

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP, MOTIVASI, JUMLAH
PRAKTISI SWASTA, PENGETAHUAN PMO, FREKUENSI
KUNJUNGAN PMO DENGAN ANGKA
PENEMUAN KASUS TBC PARU**

(Study di Kabupaten Karangasem Propinsi Bali tahun 2006)



**OLEH
I WAYAN PUTU MAHENDRA
NIM : 100431361**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2006**

PENGESAHAN

Dipertahankan di depan Tim Penguji Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dan
diterima untuk menjadi salah satu syarat guna memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM)
pada tanggal : 18 Juli 2006

Mengesahkan
Universitas Airlangga
Fakultas Kesehatan Masyarakat

Dekan,

Prof. Dr. H. Tjipto Suwandi, dr., M.OH, SpOk
NIP : 130517177

Tim Penguji :

- 1 Dr. Ririh Yudhastuti, drh., M.Sc
- 2 Lucia Yovita Hendrati, SKM., M.Kes
- 3 Sri Kushandojo, SKM

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM)
Bagian Epidemiologi
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga

Oleh :

I WAYAN PUTU MAHENDRA
NIM : 100431361

Surabaya, Juli 2006

Mengetahui,
Ketua Bagian

Menyetujui,
Pembimbing

Dr. Chatarina U.W., dr., M.S., M.PH
NIP. 131290054

Lucia Yovita Hendrati, S.KM, M.Kes
NIP. 132129144

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadapan Tuhan Yang Maha Esa/ Ida Sang Hyang Widhi Wasa atas segala rahmat dan karunian-Nya, sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul “ HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP, MOTIVASI, JUMLAH PRAKTISI SWASTA, PENGETAHUAN PMO, FREKUENSI KUNJUNGAN PMO DENGAN ANGKA PENEMUAN KASUS TBC PARU ”. (Studi di Kabupaten Karangasem Propinsi Bali Tahun 2006), sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Dalam skripsi ini dijabarkan bagaimana hubungan pengetahuan, sikap, motivasi, jumlah praktisi swasta, pengetahuan PMO dan frekuensi kunjungan PMO ke praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TB Paru BTA Positif, sehingga nantinya dapat menjadi bahan pertimbangan dalam meningkatkan pencapaian Program Penanggulangan Penyakit TBC di Kabupaten Karangasem.

Pada kesempatan ini kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada ibu Lucia Yovita Hendrati, S.KM, M.Kes, selaku dosen pembimbing yang telah memberikan petunjuk, koreksi serta saran hingga terwujudnya skripsi ini.

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat :

1. Bapak Prof. Dr. H. Tjipto Suwandi, dr., M.OH, SpOk, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya.
2. Ibu Dr. Chatarina U.W., dr., M.S., M.PH, selaku Ketua Bagian Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya.

3. Ida Ayu Suci Astiti, dr., M. Kes, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Karangasem.
4. Kepala Puskesmas se Kabupaten Karangasem.
5. Ayah dan Ibunda, istri dan anakku, saudaraku yang telah memberikan dukungan moril dan kesempatan yang luas untuk menyelesaikan pendidikan.
6. Penyanggah dana dalam hal ini Pimpro. dan staf DHS Propinsi Bali.
7. Teman teman akrabku dikala suka dan duka , di kelas, ditempat kost dan di kantor.
8. Semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa/Ida Sanghyang Widhi Wasa memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga skripsi ini berguna baik bagi diri kami sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkan.

Surabaya, Juli 2006

ABSTRACT

The result of Lung Tuberculosis (TBC Paru) program in Karangasem District indicates that in 2003, Case Detection Rate (CDR) reached 20% of the targeted 60%. In 2004, the rate increased to 28%, but still under the targeted 65%.

The research is conducted to analyze the correlation between knowledge, attitude, motivation, number of private practitioners, visitation frequency of Overseer for Intake of Medication (PMO) to private practitioners and case detection rate of Lung TBC.

The research employed correlation study model. Interviews were performed on 72 private practitioners (doctors, midwives, and nurses) at 12 local government clinics in Karangasem District. Independent variables are knowledge, attitude, motivation, number of case detection rate of private practitioners, and visitation frequency of Overseer for Intake of Medication to private practitioners.

Research results show strong correlation between good knowledge and case detection rate of Lung TBC. Medium correlation is found between private practitioners' high motivation and case detection rate of Lung TBC. Very low correlation is found between number of private practitioners and case detection of Lung TBC. There is also strong correlation between Overseer for Intake of Medication and case detection rate of Lung TBC. A low correlation is discovered in visitation frequency of Overseer for Intake of Medication to private practitioners and case detection rate of Lung TBC. Medium correlation is found between case detection rate of private practitioners and case detection rate of Lung TBC at Public Health Centre.

In conclusion, more private practitioners with good knowledge, attitude, high motivation, higher number of private practitioners, Overseer for Intake of Medication with good knowledge, intense visitation frequency of Overseer for Intake of Medication encourage the increase of case detection rate of Lung TBC. As suggestions, private practitioners meeting with Public Health Centre should be held regularly, intensive training for private practitioner, motivate private practitioners, socialization for private practitioner who have not involved in the program, and training for Overseer for Intake of Medication.

Keyword : Private practitioners, Overseer for Intake of Medication (PMO), Case Detection Rate of Lung TBC.

ABSTRAK

Hasil kegiatan Program TBC Paru di Kabupaten Karangasem untuk Angka Penemuan Kasus pada tahun 2003 baru mencapai 20% dari target 60%, meningkat pada tahun 2004 menjadi 28% namun masih di bawah target yaitu 65%.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan pengetahuan, sikap, motivasi, jumlah praktisi swasta, pengetahuan PMO, frekuensi kunjungan PMO ke praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru.

Penelitian dilaksanakan dengan rancangan studi korelasi. Wawancara dilakukan pada 72 praktisi swasta (dokter, bidan dan perawat), tersebar di 12 Puskesmas se- Kabupaten Karangasem. Variabel bebas penelitian adalah Pengetahuan, sikap, motivasi, jumlah, penemuan kasus praktisi swasta, pengetahuan, dan frekuensi kunjungan PMO ke praktisi swasta.

Hasil penelitian ini didapatkan ada korelasi yang kuat antara proporsi pengetahuan praktisi swasta yang baik, proporsi sikap praktisi swasta yang baik dengan angka penemuan kasus TBC Paru. Korelasi yang sedang antara proporsi motivasi praktisi swasta yang tinggi dengan angka penemuan kasus TBC Paru. Korelasi yang sangat rendah antara jumlah praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru. Korelasi yang kuat antara pengetahuan PMO dengan angka penemuan kasus TBC Paru. Korelasi yang rendah antara frekuensi kunjungan PMO ke praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru. Korelasi yang sedang antara penemuan kasus praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru Puskesmas.

Kesimpulan yang diperoleh adalah semakin banyak praktisi swasta yang mempunyai pengetahuan yang baik, sikap yang baik, motivasi yang tinggi, jumlah praktisi swasta, pengetahuan PMO yang baik, frekuensi kunjungan PMO yang tinggi, maka angka penemuan kasus TBC Paru akan semakin meningkat. Perlu, adanya pertemuan praktisi swasta dengan Puskesmas secara berkala, pembinaan ke praktisi swasta agar diintensifkan, memberikan perangsang kepada praktisi swasta, sosialisasi kepada praktisi swasta yang belum terlibat, pelatihan atau penyegaran PMO.

