengetahuan baik, sedangkan penderita TB BTA positif dari Puskesmas Pogalan yang mempunyai pengetahuan baik sebanyak 81%.

Berdasarkan uji statistik Chi-square didapatkan nilai $p = 0,024$ dengan $\alpha = 0,05$ sehingga diketahui bahwa $p < \alpha$, hal ini berarti ada perbedaan pengetahuan tentang penyakit TB pada penderita TB BTA positif di Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan.

Menurut Dahlan (2001) menyatakan bahwa pengetahuan kurang memiliki risiko 3,9 kali terkena TB dibanding dengan pengetahuan baik selain itu angka

kematian dan kematian TB secara signifikan juga dapat dikurangi dengan meningkatkan kebutuhan pendidikan untuk mendapatkan pengetahuan tentang risiko TB. Dengan demikian jika penyakit TB dapat dicegah maka penemuan penderitanya juga bisa diturunkan.

Menurut Notoatmodjo (2006) dalam pemberdayaan masyarakat, pengetahuan kesehatan dan faktor yang mempengaruhi yang harus dimiliki oleh masyarakat, sekurang-kurangnya antara lain pengetahuan tentang penyakit yang mencakup nama penyakit tanda/gejala, penyebab penyakit, cara penularan penyakit, cara pencegahan penyakit, dan tempat pelayanan kesehatan yang tepat untuk penyembuhan. Dalam upaya penanggulangan penyakit TB pengetahuan penting untuk menimbulkan kemauan atau kehendak. Kemauan atau kehendak ini mendorong untuk melakukan tindakan. Tindakan tersebut antara lain segera memeriksakan ke pelayanan kesehatan yang tepat jika mengalami gejala penyakit TB sehingga kasus TB dapat segera ditemukan. Penemuan kasus TB penting dalam rangka penanggulangan penyakit TB sehingga mendapat pengobatan yang tepat dapat segera dilakukan. Hal ini tentunya akan mempercepat penyembuhan dan dapat mengurangi waktu penularan. Sedangkan pengetahuan mengenai cara pencegahan penting untuk mencegah penularan lebih lanjut.

Menurut Slamet (1996) untuk penyakit menular, lingkungan sosial (yang bisa dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap, budaya, kepercayaan) ini sangat berpengaruh terhadap penularan, penyebaran dan pelestarian agent di dalam lingkungan ataupun pemberantasannya. Demikian juga dengan penyakit TB lingkungan sosial yang dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan mereka tentang penyakit TB bisa menimbulkan tidak ada pencegahan penularan sehingga

penyakit mudah menular, agent penyakit TB yang bertahan hidup dilingkungan lebih lama karena lingkungan perumahan yang tidak sehat sebagai akibat kemiskinan sehingga penyebaran sulit dikendalikan, serta kurangnya pemberantasan penyakit karena penderita penular tidak segera diobati karena kurangnya pengetahuan tentang gejala-gejala penyakit TB sehingga menganggap penyakit yang biasa saja.

Masyarakat yang mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan melalui proses belajar kesehatan dimulai dari informasi kesehatan. Dengan informasi kesehatan menimbulkan pengetahuan kesehatan. Informasi kesehatan dapat diperoleh dari penyuluhan kesehatan yang merupakan bagian dari promosi. Dalam program penanggulangan TB menurut Depkes RI (2005) bila penyuluhan TB terhadap suspek, penderita dan keluarganya ini berhasil, akan meningkatkan penemuan penderita secara pasif. Peningkatan penemuan kasus TB BTA positif di Puskesmas Karang, Kabupaten Trenggalek, bisa jadi karena kasus TB dimasyarakat memang meningkat sebagai akibat kurangnya pengetahuan tentang TB di masyarakat sehingga upaya pencegahan penularan kurang, tapi juga disebabkan oleh faktor lain. Kenyataan bahwa penderita TB BTA positif di Puskesmas Karang tingkat pengetahuannya lebih rendah jika dibanding penderita TB BTA positif dari Puskesmas Pogalan dapat diprediksi bahwa tindakan-tindakan pencegahan penularan penyakit penderita TB BTA positif di Puskesmas Karang juga kurang mengingat bahwa penderita TB BTA positif merupakan penderita penular TB, sehingga tentu saja proses perjalanan penyakit akan terus berjalan. Pengetahuan menjadi sangat penting dalam proses perubahan perilaku karena menurut Notoatmodjo (2006) bahwa dari pengalaman dan

penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Demikian halnya dengan pengetahuan tentang TB ini dengan pengetahuan yang baik tentunya akan mendorong penderita jika mengalami gejala TB, dengan kesadarannya sendiri segera memeriksakan diri ke tempat pelayanan kesehatan yang tepat, berobat teratur, mengurangi risiko penularan TB seperti membuang ludah secara benar, menutup mulut ketika batuk dan sebagainya. Perbedaan pengetahuan penderita TB BTA positif di kedua puskesmas tersebut mungkin terjadi karena penderita TB BTA positif dari Puskesmas Karanganyan yang berusia >50 tahun cukup banyak yaitu 42,9% dan semuanya termasuk kategori berpendidikan rendah, sehingga pengetahuan mereka tentang TB juga kurang/jelek. Sedangkan penderita TB BTA positif dari Puskesmas Pogalan hanya 23,8 % yang berumur >50 tahun. Penerimaan informasi dalam hal ini informasi tentang TB yang berpengaruh terhadap pengetahuan, biasanya lebih mudah didapat dan diterima oleh orang yang lebih muda dibanding orang yang usianya lebih tua.