Kata kunci : praktisi swasta, Pengawas Menelan Obat, Angka Penemuan Kasus TBC Paru.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRACT	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
I.1. Latar Belakang Masalah	1
I.2. Identifikasi Masalah	4
I.3. Pembatasan Masalah dan Rumusan Masalah	5
BAB II TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN	6
II.1. Tujuan Umum	6
II.2. Tujuan Khusus	6
II.3. Manfaat Penelitian	7
BAB III TINJAUAN PUSTAKA	8
III.1. Tuberkulosis	8
III.2. Kemitraan	14
III.3. Praktisi Swasta	16
III.4. Pengawas Menelan Obat	17
III.5. Pengetahuan	20
III.6. Sikap	22
III.7. Motivasi	23
BAB IV KERANGKA KONSEPTUAL	26
IV.1. Kerangka Konseptual	26
BAB V METODE PENELITIAN	28
V.1. Jenis dan Rancang Bangun Penelitian	28
V.2. Unit Analisis	28
V.3. Lokasi dan Waktu Pengambilan Data	28
V.4. Variabel, Definisi Operasional dan Cara Pengukuran	29
V.5. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	31
V.6. Teknik Analisis Data	32
BAB VI HASIL PENELITIAN	33
VI.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	33

VI.2. Sosialisasi Kemitraan Pemerintah dengan Praktis Swasta	38
VI.3. Karakteristik Responden	40
VI.4. Pengetahuan Praktisi Swasta	41
VI.5. Sikap Praktisi Swasta	45
VI.6. Motivasi Praktisi Swasta	50
VI.7. Jumlah Praktisi Swasta di Puskesmas	54
VI.8. Pengetahuan Pengawas Menelan Obat	54
VI.9. Frekuensi Kunjungan Pengawas Menelan Obat Ke Praktisi Swasta	56
VI.10. Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif	57
VI.11. Korelasi Antara Variabel Penelitian dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif	58
BAB VII PEMBAHASAN	71
BAB VIII KESIMPULAN DAN SARAN	82
DAFTAR PUSTAKA	85
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
VI.1.	Jadwal Kegiatan Penelitian	29
VI.2.	Jumlah Desa, Luas Daerah dan Persentase dari Luas Kabupaten menurut Kecamatan Kabupaten Karangasem Tahun 2005.	34
VI.3.	Jumlah Penduduk menurut Jenis Kelamin, Kepadatan penduduk dan Rasio Jenis Kelamin per Kecamatan di Kabupaten Karangasem Tahun 2005.	35
VI.4	Penduduk Berumur 10 Tahun ke atas menurut Jenis Kelamin dan Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan Tahun 2005.	36
VI.5	Jenis dan Jumlah Sarana Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Karangasem Tahun 2005.	37
VI.6	Persebaran Tenaga Kesehatan menurut Unit Kerja Kabupaten Karangasem Tahun 2005.	38
VI.7.	Distribusi Frekuensi Praktisi Swasta Berdasarkan Jenis Kelamin di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.	40
VI.8	Distribusi Frekuensi Praktisi Swasta Berdasarkan Pendidikan Keprofesian di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.	40
VI.9	Distribusi Frekuensi Pengawas Menelan Obat Berdasarkan Jenis Kelamin di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.	41
VI.10	Distribusi Frekuensi Jawaban masing-masing pertanyaan mengenai Pengetahuan praktisi swasta di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.	42
VI.11.	Distribusi Frekuensi Praktisi Swasta Berdasarkan Katagori pengetahuan Praktisi Swasta di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.	44
VI.12	Distribusi Frekuensi Praktisi Swasta Berdasarkan Proporsi pengetahuan Praktisi Swasta yang Baik menurut Puskesmas di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.	45
VI.13	Distribusi Frekuensi Jawaban masing-masing Pertanyaan mengenai Sikap Praktisi Swasta di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.	46
VI.14	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Katagori Sikap Praktisi Swasta di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.	47
VI.15	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Proporsi Sikap Praktisi Swasta yang Baik menurut Puskesmas di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.	49

VI.16	Distribusi Frekuensi Jawaban masing-masing Pertanyaan mengenai Motivasi Praktisi Swasta di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.	50
VI.17	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Katagori Motivasi Praktisi Swasta di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.	53
VI.18	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Proporsi Motivasi Praktisi Swasta yang Tinggi menurut Puskesmas di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.	53
VI.19	Distribusi Frekuensi Praktisi Swasta menurut Puskesmas di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.	54
VI.20	Distribusi Frekuensi Jawaban masing-masing Pertanyaan mengenai Pengetahuan Pengawas Menelan Obat (PMO) di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.	55
VI.21	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Katagori Pengetahuan Pengawas Menelan Obat di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.	56
VI.22	Distribusi Frekuensi PMO Berdasarkan Katagori Frekuensi Kunjungan Pengawas Menelan Obat ke Praktisi Swasta di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.	56

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
VI.1.	Grafik Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif Kabupaten Karangasem Tahun 2005.	57
VI.2.	Pola Hubungan Antara Pengetahuan Praktisi Swasta dengan Proporsi Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif Praktisi Swasta di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.	58
VI.3.	Pola Hubungan Antara Proporsi Pengetahuan Praktisi Swasta yang Baik dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.	59
VI.4.	Pola Hubungan antara Sikap Praktisi Swasta dengan Proporsi Penemuan kasus TBC Paru BTA positif Praktisi Swasta di Kabupaten Karangasem Tahun 2006	61
VI.5.	Pola Hubungan antara Proporsi Sikap Praktisi Swasta yang baik dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas di Kabupaten Karangasem Tahun 2006	62
VI.6.	Pola Hubungan antara Motivasi Praktisi Swasta dengan Proporsi Penemuan Kasus TBC Paru BTA positif Praktisi Swasta di Kabupaten Karangasem Tahun 2006	63
VI.7.	Pola Hubungan antara Proporsi Motivasi Praktisi Swasta yang Tinggi dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas di Kabupaten Karangasem Tahun 2006	64
VI.8.	Pola Hubungan antara Jumlah Praktisi Swasta dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas di Kabupaten Karangasem Tahun 2006	65
VI.9	Pola Hubungan antara Pengetahuan Pengawas Menelan Obat (PMO) dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif Puskesmas di Kabupaten Karangasem Tahun 2006	67
VI.10	Pola Hubungan antara Frekuensi Kunjungan PMO ke Praktisi Swasta dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas di Kabupaten Karangasem Tahun 2006	68
VI.11	Pola Hubungan antara Proporsi Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif Praktisi Swasta dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas di Kabupaten Karangasem Tahun 2006	69

DAFTAR LAMPIRAN

<u>Nomor</u>	<u>Judul Lampiran</u>	<u>Halaman</u>
1.	Peta Kabupaten Karangasem	
2.	Kuesioner Praktisi Swasta	
3.	Kuesioner Pengawas Menelan Obat	
4.	Cara Penilaian	
5.	Hasil Uji Korelasi	
6.	Data Hasil Kuesioner Pengetahuan Praktisi Swasta	
7.	Data Hasil Kuesioner Sikap Praktisi Swasta	
8.	Data Hasil Kuesioner Motivasi Praktisi swasta	
9.	Data Hasil Kuesioner Pengetahuan PMO	
10.	Data Praktisi Swasta dan PMO Puskesmas	
11.	Surat ijin Penelitian	

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

Daftar Arti Lambang

\geq	= lebih besar atau sama dengan
$<$	= lebih kecil dari
%	= persentase
/	= per, atau
f	= frekuensi

Daftar Singkatan

BTA	= Bakteri Tahan Asam
BCG	= <i>Bacillus Calmette et Guerin</i>
BPS	= Badan Pusat Statistik
CDR	= <i>Case Detection Rate</i>
Depkes RI	= Departemen Kesehatan Republik Indonesia
Dinkes	= Dinas Kesehatan
DOTS	= <i>Directly Observed Treatment, Shortcourse chemo therapy</i>
Fidelis	= <i>Fund for Innovative DOTS Expansion throught Local Inniitiatives to Stop TB.</i>
FK	= Fakultas Kedokteran
GERDUNAS	= Gerakan Terpadu Nasional
ISPA	= Infeksi Saluran Pernapasan Akut
IUATLD	= <i>International Union Againt Tuberculosis & Lung Diseases</i>
Jlh	= Jumlah
KPMO	= Koordinator Pengawas Menelan Obat
Mm	= milimeter
MI	= Madrasah Ibtidaiah
MA	= Madrasah Aliyah
MT	= Madrasah Tsanawiah
PMPK	= Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan
PPTI	= Perhimpunan Pemberantasan Tuberculosis Indonesia
PKK	= Peningkatan Kesejahteraan Keluarga
RSUD	= Rumah Sakit Umum Daerah
SKRT	= Survei Kesehatan Rumah Tangga
SD	= Sekolah Dasar
SLTP	= Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
SMU	= Sekolah Menengah Umum
SMK	= Sekolah Menengah Kejuruan
TB/TBC	= Tuberculosis
UPK	= Unit Pelayanan Kesehatan
UGM	= Universitas Gajah Mada
WHO	= <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

I.1. Latar Belakang

Penyakit TB merupakan masalah utama kesehatan masyarakat di Indonesia, dimana akhir-akhir ini angka kematian yang disebabkan TB meningkat. Pada tahun 1980 dan 1986, TB merupakan penyebab kematian keempat, pada tahun 1992 menempati posisi nomor dua, sedangkan pada tahun 1995, menunjukkan bahwa penyakit TBC merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit Kardiovaskuler dan penyakit Saluran Pernafasan pada semua kelompok usia dan nomor satu dari golongan penyakit infeksi. Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001 menunjukkan bahwa TB adalah salah satu dari lima penyebab utama kematian di Indonesia. Sebagian besar pasien TB Paru maupun ekstrapulmonal berasal dari kelompok masyarakat usia produktif dan dari lapisan sosial ekonomi rendah (Depkes RI, 2003). Tahun 1999, WHO memperkirakan setiap tahun terjadi 583.000 kasus baru TBC dengan kematian karena TBC sekitar 140.000. Secara kasar diperkirakan setiap 100.000 penduduk Indonesia terdapat 130 penderita baru TBC Paru BTA Positif (Depkes RI, 2002).

Penyakit Tuberkulosis menjadi penyakit yang mendapat prioritas penanggulangan karena sangat mudah penularannya, prevalensinya yang tinggi di Daerah Asia terutama Cina, India dan Indonesia, angka kematian yang tinggi, menyerang usia produktif, memerlukan waktu yang cukup lama untuk proses penyembuhan penyakit serta efek kerusakan organ yang terserang terutama paru-paru bila terlambat mendapatkan pengobatan.

Tingginya penderita TBC yang diperkirakan ada di Indonesia memerlukan berbagai upaya penanggulangan yang tidak mudah terutama untuk menjangkau penderita TBC menular sebanyak-banyaknya tanpa melupakan penyembuhan penderita sebagai prioritas utama. Penanggulangan TBC dengan manajemen DOTS yang diadopsi dari WHO pada tahun 1995 pada awalnya hanya diterapkan di puskesmas ternyata belum mampu menjangkau penderita TBC, dimana penemuan lewat puskesmas hanya berkisar antara 9-20 % dari semua kasus yang diperkirakan ada (Dinkes. Prop. Bali, 2004).

Setelah dilaksanakan survey tahun 2004 diperoleh gambaran insiden TBC sebesar 64/100.000 penduduk di Bali, maka di Bali diperkirakan terdapat 2.048 penderita BTA positif. Pada tahun 2005, Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA positif /*Case Detection Rate(CDR)* mencapai 61 %. Angka ini masih dibawah target yang diharapkan yaitu sebesar 70 % dari perkiraan kasus yang ada atau sebesar 1.433 orang penderita.(Dinkes. Prop. Bali 2006).

Penyebab masalah rendahnya cakupan penemuan BTA positif adalah :

1. Promosi yang dilakukan secara langsung oleh Puskesmas masih belum optimal disamping karena masyarakat sibuk mencari nafkah, juga teknis promosi kesehatan yang tepat di tingkat bawah ini belum dirasakan tepat.
2. Masih sering ditemukan pasien yang dirujuk rumah sakit dan praktisi swasta menghilang, karena alur rujukan pasien yang belum bagus.
3. Masih ada Kabupaten yang melakukan penjangkauan penderita terlalu ketat.
4. Kualitas sediaan dan pewarnaan belum optimal (Dinkes Prop. Bali,2004).

Hasil kegiatan Program TB Paru di Kabupaten Karangasem untuk CDR pada tahun 2003 baru mencapai 20 % dari target 60 %, meningkat pada tahun 2004 menjadi 28 % namun masih di bawah target yaitu 65 %.(Dikes. Prop Bali, 2004).

Di Indonesia, sebagaimana dikebanyakan negara sedang berkembang lainnya, hampir semua penduduk dewasa sudah pernah mengalami infeksi oleh basil TB pada masa mudanya, maka sebagian besar penyakit TB pada orang dewasa di negara ini ditimbulkan oleh basil *tempo doeloe* yang mengalami reaktivasi.

Perlu diingat pula bahwa sistem pertahanan tubuh terhadap TB didasarkan atas fungsi sistem imunitas seluler. Dengan demikian, yang mutlak perlu untuk mencegah TB pada orang dewasa adalah mempertahankan sistem imunitas seluler dalam keadaan optimal, dengan sedapat-dapatnya menghindari faktor-faktor yang dapat melemahkannya, seperti kortikoterapi dan kurang gizi (Danasantoso, 2000).

Propinsi Bali dengan 3,12 juta penduduk, mobilitas yang tinggi serta sebagai salah satu tujuan wisata di Indonesia, telah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan angka deteksi TB antara lain sejak tahun 2002 telah melibatkan praktek dokter swasta dalam program TB. Komposisi jumlah penderita BTA positif yang ditemukan oleh pukesmas sebesar 63 %, RSUD sebesar 28 % dan Praktek Dokter Swasta sebesar 9 %. Ini menunjukkan adanya potensi praktisi swasta dalam upaya meningkatkan angka deteksi kasus TB. Hal inilah yang mendorong Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan (PMPK) Fakultas Kedokteran UGM dan *Fund for Innovative DOTS*

Expansion Throught Local Initiative to Stop TB (Fidelis) – International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases (IUATLD) sejak Agustus 2003 bekerja sama dengan Dinas Kesehatan Propinsi Bali melaksanakan program perluasan jejaring TB ke praktisi swasta (Dikes. Prop. Bali & PMPK FK UGM – *Fidelis-IUATLD*, 2004).

Program ini di Kabupaten Karangasem baru dilaksanakan tahun 2005 dengan melakukan sosialisasi kepada praktisi swasta seperti Dokter Praktek Swasta, Bidan Praktek Swasta dan Perawat Praktek Swasta. Dengan Sosialisasi ini diharapkan peran Praktisi Swasta meningkat, terutama dalam menjaring penderita tersangka yang dirujuk ke puskesmas.

Bertitik tolak dari bebarapa kenyataan di atas, penelitian ini mencoba menganalisis hubungan antara pengetahuan, sikap, motivasi, jumlah praktisi swasta, pengetahuan PMO dan frekuensi kunjungan PMO ke praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif.

1.2. Identifikasi Masalah

Kabupaten Karangasem terdiri dari delapan kecamatan yang masing-masing terdapat puskesmas dan puskesmas pembantu. Penduduk Kabupaten Karangasem pada tahun 2004 berjumlah 381.332 jiwa, meningkat pada tahun 2005 menjadi 387.576 jiwa, dengan luas wilayah 839,54 km². Kehidupan sehari-hari masyarakat di Karangasem belum mempunyai perhatian yang khusus terhadap lingkungan yang sehat. Hal ini terlihat dari masih adanya lingkungan pemukiman yang tak terpelihara seperti jarak antara rumah yang terlalu rapat, kandang ternak tidak terpisah dengan rumah dan adanya rumah tradisional Bali

yang belum dilengkapi dengan ventilasi yang memadai sehingga sinar matahari tidak dapat masuk ke dalam rumah.

Faktor-faktor yang mempengaruhi angka penemuan kasus (Case Detection Rate/CDR) TB adalah kualitas sarana dan prasarana penunjang diagnostik, penjarangan suspek yang masih longgar, keterlibatan praktisi swasta belum optimal, Kualitas dan kuantitas penyuluhan.

I.3. Pembatasan Masalah dan Rumusan Masalah

I.3.1. Pembatasan Masalah

Mengingat banyaknya faktor-faktor yang mempengaruhi angka penemuan kasus, maka dengan pertimbangan keterbatasan waktu penulis membatasi permasalahan yang akan diteliti yaitu hanya menyangkut pengetahuan, sikap, motivasi, jumlah praktisi swasta, penemuan kasus oleh praktisi swasta, pengetahuan dan frekuensi kunjungan Pengawas Menelan Obat (PMO) ke praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif.

I.3.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan pembatasan masalah tersebut, maka rumusan masalah yang akan diteliti adalah apakah ada hubungan antara pengetahuan, sikap, motivasi, jumlah praktisi swasta, penemuan kasus oleh praktisi swasta, pengetahuan PMO dan frekuensi kunjungan PMO ke praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA Positif di Kabupaten Karangasem Propinsi Bali ?