Menurut Fahrudha (2001) pengetahuan tentang penyakit TB yang diderita seharusnya didapat terutama dari penyuluhan oleh petugas kesehatan juga berasal dari sumber lain, misalnya melalui pendidikan formal maupun media komunikasi. Petugas kesehatan dalam hal ini pemegang program TB sebenarnya sudah memberikan penyuluhan saat dipuskesmas maupun saat kunjungan pasien rumah penderita TB yang minimal satu kali, penyuluhan berisi tentang pencegahan penularan penyakit TB, namun tingkat pendidikan ini akan mempengaruhi kemampuan untuk menerima informasi tentang penyakit terutama TB, sehingga

merubah perilaku yang didahului dengan meningkatkan pengetahuan bukan sesuatu hal yang mudah.

Menurut Rudiansyah (2001) masyarakat perlu mengetahui cara penularan TB agar dapat mencegah penyebaran di masyarakat. Pengetahuan yang baik penderita maupun masyarakat umum perlu ditingkatkan sehubungan dengan penularan ini. Penderita perlu mengetahui apabila batuk atau bersin harus menutup mulut atau tidak langsung terbuka ke orang umum. Dan dahak atau spuntum yang dikeluarkan agar dibuang dalam wadah tertutup dan diisi dengan larutan pembasmi kuman seperti lysol atau bila tidak ada wadah di tempat yang kena sinar matahari.

Penyakit menular termasuk TB bukan hanya merupakan masalah bagi penderita tetap masalah bagi masyarakat, oleh sebab itu keberhasilan penanggulangan TB sangat tergantung tingkat kesadaran dan partisipasi masyarakat.

7.3 Perbandingan Sikap/pendapat Penderita TB BTA Positif Tentang Petugas Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Karang and Puskesmas Pogalan

Dari Tabel 6.14, Pendapat penderita TB BTA positif mengenai sikap petugas kesehatan di Puskesmas Karang 76,2% baik sedangkan penderita TB BTA positif dari Puskesmas Pogalan 71,4 % juga menyatakan bahwa sikap petugas baik.

Berdasarkan uji statistik Chi-square didapatkan nilai $p = 0,726$ dengan $\alpha = 0,05$ sehingga diketahui bahwa $p > \alpha$, hal ini berarti tidak ada perbedaan sikap/

pendapat penderita TB BTA positif tentang petugas kesehatan di Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan.

Menurut Azhar (2001) ada beberapa hal yang menyebabkan penderita tidak mau datang ke puskesmas yaitu Mungkin karena pelayanan tidak baik, misalnya petugas suka marah-marah, penderita tidak boleh bicara atau bertanya, pelayanan lambat atau waktu tunggu yang terlalu lama. Mungkin pelayanan baik, hanya karena penjelasan kepada penderita kurang, atau kurangnya penjelasan atau penyuluhan.

Dengan demikian sikap petugas sangat penting artinya dalam penggunaan fasilitas kesehatan khususnya petugas puskesmas. Dengan melihat pendapat penderita TB BTA positif tentang sikap petugas tersebut berarti sikap petugas di dua puskesmas tersebut bukan hal yang berpengaruh besar terhadap penemuan kasus TB di kedua puskesmas tersebut, mungkin kesadaran masyarakat untuk mencari pengobatan yang murah, mudah dijangkau lebih penting, apalagi untuk masyarakat golongan ekonomi rendah. Hal ini sesuai dengan pendapat Dever (1989) bahwa faktor konsumen berhubungan dengan penggunaan pelayanan kesehatan adalah adanya tingkat kesakitan dan kebutuhan.

7.4 Perbandingan Tindakan Pencarian Pengobatan Penderita TB BTA Positif di Wilayah Kerja Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan.

Dari Tabel 6.15, penderita TB BTA positif dari Puskesmas Karang 66,7% mempunyai tindakan pencarian pengobatan yang baik sedangkan penderita TB BTA positif dari Puskesmas Pogalan 76,2 % tindakan pencarian pengobatannya juga baik.

Berdasarkan uji statistik Chi-square didapatkan nilai $p = 0,495$ dengan $\alpha = 0,05$ sehingga diketahui bahwa $p > \alpha$, hal ini berarti tidak ada perbedaan tindakan pencarian pengobatan penderita TB BTA positif di Puskesmas Karang and Puskesmas Pogalan.

Hal yang berhubungan dengan tindakan pencarian pengobatan adalah respon seseorang/masyarakat ketika diserang penyakit dan juga merasakan sakit maka akan timbul berbagai macam perilaku dan usaha untuk menyembuhkan, serta kapan waktunya seseorang akan mencari pengobatan. Dari kedua hal tersebut penderita TB BTA positif sudah punya tindakan pencarian pengobatan yang baik. Tidak adanya perbedaan tindakan antara penderita TB BTA positif dari Puskesmas Karang and Puskesmas Pogalan, Kabupaten Trenggalek yang ditunjukkan dari $p > \alpha$, mungkin disebabkan oleh persamaan karakteristik antara lain pendidikan, pekerjaan dan mungkin juga budaya.

Namun demikian tindakan pencarian pengobatan yang baik tersebut belum tentu berlaku pada masyarakat pada umumnya, Menurut Notoatmodjo (2006) konsep sehat masyarakat bahwa sehat adalah orang dapat bekerja atau menjalankan pekerjaan sehari-hari. Konsep sakit dimasyarakat adalah jika seseorang sudah tidak kuat bangkit dari tempat tidur, tidak dapat menjalankan pekerjaan sehari-hari. Jika sakit tapi masih kuat bekerja maka tidak akan berbuat apa-apa, mengobati diri sendiri, pergi ke pengobatan tradisional, membeli obat diwarung, baru ketika tidak sembuh maka ke dokter praktek, puskesmas maupun rumah sakit. Konsep ini bisa menimbulkan rendahnya penggunaan fasilitas kesehatan.

7.5 Jangkauan Penderita TB BTA Positif ke Pelayanan Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan.

Dari Tabel 6.16 Jangkauan pelayanan kesehatan menurut penderita TB BTA positif di Puskesmas Karang hanya 19% yang menyatakan sulit, kesulitannya dapat diartikan jauh jaraknya atau kesulitan transportasi menuju ke puskesmas, sedangkan penderita TB BTA positif dari Puskesmas Pogalan juga tidak jauh berbeda karena hanya 28,6% yang menyatakan sulit.