BAB II

TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

II.1. Tujuan Umum

Menganalisis hubungan pengetahuan, sikap, motivasi, jumlah praktisi swasta, pengetahuan PMO, frekuensi kunjungan PMO ke praktisi swasta dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif di Kabupaten Karangasem Propinsi Bali.

II.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui hasil Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif di Kabupaten Karangasem Propinsi Bali.
2. Menganalisis hubungan antara pengetahuan praktisi swasta dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif di Kabupaten Karangasem Propinsi Bali.
3. Menganalisis hubungan antara sikap praktisi swasta dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif di Kabupaten Karangasem Propinsi Bali.
4. Menganalisis hubungan antara motivasi praktisi swasta dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif di Kabupaten Karangasem Propinsi Bali.
5. Menganalisis hubungan antara jumlah praktisi swasta dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif di Kabupaten Karangasem Propinsi Bali.

6. Menganalisis hubungan antara pengetahuan Pengawas Menelan Obat (PMO) dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif di Kabupaten Karangasem Propinsi Bali.
7. Menganalisis hubungan antara frekuensi kunjungan PMO ke praktisi swasta dengan Angka Penemuan kasus TBC Paru BTA Positif di Kabupaten Karangasem Propinsi Bali.
8. Menganalisis hubungan antara penemuan kasus TBC Paru BTA Positif praktisi swasta dengan Angka Penemuan kasus TBC Paru BTA Positif di Kabupaten Karangasem Propinsi Bali.

II.3. Manfaat Penelitian

1. Bagi Dinas Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam penyusunan program dan tindakan – tindakan yang akan dilakukan untuk meningkatkan hasil kegiatan program TBC.

2. Bagi Masyarakat

Penelitian ini dapat menjadi bahan informasi bagi masyarakat dalam ikut berperan serta menanggulangi masalah TBC.

3. Bagi Penulis

Penelitian ini merupakan kegiatan penerapan ilmu di lapangan sesuai dengan teori yang telah diperoleh dan sebagai pertimbangan bagi yang berkeinginan untuk melakukan penelitian di masa yang akan datang

4. Bagi Praktisi Swasta

Penelitian ini diharapkan dapat lebih meningkatkan peran praktisi swasta dalam menanggulangi masalah TBC.



BAB III

TINJAUAN PUSTAKA

III.1. Tuberkulosis

III.1.1. Pengertian Tuberkulosis

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TBC (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman TBC menyerang paru, tetapi dapat juga menyerang organ tubuh lain.

III.1.2. Kuman Tuberkulosis

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

III.1.3. Cara penularan

Penderita TBC Paru BTA positif pada waktu batuk atau bersin akan menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk *droplet* (percikan dahak). Droplet yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau droplet tersebut terhirup ke dalam saluran pernafasan. Kuman TBC setelah masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernafasan, kuman tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya, melalui sistem peredaran darah, sistem limfe, saluran nafas, atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya.

Daya penularan dari seorang penderita ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, makin menular penderita tersebut. Bila hasil pemeriksaan negatif (tidak terlihat kuman), maka penderita tersebut dianggap tidak menular.

Kemungkinan seseorang terinfeksi TBC ditentukan oleh konsentrasi droplet dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut (Depkes RI, 2002).

III.1.4. Faktor yang mempengaruhi penularan.

Faktor pertama yang dapat mempengaruhi penularan ialah jumlah basil dan virulensinya. Makin banyak basil di dalam dahak seorang penderita makin besarlah bahaya penularannya. Penderita dengan dahak yang sudah positif pada pemeriksaan langsung dengan mikroskop (untuk ini minimal harus ada 100.000 basil dalam 1 ml sputum) akan jauh lebih berbahaya dari mereka yang baru positif pada perbenihan, yang jumlah basilnya di dalam dahak jauh lebih sedikit (minimal 1.000 basil dalam 1 ml sputum).

Faktor kedua adalah cara batuk sangat memegang peranan penting. Kalau batuk ditahan, hanya akan mengeluarkan sedikit basil, apalagi kalau pada saat batuk penderita menutup mulut dengan kertas tissue.

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

Ventilasi yang baik dengan adanya pertukaran udara segar dari luar, akan dapat juga mengurangi bahaya penularan bagi penghuni-penghuni lain

yang serumah. Bahaya penularan terbesar terdapat di perumahan-perumahan yang berpenghuni padat dengan ventilasi yang jelek serta cahaya matahari kurang/tidak dapat masuk (Danusantoso, 2000).

III.1.5. Riwayat terjadinya Tuberkulosis

1. Infeksi Primer

Infeksi primer terjadi saat seseorang terpapar pertama kali dengan kuman TBC. Droplet yang terhirup sangat kecil ukurannya, sehingga dapat melewati sistem pertahanan mukosilier bronkus, dan terus berjalan sehingga sampai di alveolus dan menetap disana. Infeksi dimulai saat kuman TBC berhasil berkembang biak dengan cara pembelahan diri di paru yang mengakibatkan peradangan di dalam paru. Saluran limfe akan membawa kuman TBC ke kelenjar limfe disekitar hilus paru, dan disebut sebagai kompleks primer. Waktu antara terjadinya infeksi sampai pembentukan kompleks primer adalah sekitar 4-6 minggu. Adanya infeksi dapat dibuktikan dengan terjadinya perubahan reaksi tuberkulin dari negatif menjadi positif.

Kelanjutan setelah infeksi primer tergantung dari banyaknya kuman yang masuk dan besarnya respon daya tahan tubuh (*imunitas seluler*). Reaksi daya tahan tubuh tersebut pada umumnya dapat menghentikan perkembangan kuman TBC, tapi ada beberapa kuman akan menetap sebagai kuman persisten atau dormant (tidur). Daya tahan tubuh kadang-kadang tidak mampu menghentikan perkembangan kuman, akibatnya dalam beberapa bulan, yang bersangkutan akan menjadi penderita TBC. Masa inkubasi, yaitu waktu yang diperlukan mulai terinfeksi sampai menjadi sakit, diperkirakan sekitar 6 bulan.

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

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

III.1.6. Penemuan penderita TBC

1. Penemuan penderita TBC pada orang dewasa

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

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

Gejala-gejala TBC adalah :

a. Gejala Utama

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

b. Gejala Tambahan

1) Dahak bercampur darah.

- 2) Batuk darah
- 3) Sesak nafas dan rasa nyeri dada
- 4) Badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan turun, rasa kurang enak badan (malaise), berkeringat malam walaupun tanpa kegiatan, demam meriang lebih dari sebulan.

2. Penemuan penderita TBC pada anak.

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

III.1.7. Diagnosis Tuberkulosis (TBC)

1. Diagnosis TBC pada orang dewasa :

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

2. Diagnosis TBC pada anak

Diagnosis paling tepat adalah dengan ditemukannya kuman TBC dari bahan yang diambil dari penderita, misalnya dahak, bilasan lambung, biopsi dll. Hal ini sulit dan jarang didapat pada anak, sehingga sebagian besar

diagnosis TBC anak didasarkan atas gambaran klinis, gambaran foto rontgen dada dan uji tuberkulin.

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

Gejala umum TBC pada anak :

- a. Berat badan turun selama 3 bulan berturut –turut tanpa sebab yang jelas dan tidak naik dalam 1 bulan meskipun sudah dengan penanganan gizi yang baik.
- b. Nafsu makan tidak ada dengan gagal tumbuh dan berat badan tidak naik dengan adekuat.
- c. Demam lama/berulang tanpa sebab yang jelas (bukan tifus, malaria atau infeksi ISPA), dapat disertai keringat malam.
- d. Pembesaran kelenjar limfe superfisialis yang tidak sakit, biasanya multipel, paling sering di daerah leher, ketiak dan lipatan paha.
- e. Gejala-gejala dari saluran nafas, misalnya batuk lama lebih dari 30 hari, tanda cairan di dada dan nyeri dada.
- f. Gejala-gejala dari saluran cerna, misalnya diare berulang yang tidak sembuh dengan pengobatan diare, benjolan di abdomen dan tanda-tanda cairan dalam abdomen (Depkes RI, 2002).

III.2. Kemitraan

III.2.1 Pengertian kemitraan

Istilah kemitraan masih relatif baru di Indonesia, namun demikian prakteknya di masyarakat sebenarnya sudah terjadi sejak zaman dahulu. Gotong royong sebenarnya merupakan esensi dari kemitraan. Gotong royong sebagai praktek kemitraan individual berkembang menjadi koperasi, koalisi, aliansis, jejaring dan sebagainya. Istilah-istilah ini sebenarnya perwujudan dari kerja sama antar individu atau kelompok yang saling membantu, saling menguntungkan dan bersama-sama untuk meringankan pencapaian suatu tujuan yang telah mereka sepakati bersama.

III.2.2 Prinsip-prinsip kemitraan

Membangun sebuah kemitraan, ada tiga prinsip kunci yang perlu dipahami oleh masing-masing anggota kemitraan :

1. Persamaan

Individu, organisasi, atau institusi yang telah bersedia menjalin kemitraan harus merasa, ” duduk sama rendah dan berdiri sama tinggi “. Kemitraan harus menjunjung asas demokrasi, tidak boleh satu anggota memaksakan kehendak kepada yang lain karena merasa lebih tinggi dan tidak adanya dominasi terhadap orang lain.

2. Keterbukaan

Keterbukaan maksudnya adalah apa yang menjadi kekuatan atau kelebihan dan apa yang menjadi kekurangan atau kelemahan masing-masing anggota harus diketahui oleh anggota yang lain. Saling keterbukaan akan menimbulkan rasa saling melengkapi dan saling membantu diantara anggota.

3. Saling menguntungkan

Menguntungkan di sini bukan selalu diartikan dengan materi atau uang, tetapi lebih kepada non materi. Saling menguntungkan di sini lebih dilihat dari kebersamaan atau sinergis dalam mencapai tujuan bersama.

III.2.3. Model kemitraan

Pengembangan kemitraan di sektor kesehatan dari pengalaman yang ada, secara umum dikelompokkan menjadi dua yaitu :

1. Model 1

Model kemitraan yang paling sederhana adalah dalam bentuk jaring kerja (*Networking*) atau sering disebut *building linkages*. Masing-masing mitra atau institusi telah mempunyai program sendiri mulai dari merencanakannya, melaksanakan, dan mengevaluasinya. Persamaan pelayanan atau sasaran pelayanan atau karakteristik yang lain diantara mereka, maka dibentuklah jaringan kerja. Sifat kemitraan ini sering juga disebut koalisi, misalnya : Koalisi Indonesia Sehat.

2. Model 2

Kemitraan model ini lebih baik dan solid, masing-masing anggota (mitra) mempunyai tanggung jawab yang lebih besar terhadap program atau kegiatan bersama. Visi, misi, dan kegiatan-kegiatan dalam mencapai tujuan kemitraan tersebut harus direncanakan, dilaksanakan, dan dievaluasi bersama, contoh : Gerakan Terpadu Nasional (GERDUNAS) TB Paru (Notoatmodjo, 2003).

III.3. Praktisi Swasta

Pelaksanaan penanggulangan TBC lebih difokuskan pada puskesmas sebagai penanggung jawab wilayah tempat praktisi swasta. Beberapa praktisi swasta yang terlibat dapat dipantau oleh puskesmas lewat Pengawas Menelan Obat (PMO) yang ditunjuk sehingga dapat dengan jelas perannya dalam penanggulangan TBC. Selanjutnya masing-masing puskesmas dipantau oleh Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota lewat Koordinator PMO (KPMO) dengan membuat pencatatan yang baik sehingga dapat dilaporkan hasilnya.

Praktisi swasta yang dilibatkan ditentukan oleh puskesmas berdasarkan potensinya dalam penanggulangan TBC seperti Dokter Praktek Swasta, Bidan Praktek swasta dan Perawat Praktek Swasta. Pelayanan di masing masing praktisi swasta tergantung peran yang disepakati oleh setiap praktisi swasta yang terlibat. Peran pertama adalah menjaring penderita TBC kemudian merujuk ke UPK lainnya untuk diagnosis dan pengobatan. Peran kedua menjaring dan mendiagnosis serta penentuan OAT di praktisi swasta, selanjutnya dirujuk ke UPK untuk pengobatan dan pengendalian pengobatannya. Sedangkan peran ketiga, mulai dari penemuan sampai dengan pengobatan dilaksanakan di praktisi swasta. Kegiatan penemuan dan pengobatan penderita TBC di praktisi swasta, dipungut biaya karena untuk diagnosis dapat dikirim ke Laboratorium Swasta atau RSUD pemerintah dan swasta sedangkan jasa pelayanan termasuk dokter sesuai dengan praktisi swasta masing-masing (Dinkes. Prop. Bali, 2004).

Keuntungan bagi praktisi swasta dalam program kemitraan ini adalah :

1. Dapat menjamin privasi dan kepuasan pasien.
2. Tersedia sistem pemantauan bagi pasien, dengan dukungan PMO dan puskesmas.
3. Pasien dapat memperoleh obat program.
4. Didukung oleh jejaring yang mantap.
5. Jasa konsultasi yang tetap.
6. Uluran tangan bagi kesuksesan program TBC di Bali. (PMPK FK-UGM-*Fidelis- IUATLD*, 2004).

III.4. Pengawas Menelan Obat (PMO)

Salah satu dari komponen DOTS adalah pengobatan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung. Menjamin adanya keteraturan dalam pengobatan diperlukan seorang Pengawas Menelan Obat (PMO)(Depkes, 2002). PMO adalah seseorang yang bertugas untuk mengawasi, memberikan dorongan dan memastikan penderita TBC agar menelan obat anti TBC (OAT) secara teratur sampai selesai (Depkes RI, 2001).

III.4.1. Persyaratan PMO

1. Seseorang yang dikenal, dipercaya dan disetujui, baik oleh petugas kesehatan maupun penderita, selain itu harus disegani dan dihormati oleh penderita.
2. Seseorang yang tinggal dekat dengan penderita.
3. Bersedia membantu penderita dengan sukarela.

4. Bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama dengan penderita.

III.4.2. Siapa yang bisa menjadi PMO

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

III.4.3. Tugas seorang PMO

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

Catatan :

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

III.4.4. Informasi penting yang perlu dipahami PMO untuk disampaikan

1. TBC bukan penyakit keturunan atau kutukan.
2. TBC dapat disembuhkan dengan berobat teratur.
3. Tata laksana pengobatan penderita pada tahap intensif dan lanjutan.

4. Pentingnya berobat secara teratur, karena itu pengobatan perlu diawasi.
5. Efek samping obat dan tindakan yang harus dilakukan bila terjadi efek samping.
6. Cara penularan dan mencegah penularan (Depkes RI., 2002).

III.4.5. Peran PMO dalam Kemitraan Pemerintah-Swasta

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

Tugas PMO setiap bulan adalah :

1. Mengunjungi praktisi swasta yang tidak hadir dalam *lunch* seminar.
2. Memfollow-up komunikasi dengan praktisi swasta :
 - a. Mengambil *copy* surat rujukan.
 - b. Mencatat dan melaporkan suspek/pasien TB dari praktisi swasta (TB01, buku bantu TB06).
 - c. Memberikan umpan balik ke praktisi swasta (diagnosa dan akhir pengobatan, TB06).
 - d. Mendistribusikan obat.
 - e. Melakukan pelacakan mangkir awal dan pengobatan.
 - f. Mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi oleh praktisi swasta dan mendiskusikan alternatif pemecahannya.

- g. Mengisi form monitoring PMO. (PMPK FK-UGM-*Fidelis-IUATLD*, 2004).

III.5. Pengetahuan

III.5.1. Pengertian pengetahuan

Menurut Notoatmodjo 2003, pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu”, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

III.5.2. Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif

Menurut Notoatmodjo 2003, pengetahuan yang dicakup di dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat yakni :

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. “tahu” ini adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja : dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

III.6. Sikap

III.6.1. Pengertian sikap

Menurut Notoatmodjo 2003, sikap adalah merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu.

Newcomb salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksana motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi adalah merupakan “predisposisi” tindakan atau perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi tingkah laku yang terbuka.