Menurut Notoatmodjo (2007) penggunaan fasilitas kesehatan dipengaruhi oleh beberapa hal antara lain jarak antara fasilitas kesehatan dan masyarakat, tarif, pelayanan memuaskan atau tidak, serta konsep sehat sakit masyarakat.

Demikian juga menurut Dever (1989) bahwa keterjangkauan lokasi (geografis) berhubungan dengan tempat dan lokasi sarana pelayanan kesehatan dengan lokasi masyarakat yang diukur dari jarak, waktu, dan biaya perjalanan dapat mempengaruhi penggunaan sarana pelayanan kesehatan.

Penderita TB BTA positif yang rata-rata pekerjaannya sebagai petani atau buruh tani, dapat diprediksi bahwa sebagian besar tingkat sosial ekonominya rendah, sehingga dalam menjangkau pelayanan kesehatan juga memilih tempat yang dekat atau mudah dijangkau dan biayanya murah sehingga alternatifnya adalah puskesmas. Dengan demikian jangkauan penderita TB BTA positif ke puskesmas menurut penderita TB BTA positif dari kedua puskesmas tersebut tidak ada perbedaan sehingga secara geografis letak kedua puskesmas tersebut mudah dijangkau.

7.6 Karakteristik Petugas Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar dan Puskesmas Pogalan.

Dari Tabel 6.17 karakteristik petugas kesehatan dalam hal ini yang berkaitan dengan penemuan TB BTA positif dilihat dari segi pendidikan, pelatihan yang berkaitan dengan program penemuan TB, lama bekerja baik dari Puskesmas Karanganyar dan Puskesmas Pogalan tidak ada perbedaan. Petugas yang berhubungan dengan penemuan TB adalah dokter, petugas laboratorium maupun pemegang program TB. Sehingga kualitas dari petugas kesehatan tidak ada perbedaan.

Hal ini sesuai dengan pendapat Dever (1989) bahwa Karakteristik petugas berhubungan dengan perilaku petugas kesehatan, perilaku dokter, spesialisasi dokter, sudah berapa lama training yang pernah diikuti, perilaku dokter yang dipengaruhi oleh lingkungan kerja, norma peraturan, perabotan dan penggunaan teknologi baru (inovasi).

Karakteristik petugas kesehatan baik pemegang program TB, petugas laboratorium, maupun dokter maupun sangat penting dalam penemuan kasus TB karena keberhasilan program penanggulangan TB ditentukan oleh petugas tersebut, sehingga kualitas maupun kuantitasnya perlu mendapatkan perhatian yang lebih.

7.7 Penemuan Kasus TB

Menurut Trihono (2005), indikator fungsi puskesmas akan dijadikan tolak ukur keberhasilan puskesmas dalam mencapai visi kecamatan sehat. Tiga fungsi puskesmas tersebut adalah pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan kesehatan dan pusat pelayanan kesehatan strata pertama.

Dalam fungsi puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan strata pertama yang menjadi tanggung jawab puskesmas adalah pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Tujuan utama dari pelayanan kesehatan masyarakat adalah memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat ini berkaitan dengan lima upaya kesehatan wajib. Salah satu dari lima kesehatan wajib tersebut adalah pemberantasan penyakit menular, dalam hal ini tuberkulosis masuk dalam penyakit menular yang perlu diberantas sehingga cakupan penemuan kasus penting sebagai bagian indikator fungsi puskesmas akan dijadikan tolak ukur keberhasilan puskesmas dalam mencapai visi kecamatan sehat.

Case Detection Rate untuk Puskesmas Karangas tahun 2007 adalah 74,47% sehingga sudah melebihi target nasional (70%), sedangkan Puskesmas Pogalan Case Detection Rate nya 63,63% jadi masih dibawah target nasional.

Proporsi penderita TB BTA positif diantara suspek tahun 2007 untuk Puskesmas Karangas 9,9% sedangkan Puskesmas Pogalan 8,8%, angka yang dicapai seharusnya adalah sekitar 10% sehingga Puskesmas Karangas lebih baik pencapaiannya.

Persentase suspek diantara suspek yang diperkirakan untuk Puskesmas Karangas 73,5% sedangkan Puskesmas Pogalan 70,1% sehingga Puskesmas Karangas lebih baik pencapaiannya.

Dari ketiga indikator program TB tersebut Puskesmas Karangas lebih baik dalam pencapaiannya, di sisi yang lain menunjukkan bahwa penyakit TB di masyarakat cukup banyak. Selain itu adanya tren penemuan TB BTA positif yang

naik dan turun yang menyebabkan perbedaannya, dimana Puskesmas Karangas selama 3 tahun terakhir tren penemuan TB BTA positif naik sedangkan Puskesmas Pogalan selama 3 tahun terakhir tren penemuan TB BTA positif turun.

Hal lain yang mungkin berpengaruh dalam penemuan TB BTA positif namun dalam penelitian ini tidak dimasukkan sebagai faktor yang diteliti adalah program kegiatan puskesmas yang berkaitan dengan penemuan TB ini dan kedua puskesmas mempunyai program yang berbeda. Untuk Puskesmas Karangas programnya adalah bonus rujukan BTA positif kepada bidan desa yang merujuk suspek dan ternyata TB BTA positif. Meskipun rujukan BTA positifnya juga masih belum maksimal tetapi memberi andil dalam penemuan suspek yang kemungkinan besar penderita TB BTA positif karena bidan desa yang berada di polindes masing-masing desa merupakan petugas kesehatan yang paling dekat dengan masyarakat dan biasanya polindes merupakan tempat pertama kali berobat sebelum ke puskesmas terutama bagi masyarakat yang dekat atau kurang mampu. Program kegiatan lain yang masih baru dimulai adalah sosialisasi TB tingkat desa, yaitu penyuluhan dari puskesmas dan dinas kesehatan dengan mengundang tokoh masyarakat dan tokoh agama dalam rangka meningkatkan pengetahuan tentang TB sehingga lebih tanggap jika ada masyarakat yang sakit mengarah ke TB. namun hasil ini belum bisa dilihat karena masih belum semua desa mendapat sosialisasi TB.