III.6.2. Tingkatan sikap.

Menurut Notoatmodjo 2003, seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan yaitu :

1. Menerima (*receiving*).

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2. Merespon (*responding*).

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, lepas pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti orang menerima ide tersebut.

3. Menghargai (*Valuning*).

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4. Bertanggung jawab (*responsible*).

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi.

III.7. Motivasi

III.7.1. Pengertian Motiv

Menurut Abraham Sperling dalam Arifin 2003, bahwa motif didefinisikan sebagai suatu kecenderungan untuk beraktivitas, dimulai dari dorongan dalam diri dan diakhiri dengan penyesuaian diri. Penyesuaian diri dikatakan untuk memuaskan motif. Motiv diartikan sebagai dorongan yang menjadi pangsak seseorang melakukan sesuatu aktivitas.

III.7.2. Pengertian Motivasi

Motivasi dapat dijelaskan sebagai suatu pembentukan perilaku yang ditandai oleh bentuk-bentuk aktivitas atau kegiatan melalui proses psikologis, baik yang dipengaruhi oleh faktor *intrinsic* maupun *extrinsic*, yang dapat mengarahkannya dalam mencapai apa yang diinginkannya (tujuan). Pengertian ini mengandung arti bahwa seseorang dapat diarahkan pada perilaku tertentu melalui rangsangan dari dalam maupun dari luar. Rangsangan dari dalam biasanya timbul berdasarkan latar belakang pendidikan, pengalaman dan kebutuhan. Rangsangan dari luar bisa didorong oleh faktor kepemimpinan, lingkungan kerja, rekan sejawat, kompensasi dan bentuk-bentuk sejenisnya.

Motivasi (*motivation*) dipandang dari arti katanya berarti pemberian motiv, penimbulkan motiv atau hal yang menimbulkan dorongan atau keadaan yang menimbulkan dorongan. Motivasi dapat pula dikatakan sebagai energi untuk membangkitkan dorongan dalam diri (*drive arousal*). Berdasarkan pendapat di atas, dapat disimpulkan bahwa motiv merupakan suatu dorongan kebutuhan dalam diri seseorang yang perlu dipenuhi agar seseorang dapat menyesuaikan diri terhadap lingkungannya. Motivasi merupakan kondisi yang menggerakkan seseorang agar mampu mencapai tujuan dari motifnya (Arifin, 2003).

Azwar 1996, mengatakan bahwa motivasi berasal dari perkataan motif (*motive*) yang artinya adalah rangsangan, dorongan dan ataupun pembangkit tenaga yang dimiliki seseorang sehingga orang tersebut memperlihatkan perilaku tertentu.

III.7.2. Perangsang pada motivasi

Seseorang agar mau dan bersedia melakukan seperti yang diharapkan, kadangkala perlu disediakan perangsang (*incentive*). Perangsang ini dibedakan atas dua macam yakni:

1. Perangsang positif

Perangsang positif (*positive incentive*) ialah imbalan yang menyenangkan yang disediakan untuk karyawan yang berprestasi. Rangsangan positif ini banyak macamnya, antara lain hadiah, pengakuan, promosi dan ataupun melibatkan karyawan tersebut pada kegiatan yang bernilai gengsi yang lebih tinggi.

2. Perangsang negatif

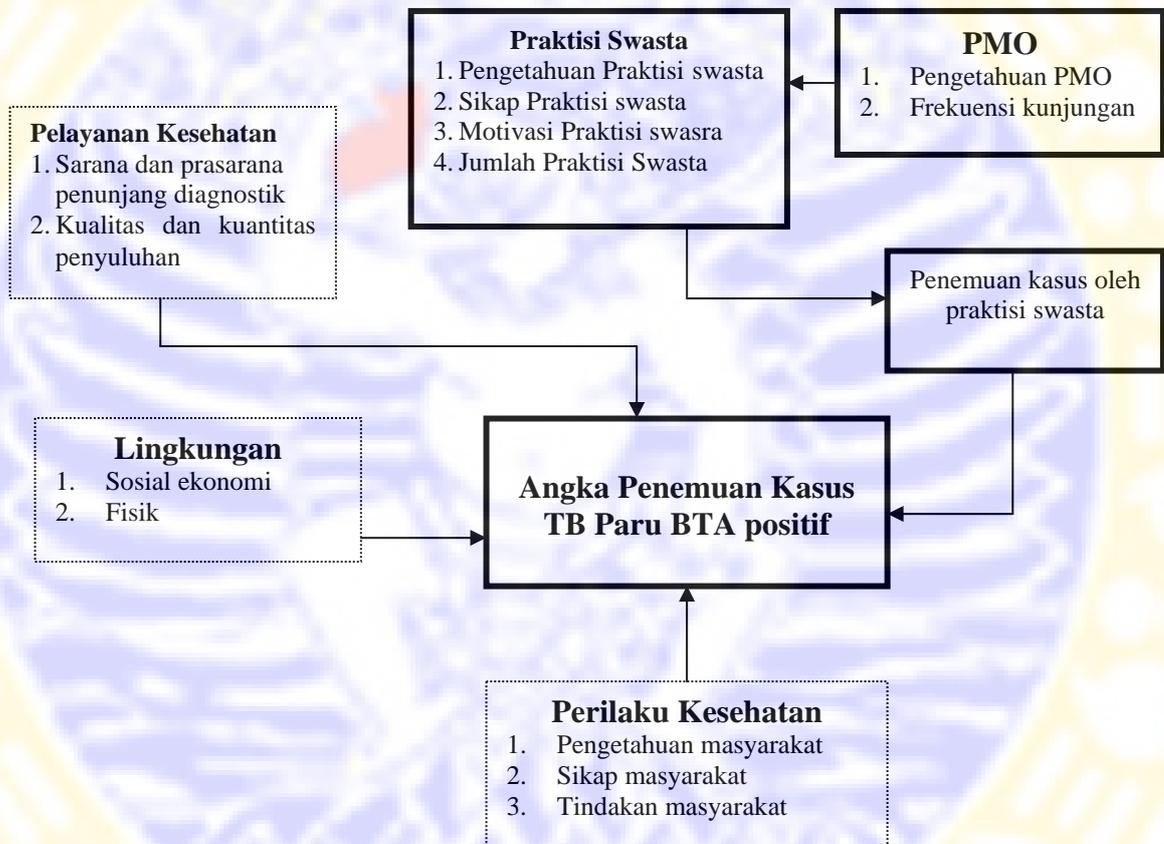
Perangsang negatif (*negative incentive*) ialah imbalan yang tidak menyenangkan berupa hukuman bagi karyawan yang tidak berprestasi dan ataupun yang berbuat tidak seperti yang diharapkan. Perangsang yang negatif ini banyak pula jenisnya, antara lain denda, teguran, pemindahan tempat kerja (mutasi) dan ataupun pemberhentian (Azwar, 1996).

BAB IV

KERANGKA KONSEPTUAL

IV.1 Kerangka Konseptual Penelitian

Untuk memudahkan pemahaman konsep, dapat disajikan dalam bentuk skema atau bagan yang merupakan model kerangka konseptual.



Keterangan :

= Diteliti

= Tidak diteliti

Berdasarkan gambar di atas, dapat dijelaskan bahwa angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif dipengaruhi oleh perilaku kesehatan masyarakat, lingkungan, pelayanan kesehatan, praktisi swasta, PMO dan proporsi penemuan kasus oleh praktisi swasta.

Penemuan kasus TBC Paru BTA positif oleh praktisi swasta dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap, motivasi dan jumlah praktisi swasta dalam melakukan penjangkaran terhadap penderita yang diduga menjadi tersangka TBC Paru. Di samping itu, juga dipengaruhi oleh pengetahuan PMO tentang penanggulangan TBC dengan strategi DOTS dan frekuensi kunjungan PMO dalam melakukan komunikasi dengan praktisi swasta.

Angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif tidak terlepas dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat seperti kualitas sarana dan prasarana penunjang diagnostik. Demikian halnya dengan kuantitas dan kualitas penyuluhan yang diberikan tenaga kesehatan kepada masyarakat akan mempengaruhi angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif.

Perilaku kesehatan masyarakat yang terdiri dari pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat terhadap penyakit TBC akan mempengaruhi angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif.