Sedangkan kegiatan dari Puskesmas Pogalan lebih ditekankan pada kunjungan rumah penderita TB BTA positif dan mewaspadai penularan di lingkungan sekitarnya sehingga penyuluhan lebih ditekankan pada penderita dan keluarganya, dalam program penanggulangan TB disebut *contact tracing*.

Kegiatan *contact tracing* adalah pemeriksaan dahak orang dewasa yang kontak serumah penderita TB BTA positif dan menunjukkan gejala mengarah ke TB, sedangkan jika yang kontak erat dengan penderita TB BTA positif tersebut adalah anak, jika menunjukkan gejala mengarah ke TB maka dilakukan pemeriksaan lebih lanjut sesuai dengan alur deteksi dini TB anak. Jika anak balita kontak erat/serumah dengan penderita TB BTA positif tetapi tidak menunjukkan gejala maka diberi pengobatan pencegahan dengan *Isoniasid* (INH) dengan dosis 5 mg per kg berat badan per hari selama 6 bulan. Bila anak tersebut belum pernah mendapat imunisasi BCG, perlu diberi BCG setelah pengobatan pencegahan dengan INH selesai. Kegiatan seperti pemberian bonus rujukan BTA positif tidak dilaksanakan karena keterbatasan dana. Sedangkan penurunan jumlah penemuan bisa saja terjadi karena kasus dimasyarakat benar-benar sudah berkurang karena berhasilnya tindakan penanggulangan TB, tapi mungkin juga banyak penderita TB yang berobat ke dokter swasta atau pelayanan kesehatan lain misalnya di rumah sakit pemerintah maupun swasta, namun pada kenyataannya pencapaian indikator program TB untuk Puskesmas Pogalan tahun 2007 masih kurang baik.

BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

8. 1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan pada penelitian ini dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan pengetahuan tentang TB pada penderita TB BTA positif di Puskesmas Karang and Puskesmas Pogalan. Sedangkan faktor lain seperti sikap/ pendapat tentang petugas kesehatan, tindakan pencarian pengobatan, jangkauan ke pelayanan kesehatan penderita TB BTA positif dan karakteristik petugas kesehatan tidak ada perbedaan.

8. 2 Saran

Upaya dalam penanggulangan penyakit TB di Puskesmas Karang maupun Puskesmas Pogalan dapat kami sarankan sebagai berikut : Meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang penyakit TB sebagai upaya pemberdayaan masyarakat untuk cepat tanggap terhadap penyakit TB baik dalam pengobatan maupun pencegahan penularan melalui penyuluhan perorangan, kelompok maupun lewat media masa.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, FU, 2005. *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*. Jakarta. PT Kompas Media Nusantara.
- Aditama, YT, 2006. *Tuberkulosis, Merokok Dan Wanita*. Jakarta. Balai penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Alsagaff, H, 2002. *Dasar-Dasar Ilmu Penyakit Paru*. Airlangga University Press.
- Anonim, 2007. *Rencana Tahunan Kesehatan Puskesmas Karangas*.
- Anonim, 2007. *Rencana Tahunan Kesehatan Puskesmas Pogalan*.
- Anonim, 2007. *Laporan Program Pemberantasan Penyakit Menular Langsung (P2ML)*. Dinas Kesehatan Trenggalek
- Anonim/<http://www.wikipedia.org/wiki/DepartemenKesehatan,Indonesia/index.php.htm>. sitasi 27 Juni 2008
- Azhar, Z, 2001. Epidemiologi Tuberkulosis dalam *Tuberkulosis Tinjauan Multidisiplin*. Pusat Studi Tuberkulosis, FK Universitas Lambung Mangkurat/RSUD.B. Pendidikan Ulin Banjarmasin.
- Bahar, A, 2001. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid II*, edisi ketiga. Jakarta. Balai Penerbit FKUI.
- Basir, C, 2001. DOTS dan Ekonomi dalam *Tuberkulosis Tinjauan Multidisiplin*. Pusat Studi Tuberkulosis , FK Universitas Lambung Mangkurat/RSUD. B. Pendidikan Ulin Banjarmasin.
- Chin, J, 2006. *Manual Pemberantasan Penyakit Menular*. Jakarta. CV Infomedika.
- Dahlan, A, 2001. *Faktor-Faktor Resiko Lingkungan yang Berhubungan dengan Kejadian Penyakit TB Paru Dikota Jambi*, Yogyakarta, Munas Hakli
- Danusantoso, H, 1999. *Ilmu Penyakit Paru*. Jakarta. Hipokrates
- Depkes, RI, 2005. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta.
- Dever, A, 1989. *The Epidemiologi in Health Services Management*, Anaspen Publication, Rochvilla, Maryland Royal Turnbridge Wells
- Fahrudha, A, 2001. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Pengobatan Tuberkulosis dalam *Tuberkulosis Tinjauan Multidisiplin*. Pusat Studi Tuberkulosis, FK Universitas Lambung Mangkurat/RSUD. B. Pendidikan Ulin Banjarmasin.



ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga
PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
DINAS KESEHATAN

Jl. Dr. Sutomo Nomor 4 Telp. 0355 - 791270

TRENGGALEK (66312)



Trenggalek, 4 Maret 2008

Nomor : 870/1127/1406.054/2008
Sifat : Segera
Lampiran : 1 (satu) lembar
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian.