BAB V

METODE PENELITIAN

V.1. Jenis Penelitian.

Jenis penelitian yang digunakan adalah studi deskriptif yang menggambarkan hubungan antara pengetahuan, sikap, motivasi, jumlah praktisi swasta, penemuan kasus oleh praktisi swasta, pengetahuan PMO dan frekuensi kunjungan PMO ke praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif.

V.2. Unit Analisis

Unit analisis dalam penelitian ini adalah puskesmas yang ada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Karangasem Propinsi Bali.

V.3. Lokasi dan Waktu Penelitian

V.3.1. Lokasi penelitian

Lokasi penelitian ini adalah wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Karangasem.

Alasan pemilihan lokasi ini adalah :

1. Program kemitraan dengan melibatkan praktisi swasta di Kabupaten Karangasem baru di mulai tahun 2005.
2. Kesadaran masyarakat untuk memeriksakan diri bila memiliki gejala TB Paru masih kurang.
3. Belum pernah dilakukan penelitian sejenis di lokasi tersebut.

V.3.2. Waktu penelitian

Penelitian inii dilakukan mulai bulan September 2005 sampai dengan Mei 2006, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel VI.1 berikut :

Tabel VI.1. Jadwal Kegiatan Penelitian

No.	Kegiatan	Bulan											
		Sep 2005	Okt 2005	Nop 2005	Des 2005	Jan 2006	Peb 2006	Mar 2006	Apr 2006	Mei 2006	Jun 2006	Jul 2006	
1.	Persiapan	■											
2.	Observasi lapangan	■											
3.	Pembuatan Proposal	■	■	■									
4.	Pengumpulan data							■	■	■			
5.	Analisis data									■			
6.	Pembuatan laporan/Skripsi									■	■		
7.	Ujian											■	

V.4. Variabel, Definisi Operasional dan Cara Pengukuran

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran dan Kriteria	Skala Data
I. Variabel Terikat				
1.	Angka Penemuan Kasus TB Paru BTA positif	Proporsi Penderita TB Paru BTA positif dengan Target yang ditetapkan dalam wilayah puskesmas di tahun 2005	Data Sekunder berdasarkan laporan puskesmas	Rasio
II. Variabel Bebas				
1.	Praktisi Swasta	Profesi tenaga kesehatan yang membuka praktek secara swasta	1. Perawat 2. Bidan 3. Dokter	
2.	Pengetahuan Praktisi swasta	Pengetahuan praktisi swasta tentang penemuan dan pengobatan penderita TB Paru.	Dengan wawancara menggunakan kuesioner, dengan kriteria : 1. Baik : bila \geq rata-rata 2. Kurang : bila $<$ rata-rata	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran dan Kriteria	Skala Data
3.	Sikap Praktisi Swasta	Suatu respon praktisi swasta dengan program akselerasi kemitraan pemerintah-swasta dalam penemuan kasus TB. Paru, pengambilan dahak, pembinaan oleh PMO, Pengobatan, format laporan.	Dengan wawancara menggunakan kuesioner, Hasil ukur dengan kriteria: 1. Baik: bila \geq rata-rata 2. Kurang baik : bila $<$ rata-rata	Nominal
4.	Motivasi praktisi swasta	Rangsangan, dorongan responden dalam penemuan kasus TB Paru BTA positif	Dengan wawancara menggunakan kuesioner, Hasil ukur dengan kriteria: 1. Tinggi: bila \geq rata-rata 2. Rendah : bila $<$ rata-rata	Nominal
5.	Jumlah Praktisi Swasta	Jumlah praktisi swasta yang terlibat dalam Program Penanggulangan TBC	Data sekunder dari pemegang Program TBC Puskesmas	Interval
6.	Pengetahuan PMO	Pengetahuan PMO tentang cara penularan, pencegahan, pengobatan, form laporan, tugas PMO.	Dengan wawancara menggunakan kuesioner, dengan kriteria : 1. Baik : bila \geq rata-rata 2. Kurang : bila $<$ rata-rata	Nominal
7.	Frekuensi kunjungan PMO	Jumlah kunjungan PMO ke praktisi swasta dalam program penanggulangan TBC selama satu minggu terakhir.	Dengan wawancara menggunakan kuesioner, Hasil ukur dengan kriteria: 1. Tinggi: bila ≥ 2 kali seminggu 2. Rendah : bila < 2 kali seminggu	Nominal
8.	Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif praktisi swasta	Proporsi kasus TBC Paru BTA positif yang ditemukan praktisi swasta dalam wilayah Puskesmas	Data sekunder dari laporan Puskesmas	Rasio

V.5. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

V.5.1. Jenis data yang dikumpulkan

1. Data primer

Data primer yang dikumpulkan adalah tentang pengetahuan, sikap, motivasi praktisi swasta, pengetahuan PMO serta frekuensi kunjungan PMO ke praktisi swasta.

2. Data sekunder

Data sekunder yang dikumpulkan meliputi angka penemuan kasus TBC Paru, gambaran umum lokasi penelitian diperoleh dari Puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten Karangasem dan Kantor Badan Pusat Statistik Kabupaten Karangasem.

V.5.2. Teknik pengumpulan data

Pengumpulan data primer dilakukan dengan mengadakan kunjungan ke Puskesmas, Puskesmas Pembantu atau rumah responden, kemudian diadakan wawancara langsung kepada setiap responden dengan menggunakan kuesioner yang telah disiapkan. Data sekunder didapat dengan cara melakukan pencatatan dari laporan Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Karangasem.

V.5.3. Instrumen pengumpulan data

Instrumen Pengumpul data primer digunakan kuesioner dengan pertanyaan tertutup yang diberi skor, artinya jawaban sudah tersedia dan responden tinggal memilih jawaban yang dianggap tepat. Data sekunder menggunakan daftar isian yang telah disiapkan.

V.6. Teknik Analisis Data

Data yang telah ditabulasi, dianalisis secara deskriptif dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi dan grafik *scatter*. Kuat lemahnya hubungan antara pengetahuan praktisi swasta, sikap praktisi swasta, motivasi praktisi swasta, jumlah praktisi swasta, penemuan kasus praktisi swasta, pengetahuan PMO dan frekuensi kunjungan PMO ke praktisi swasta, dianalisis dengan menggunakan uji statistik yaitu Korelasi Pearson dan Spearman.

Menurut Sugiyono 2005, untuk memberikan penafsiran terhadap koefisien korelasi dapat berpedoman pada ketentuan dibawah ini :

1. Interval 0,00-0,199 : tingkat hubungan sangat rendah.
2. Interval 0,20-0,399 : tingkat hubungan rendah.
3. Interval 0,40-0,599 : tingkat hubungan sedang.
4. Interval 0,60-0,799 : tingkat hubungan kuat.
5. Interval 0,80-1,000 : tingkat hubungan sangat kuat.

BAB VI

HASIL PENELITIAN

VI.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.

VI.1.1. Geografis.

Kabupaten Karangasem terletak di ujung timur Pulau Bali yang merupakan salah satu dari 9 Kabupaten/Kota yang ada di Propinsi Bali memiliki daerah pantai dan pegunungan dengan batas wilayah sebagai berikut:

1. Sebelah Utara : Laut Jawa
2. Sebelah Selatan : Samudra Indonesia
3. Sebelah Barat : Kabupaten Klungkung, Bangli dan Buleleng
4. Sebelah Timur : Selat Lombok

Secara geografis Kabupaten Karangasem berada pada posisi $8^{\circ} 00'00''$ – $8^{\circ}41'37,8''$ Lintang Selatan dan $115^{\circ}54'9,8''$ Bujur Timur. Luas Kabupaten Karangasem adalah $839,54 \text{ km}^2$ atau $14,90 \%$ dari luas Propinsi Bali ($5.632,86 \text{ km}^2$). Bila dilihat dari penguasaan tanahnya, dari luas wilayah yang ada sekitar 7.027 Ha ($8,37\%$) merupakan lahan persawahan, sedangkan bukan lahan sawah 76.927 Ha ($91,63\%$). Jumlah curah hujan terbanyak adalah pada bulan Pebruari dengan rata-rata curah hujan 112 mm , dengan rata-rata hari hujan 16 hari dalam sebulan.