K e p a d a
Yth. 1. Kepala Puskesmas Karanggen
2. Kepala Puskesmas Pogalan
di

TRENGGALEK

Menindaklanjuti surat dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya tanggal 23 Januari 2008 Nomor : 182/J03.1.18/PG/2008 Perihal seperti pada pokok surat, maka dengan ini kami mohon dapatnya Mahasiswa sebagai berikut :

N a m a : AYUNITA LAISANAH
N I M : 100630238
Judul Penelitian : Perbandingan Faktor Yang Berhubungan Dengan Penemuan Kasus TB Paru BTA Positif.

Untuk melakukan penelitian di Puskesmas Saudara dalam rangka Penyusunan Skripsi dimaksud.

Demikian atas kerja samanya disampaikan terima kasih.

An. KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN TRENGGALEK
Kabupaten Bagian Tata Usaha



TEMBUSAN : Kepada
Yth. Sdr. AYUNITA LAISANAH.



DINAS KESEHATAN KABUPATEN TRENGGALEK

PUSKESMAS KARANGAN

TELEPHON : (0355)792494 KODE POS : 66361

TRENGGALEK



SURAT KETERANGAN

No.aur : 140 / 699 / 106.054.07.01 / 2008

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : Dr. H. M. ROFIQ HINDIONO
NIP : 140 367 635
Pangkat/Gol : Penata / III c
Jabatan : Kepala Puskesmas Karangon

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa .

Nama : AYUNITA LAISANAH
NIM : 100630238
Pendidikan : Mahasiswi fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga Surabaya.
Judul Penelitian : Perbandingan Faktor Yang Berhubungan Dengan
Penemuan Easus TB Paru BTA Positif

Benar-benar telah melaksanakan penelitian divilayah kerja Puskesmas Karangon
Kecamatan Karangon Kabupaten Trenggalek pada Bulan Mei 2008.

Demikian Surat Keterangan ini di buat untuk digunakan seperlunya.

Karangon, 3 Juli 2008

KEPALA PUSKESMAS KARANGAN

Dr. H. M. ROFIQ HINDIONO

NIP. 140 367 635



PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS POGALAN
Tel. (0355) 792562 Kode Pos (66371)



Pogalan, 5 Juli 2008

KEPADA

Nomor : 440 / SK / 406.054.10.01/2008

Yth. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat

Sifat : Penting

Universitan Erlangga

Lampiran :

di

Perihal : Ijin Melaksanakan Penelitian

SURABAYA

Berdasarkan Surat dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Erlangga tanggal 23 Januari 2008 Nomor, 182 / 703.1.18 / PG / 2008 perihal tersebut di atas .
Nama Mahasiswa Ayunita Laisanah NIM : 100630238 telah melaksanakan penelitian perbandingan Faktor yang berhubungan dengan penemuan kasus TB Paru BTA (+) pada bulan Mei 2008 di Wilayah Puskesmas Pogalan.

Demikian untuk menjadikan periksa dan terima kasih

Kepala Puskesmas Pogalan

Dr. WIJI KUSBIYAH

NIP : 140 367 636

- Murti, B, 1997. *Prinsip Dan Metode Riset Epidemiologi*. Yogyakarta. Gadjah Mada University Press.
- Notoatmodjo, S, 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu perilaku*. Jakarta. Rineka Cipta.
- Rudiansyah, M, 2001. *Tuberkulosis Tinjauan Kesehatan Masyarakat dalam Tuberkulosis Tinjauan Multidisiplin*. Pusat Studi Tuberkulosis, FK universitas Lambung mangkurat/RSUD. B. Pendidikan Ulin Banjarmasin.
- Slamet, J, 1996. *Kesehatan Lingkungan*. Yogyakarta. Gadjah Mada University Press.
- Sudarti, 1986. *Pengantar Antropologi Medis* , Jakarta.
- Trihono, 2005. *Arrimes Manajemen Puskesmas Berbasis Paradigma Sehat*. CV Sagung Seto. Jakarta.



lampiran 2

KUISIONER
PERBANDINGAN FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
PENEMUAN KASUS TB BTA POSITIF
di Puskesmas Karang dan Puskesmas Pogalan,
Kabupaten Trenggalek, Jawa Timur

Identitas Reponden

No kuisisioner :
Nama :
Alamat :
Umur : tahun
Jenis kelamin :
Pendidikan terakhir :
Pekerjaan :
Berobat di puskesmas : (Karangan/Pogalan)

Pilihlah Jawaban Sesuai dengan Pengetahuan Anda !

Kontak

1. Apakah ada saudara/tetangga anda yang sakit TB (berobat selama 6 bulan)?
 - a. Ada
 - b. Tidak ada.
2. Jika ada, apakah sudah mendapatkan pengobatan?
 - a. Sudah
 - b. Belum

Pengetahuan

1. Apakah yang anda ketahui tentang TB (Tuberkulosis)?
 - a. Penyakit menular (Skor 3)
 - b. Penyakit tidak menular (Skor 0)
 - c. Penyakit turunan (Skor 0)
2. Bagaimanakah tanda penyakit TB (Tuberkulosis) itu?
 - a. Batuk terus menerus selama >3minggu, dahak bercampur darah, sesak nafas, badan lemah, nafsu makan turun, berat badan turun, berkeringat malam (Skor 3)
 - b. Muntah dan diare (Skor 0)
 - c. Demam tinggi dan bintik -bintik merah dikulit (Skor 0)

3. Penyakit TB (Tuberkulosis) disebabkan oleh apa?
 - a. Mycobacterium (Skor 3)
 - b. Virus (Skor 0)
 - c. Jamur (Skor 0)
 - d. Tidak tahu (Skor 0)
4. Tindakan yang bagaimana yang dapat menularkan penyakit TB (Tuberkulosis) itu?
 - a. Percikan ludah penderita TB saat batuk/ bersin (Skor 3)
 - b. Jika bersentuhan kulit dengan penderita TB (Skor 0)
 - c. Berjabat tangan dengan penderita TB (Skor 0)
5. Penyakit TB (Tuberkulosis) merupakan penyakit yang dapat menular secara?
 - a. Langsung dari penderita (Skor 3)
 - b. Tidak langsung dari penderita, dengan perantara nyamuk untuk menularkan (Skor 0)
 - c. Perlu perantara air untuk menularkannya (Skor 0)
 - d. Tidak tahu (Skor 0)
6. Kebanyakan penularan penyakit TB (Tuberkulosis) melalui media apa?
 - a. Udara (Skor 3)
 - b. Air (Skor 0)
 - c. Sentuhan kulit (Skor 0)
 - d. Suntikan (Skor 0)
 - e. Tidak tahu (Skor 0)
7. Apakah penyakit TB (Tuberkulosis) itu dapat dicegah?
 - a. Bisa (Skor 3)
 - b. Tidak bisa (Skor 0)
 - c. Tidak tahu (Skor 0)
8. Apakah penyakit TB (Tuberkulosis) dapat disembuhkan?
 - a. Bisa (Skor 3)
 - b. Tidak bisa (Skor 0)
 - c. Tidak tahu (Skor 0)

9. Apakah pencahayaan matahari (adanya genting kaca) dirumah dan ventilasi yang banyak bisa mengurangi penularan penyakit TB (Tuberkulosis)?
 - a. Bisa (Skor 3)
 - b. Tidak bisa (Skor 0)
 - c. Tidak tahu (Skor 0)
10. Apakah udara didalam rumah yang lembab bisa meningkatkan penularan penyakit TB (Tuberkulosis)?
 - a. Bisa (Skor 3)
 - b. Tidak bisa (Skor 0)
 - c. Tidak tahu (Skor 0)
11. Apakah kepadatan orang dalam rumah (banyaknya penghuni rumah) berpengaruh terhadap penularan penyakit TB (Tuberkulosis)?
 - a. Ya (Skor 3)
 - b. Tidak (Skor 0)
 - c. Tidak tahu (Skor 0)
12. Apakah lantai tanah dapat meningkatkan resiko penularan penyakit TB (Tuberkulosis)?
 - a. Ya (Skor 3)
 - b. Tidak (Skor 0)
 - c. Tidak tahu (Skor 0)
13. Apakah makan makanan yang bergizi dan tidak merokok bisa membantu mempercepat kesembuhan penyakit TB(Tuberkulosis)?
 - a. Bisa (Skor 3)
 - b. Tidak bisa (Skor 0)
 - c. Tidak tahu (Skor 0)
14. Apa akibatnya jika sakit batuk(TB) dan anda tidak segera mengobatinya?
 - a. Menular ke orang lain dan menyebabkan anggota badan yang lain sakit (Skor 3)
 - b. Tidak menimbulkan masalah (Skor 0)
 - c. Tidak tahu (Skor 0)

15. Jika ada balita dirumah anda, sedangkan anda sedang sedang sakit TB(Tuberkulosis), apa yang anda lakukan ?
- Kontak seperti biasa saja karena TB tidak menular (Skor 0)
 - Mengurangi kontak yang erat (Skor 3)
 - Kontak seperti biasa karena tidak tahu akibatnya (Skor 0)

Sikap/ Pendapat Mengenai Petugas Kesehatan

- Apakah anda setuju, jika waktu pelayanan oleh petugas saat anda berobat di puskesmas sudah cepat?
 - Sangat setuju (Skor 3)
 - Setuju (Skor 2)
 - Kurang setuju (Skor 1)
 - Tidak setuju (Skor 0)
- Apakah anda setuju, jika sikap petugas puskesmas sudah melayani anda dengan ramah?
 - Sangat setuju (Skor 3)
 - Setuju (Skor 2)
 - Kurang Setuju (Skor 1)
 - Tidak setuju (Skor 0)
- Apakah anda setuju jika sikap petugas mempengaruhi tempat pilihan anda untuk berobat?
 - Sangat setuju (Skor 3)
 - Setuju (Skor 2)
 - Kurang setuju (Skor 1)
 - Tidak setuju (Skor 0)
- Apakah anda setuju jika petugas sudah memberi penjelasan yang baik tentang penyakit anda ketika anda bertanya?
 - Sangat setuju (Skor 3)
 - Setuju (Skor 2)
 - Kurang setuju (Skor 1)
 - Tidak setuju (Skor 0)

5. Apakah anda setuju jika pelayanan yang diberikan oleh petugas sudah sesuai dengan harapan anda?
- Sangat setuju (Skor 3)
 - Setuju (Skor 2)
 - kurang setuju (Skor 1)
 - Tidak setuju (Skor 0)

Tindakan Pencarian Pengobatan

- Tindakan/upaya apa yang pertama kali anda lakukan untuk menanggulangi penyakit anda?
 - Kerumah sakit (Skor 3)
 - Ke Puskesmas (Skor 3)
 - Ke dokter praktek (Skor 3)
 - Diobati sendiri (Skor 0)
 - Ke dukun (Skor 0)
- Kapan anda akan memeriksa diri ke puskesmas/kedokter /RS?
 - Jika mulai merasa sakit (Skor 3)
 - Jika sudah tidak kuat bekerja dan bangun dari tempat tidur (Skor 0)
 - Tidak pasti (Skor 0)
- Apakah alasan anda dalam memilih berobat? (Jawaban boleh lebih dari 1)
 - Cepat sembuh (Skor 1)
 - Biaya murah (Skor 1)
 - Pelayanan cepat (Skor 1)
 - Dekat dengan rumah (Skor 1)
- Tindakan apa yang anda lakukan jika anda sebenarnya sakit tetapi masih kuat bekerja?
 - Tidak bertindak apa-apa (Skor 0)
 - Menunda berobat (Skor 0)
 - Diobati sendiri (Skor 0)
 - Tetap pergi ke puskesmas/ dokter (Skor 3)

Jangkauan pelayanan kesehatan

1. Menurut anda, jarak rumah anda dengan puskesmas bagaimana?
 - a. Jauh
 - b. dekat
2. Berapakah jarak rumah anda ke puskesmas?km
3. Apakah anda merasa kesulitan transportasi ketika pergi ke puskesmas?
 - a. Ya
 - b. Tidak



Lampiran 3

KUISIONER UNTUK PETUGAS

Karakteristik petugas kesehatan

1. Nama :

2. Tempat bekerja :

3. Jabatan :

4. Pendidikan formal terakhir petugas :

a. SMA/SPK/SMA kesehatan

b. D1 kesehatan

c. D3 kesehatan

d. S1 kesehatan

Penilaian : jawab a: nilai 1, jawab b: nilai 2, jawab c: nilai 3, jawab d: nilai 4

5. Masa kerja petugas :

a. >5 tahun

b. 2-5 tahun

c. \leq 2 tahun

Penilaian : jawab a: nilai 3, jawab b: nilai 2, jawab c: nilai 1

6. Pelatihan yang berkaitan dengan program TB:

a. > 3x

b. 2-3x

c. $<$ 2x

Penilaian : jawab a : nilai 3, jawab b: nilai 2, jawab c: nilai 1

Nilai total pertanyaan 4, 5, 6 adalah :

Jika : Nilai total $<$ 5,3: maka kurang baik

Nilai total 5,3-7,6 : maka cukup baik

Nilai total $>$ 7,6 : maka baik.

Lampiran 4

No	Kasus TB	Umur	Sex	Pen didikan	Pekerja an	Kon tak	Pengeta huan	Si kap	Tinda kan	Jang kauan
1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2
2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1
3	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2
4	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2
5	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2
6	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2
7	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1
8	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2
9	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2
10	1	1	2	2	3	1	1	2	1	2
11	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2
12	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2
13	1	1	1	1	4	2	1	2	1	1
14	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2
15	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2
16	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2
17	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2
18	1	1	1	1	3	2	1	2	1	1
19	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2
20	1	1	2	1	4	2	1	1	1	2
21	1	1	2	1	4	2	1	1	1	2
22	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2
23	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2
24	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1
25	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2
26	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1
27	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2
28	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2
29	2	1	1	1	2	1	1	2	1	2
30	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2
31	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1
32	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2
33	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2
34	2	1	2	1	2	2	1	1	1	2
35	2	1	2	1	4	1	1	2	2	2
36	2	1	2	1	2	2	1	1	1	2
37	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1
38	2	1	2	1	4	2	1	2	1	1
39	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1
40	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2
41	2	1	2	1	4	1	1	1	1	2
42	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2

Keterangan

Kasus TB

1. **Meningkat (Puskesmas Karang)**
2. **Menurun (Puskesmas Pogalan)**

Umur

1. **15-50 tahun**
2. **>50 tahun**

Jenis Kelamin

1. **Laki-laki**
2. **Perempuan**

Pendidikan

1. **Rendah (tamat SD/SMP)**
2. **Tinggi(tamat SMA/PT)**

Pekerjaan

1. **Petani**
2. **Wiraswasta/pedagang**
3. **Swasta**
4. **lain-lain**

Kontak

1. **Ada**
2. **Tidak ada**

Pengetahuan

1. **Baik**
2. **Jelek**

Sikap

1. **Baik**
2. **Jelek**

Tindakan

1. **Baik**
2. **Jelek**

Jangkauan

1. **Sulit**
2. **Mudah**

Lampiran 5

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
umur penderita TB BTA positif * penemuan kasus TB di puskesmas	42	100,0%	0	,0%	42	100,0%

umur penderita TB BTA positif * penemuan kasus TB di puskesmas Crosstabulation

		Count	penemuan kasus TB di puskesmas		Total
			meningkat (Karangan)	menurun (Pogalan)	
umur penderita TB BTA positif	15-50 tahun	12	16	28	
		57,1%	76,2%	66,7%	
	>50 tahun	9	5	14	
		42,9%	23,8%	33,3%	
Total		21	21	42	
		100,0%	100,0%	100,0%	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
jenis kelamin penderita TB BTA positif * penemuan kasus TB di puskesmas	42	100,0%	0	,0%	42	100,0%

jenis kelamin penderita TB BTA positif * penemuan kasus TB di puskesmas Crosstabulation

		Count	penemuan kasus TB di puskesmas		Total
			meningkat (Karangan)	menurun (Pogalan)	
jenis kelamin penderita TB BTA positif	laki-laki	12	8	20	
		57,1%	38,1%	47,6%	
	Perempuan	9	13	22	
		42,9%	61,9%	52,4%	
Total		21	21	42	
		100,0%	100,0%	100,0%	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
status pendidikan penderita TB BTA positif * penemuan kasus TB di puskesmas	42	100,0%	0	,0%	42	100,0%

status pendidikan penderita TB BTA positif * penemuan kasus TB di puskesmas Crosstabulation

			penemuan kasus TB di puskesmas		Total
			meningkat (Karangan)	menurun (Pogalan)	
status pendidikan penderita TB BTA positif	rendah=tamat SD/SMP	Count	20	18	38
		% within penemuan kasus TB di puskesmas	95,2%	85,7%	90,5%
Total	tinggi=tamat SMA/PT	Count	1	3	4
		% within penemuan kasus TB di puskesmas	4,8%	14,3%	9,5%
		Count	21	21	42
		% within penemuan kasus TB di puskesmas	100,0%	100,0%	100,0%

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pekerjaan penderita TB BTA positif * penemuan kasus TB di puskesmas	42	100,0%	0	,0%	42	100,0%

pekerjaan penderita TB BTA positif * penemuan kasus TB di puskesmas Crosstabulation

			penemuan kasus TB di puskesmas		Total
			meningkat (Karangan)	menurun (Pogalan)	
pekerjaan penderita TB BTA positif	petani	Count	11	11	22
		% within penemuan kasus TB di puskesmas	52,4%	52,4%	52,4%
	wiraswasta/pedagang	Count	5	7	12
		% within penemuan kasus TB di puskesmas	23,8%	33,3%	28,6%
	swasta	Count	2	0	2
		% within penemuan kasus TB di puskesmas	9,5%	,0%	4,8%
	lain-lain	Count	3	3	6
		% within penemuan kasus TB di puskesmas	14,3%	14,3%	14,3%
Total		Count	21	21	42
		% within penemuan kasus TB di puskesmas	100,0%	100,0%	100,0%

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kontak penderita TB BTA positif dengan penderita TB sebelumnya * penemuan kasus TB di puskesmas	42	100,0%	0	,0%	42	100,0%

kontak penderita TB BTA positif dengan penderita TB sebelumnya * penemuan kasus TB di puskesmas Crosstabulation

			penemuan kasus TB di puskesmas		Total
			meningkat (Karangan)	menurun (Pogalan)	
kontak penderita TB BTA positif dengan penderita TB sebelumnya	ada kontak	Count	3	8	11
		% within penemuan kasus TB di puskesmas	14,3%	38,1%	26,2%
	tidak ada kontak	Count	18	13	31
		% within penemuan kasus TB di puskesmas	85,7%	61,9%	73,8%
Total		Count	21	21	42
		% within penemuan kasus TB di puskesmas	100,0%	100,0%	100,0%

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengetahuan penderita TB BTA positif tentang penyakit TB * penemuan kasus TB di puskesmas	42	100,0%	0	,0%	42	100,0%

pengetahuan penderita TB BTA positif tentang penyakit TB * penemuan kasus TB di puskesmas Crosstabulation

		penemuan kasus TB di puskesmas		Total
		meningkat (Karangan)	menurun (Pogalan)	
pengetahuan penderita TB BTA positif tentang penyakit TB	baik	Count 10	17	27
		Expected Count 13,5	13,5	27,0
		% within penemuan kasus TB di puskesmas 47,6%	81,0%	64,3%
	jelek	Count 11	4	15
		Expected Count 7,5	7,5	15,0
		% within penemuan kasus TB di puskesmas 52,4%	19,0%	35,7%
Total		Count 21	21	42
		Expected Count 21,0	21,0	42,0
		% within penemuan kasus TB di puskesmas 100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,081(b)	1	,024		
Continuity Correction(a)	3,733	1	,053		
Likelihood Ratio	5,233	1	,022		
Fisher's Exact Test				,052	,026
Linear-by-Linear Association	4,960	1	,026		
N of Valid Cases	42				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,50.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
sikap/pendapat penderita TB BTA positif tentang petugas kesehatan * penemuan kasus TB di puskesmas	42	100,0%	0	,0%	42	100,0%

sikap/pendapat penderita TB BTA positif tentang petugas kesehatan * penemuan kasus TB di puskesmas Crosstabulation

			penemuan kasus TB di puskesmas		Total
			meningkat (Karangan)	menurun (Pogalan)	
sikap/pendapat penderita TB BTA positif tentang petugas kesehatan	baik	Count	16	15	31
		Expected Count	15,5	15,5	31,0
		% within penemuan kasus TB di puskesmas	76,2%	71,4%	73,8%
	jelek	Count	5	6	11
		Expected Count	5,5	5,5	11,0
		% within penemuan kasus TB di puskesmas	23,8%	28,6%	26,2%
	Total	Count	21	21	42
		Expected Count	21,0	21,0	42,0
		% within penemuan kasus TB di puskesmas	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,123(b)	1	,726		
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,123	1	,725		
Fisher's Exact Test				1,000	,500
Linear-by-Linear Association	,120	1	,729		
N of Valid Cases	42				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,50.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
tindakan pencarian pengobatan penderita TB BTA positif * penemuan kasus TB di puskesmas	42	100,0%	0	,0%	42	100,0%

**tindakan pencarian pengobatan penderita TB BTA positif * penemuan kasus TB di puskesmas
Crosstabulation**

		penemuan kasus TB di puskesmas		Total
		meningkat (Karangan)	menurun (Pogalan)	
tindakan pencarian pengobatan penderita TB BTA positif	baik	Count 14	16	30
		Expected Count 15,0	15,0	30,0
		% within penemuan kasus TB di puskesmas 66,7%	76,2%	71,4%
jelek		Count 7	5	12
		Expected Count 6,0	6,0	12,0
		% within penemuan kasus TB di puskesmas 33,3%	23,8%	28,6%
Total		Count 21	21	42
		Expected Count 21,0	21,0	42,0
		% within penemuan kasus TB di puskesmas 100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,467(b)	1	,495		
Continuity Correction(a)	,117	1	,733		
Likelihood Ratio	,468	1	,494		
Fisher's Exact Test				,734	,367
Linear-by-Linear Association	,456	1	,500		
N of Valid Cases	42				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,00.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pendapat penderita TB BTA positif ttg jangkauan ke puskesmas * penemuan kasus TB di puskesmas	42	100,0%	0	,0%	42	100,0%

pendapat penderita TB BTA positif ttg jangkauan ke puskesmas * penemuan kasus TB di puskesmas Crosstabulation

		penemuan kasus TB di puskesmas		Total
		meningkat (Karangan)	menurun (Pogalan)	
pendapat penderita TB BTA positif ttg jangkauan ke puskesmas	sulit	Count 4	6	10
		Expected Count 5,0	5,0	10,0
		% within penemuan kasus TB di puskesmas 19,0%	28,6%	23,8%
	mudah	Count 17	15	32
		Expected Count 16,0	16,0	32,0
		% within penemuan kasus TB di puskesmas 81,0%	71,4%	76,2%
Total		Count 21	21	42
		Expected Count 21,0	21,0	42,0
		% within penemuan kasus TB di puskesmas 100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,525(b)	1	,469		
Continuity Correction(a)	,131	1	,717		
Likelihood Ratio	,528	1	,468		
Fisher's Exact Test				,719	,359
Linear-by-Linear Association	,513	1	,474		
N of Valid Cases	42				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,00.