Kabupaten Karangasem terdiri dari 8 Kecamatan, 3 Kelurahan, 68 Desa, 552 Dusun, 52 Lingkungan, 185 Desa Adat dan 605 Banjar Adat.

Data kecamatan dan jumlah desa/kelurahan serta luas wilayah Kabupaten Karangasem dapat dilihat pada table VI.2 berikut :

Tabel VI. 2. Jumlah Desa, Luas Daerah dan Persentase dari Luas Kabupaten menurut Kecamatan di Kabupaten Karangasem Tahun 2005.

Kecamatan	Jumlah Desa/ Kelurahan	Luas Daerah (Km ²)	Persentase Dari Luas Kabupaten
Rendang	6	109,70	13,07
Sidemen	9	35,15	4,19
Manggis	9	69,83	8,32
Karangasem	11	94,23	11,22
Abang	13	134,05	15,97
Bebandem	7	81,51	9,71
Selat	7	80,35	9,57
Kubu	9	234,72	27,95
Jumlah	71	839,54	100

Sumber : BPS Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Tabel VI.2 di atas menunjukkan bahwa kecamatan yang daerahnya paling luas di Kabupaten Karangasem adalah Kecamatan Kubu (27,95%), Kecamatan Abang (15,97%), Kecamatan Rendang (13,07%) dan yang paling kecil adalah Kecamatan Sidemen (4,19%).

VI.1.2. Kondisi demografi

Jumlah penduduk Kabupaten Karangasem tahun 2005 berdasarkan hasil registrasi penduduk adalah 389.576 jiwa, terdiri dari 193.761 jiwa laki-laki dan 195.815 jiwa perempuan. Kepadatan penduduk adalah sebesar 464 jiwa per km², dan rasio jenis kelamin sebesar 98,95 yang menunjukkan jumlah penduduk perempuan lebih besar dari penduduk laki-laki.

Jumlah penduduk menurut jenis kelamin, kepadatan penduduk dan rasio jenis kelamin dapat dilihat pada table VI.3. berikut :

Tabel VI.3. Jumlah Penduduk menurut Jenis Kelamin, Kepadatan penduduk dan Rasio Jenis Kelamin per Kecamatan di Kabupaten Karangasem Tahun 2005.

Kecamatan	Jumlah Penduduk			Kepadatan Penduduk per km ²	Rasio Jenis Kelamin
	Laki-laki	Perempuan	Jumlah		
Rendang	16.746	16.739	33.485	305	100,04
Sidemen	14.671	15.542	30.213	860	94,40
Manggis	22.683	22.972	45.835	656	99,53
Karangasem	35.854	36.292	72.146	766	98,79
Abang	33.281	32.717	65.998	492	101,72
Bebandem	20.896	21.778	42.674	524	95,95
Selat	17.958	18.498	36.456	454	97,08
Kubu	31.492	31.277	62.769	267	100,69
Jumlah	193.761	195.815	389.576	464	98,95

Sumber : BPS Kabupaten Karangasem Tahun 2006

Tabel VI.3. di atas menunjukkan bahwa jumlah penduduk terbesar berada di Kecamatan Karangasem (72.146 jiwa) dan jumlah penduduk terkecil berada di Kecamatan Sidemen (30.212 jiwa). Kepadatan penduduk tertinggi adalah Kecamatan Sidemen (860 jiwa/km²), sedangkan kepadatan penduduk terendah adalah Kecamatan Kubu (267 jiwa/km²).

VI.1.3. Pendidikan

Gambaran tentang tingkat pendidikan di Kabupaten Karangasem dapat dilihat pada Tabel VI.4 berikut :

Tabel VI.4 : Penduduk Berumur 10 Tahun ke atas menurut Jenis Kelamin dan Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan Tahun 2005.

Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan	Laki-Laki	Perempuan	Jumlah	
			Total	%
Tidak punya	74.316	92.587	166.903	52,26
SD/MI/ Sederajat	40.920	40.492	81.412	25,49
SLTP/MT/ Sederajat	18.253	11.094	29.347	9,19
SMU/MA/ Sederajat	21.108	9.759	30.867	9,66
SMK/Sederajat	2.344	1.152	3.496	1,09
Diploma I/II	1.437	1.272	2.709	0,85
Diploma III/Akademi	491	165	656	0,21
Diploma IV/S1	2.750	1.233	3.983	1,25
S2/S3	-	-	-	-
Jumlah	161.619	157.754	319.373	100,00

Sumber : BPS Kabupaten Karangasem Tahun 2005

Tabel VI.4 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar (52,26%) penduduk Kabupaten Karangasem yang berumur 10 tahun ke atas tidak punya pendidikan, diikuti dengan pendidikan tertinggi yang ditamatkan adalah SD/MI/ Sederajat (25,49%), SMU/MA/ Sederajat (9,66%) dan SLTP/MT/ Sederajat (9,19%). Sedangkan yang paling sedikit adalah Diploma I/II (0,85%) dan Diploma III/Akademi (0,21%).

VI.1.4. Sarana kesehatan

Gambaran tentang jenis sarana pelayanan kesehatan di Kabupaten Karangasem dapat dilihat pada tabel VI.5 berikut :

Tabel IV.5. Jenis dan Jumlah Sarana Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Karangasem Tahun 2005.

Jenis Sarana Kesehatan	Jumlah	Rasio Terhadap 100.000 Penduduk
Puskesmas	12	3,08
Puskesmas Pembantu	58	14,88
Pusling	13	3,33
Polindes	62	15,91
Posyandu	610	156,58
Apotik	2	0,51
Toko Obat	5	1,28
Balai Pengobatan/Klinik	2	0,51
Praktek dokter Perorangan	45	11,55
Rumah Sakit Umum	1	0,25
Gudang Farmasi	1	0,25

Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten Karangasem tahun 2005

Tabel VI.5 di atas menunjukkan bahwa rasio Puskesmas terhadap jumlah penduduk adalah 1 : 3,08, hal ini berarti bahwa satu Puskesmas melayani 32.467 penduduk. Angka tersebut melebihi angka standar nasional yaitu untuk satu Puskesmas melayani 30.000 penduduk. Rasio Puskesmas Pembantu terhadap jumlah penduduk adalah 1 : 14,88, hal ini berarti bahwa satu Puskesmas Pembantu melayani 6.720 penduduk, angka ini juga melebihi angka standar nasional yaitu 3.000 - 5.000 penduduk.

VI.1.5. Tenaga Kesehatan

Persebaran tenaga kesehatan di Kabupaten Karangasem dapat dilihat pada tabel VI.6 berikut :

Tabel VI.6. Persebaran Tenaga Kesehatan menurut Unit Kerja di Kabupaten Karangasem Tahun 2005.

Tenaga kesehatan	Unit kerja			Jlh	Rasio Terhadap 100.000 penduduk
	Pusk	Rumah Sakit	Dinkes kab.		
Medis	21	13	4	37	9,49
Perawat dan Bidan	178	85	5	268	68,79
Farmasi	4	3	3	10	2,57
Gizi	10	8	3	21	5,39
Teknis Medis	5	5	0	10	2,57
Sanitasi	27	5	15	47	12,06
Kesmas	4	2	6	12	3,08
Jumlah	249	121	36	406	104,22

Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten Karangasem tahun 2005

Tabel VI.6 di atas menunjukkan bahwa rasio tenaga medis per 100.000 penduduk adalah 9,49. Hal ini berarti bahwa satu tenaga medis harus melayani 10.537 penduduk. Bila dibandingkan dengan standar nasional 24 :100.000, ternyata Kabupaten Karangasem kekurangan tenaga medis sebanyak 56 orang. Rasio tenaga perawat dan bidan per 100.000 penduduk adalah 68,79. Hal ini berarti bahwa satu tenaga perawat atau bidan harus melayani 1.454 penduduk. Bila dibandingkan dengan standar nasional 100 :100.000, ternyata kekurangan tenaga perawat/bidan sebanyak 122 orang.

VI.2.Sosialisasi Kemitraan Pemerintah dengan Praktisi Swasta.

VI.2.1. Latar belakang.

Peningkatan penemuan penderita TBC Paru BTA positif yang cukup tinggi di Puskesmas pada tahun 2004 bila dibandingkan dengan RSUD telah membuktikan pengembangan ke praktisi swasta sangat potensial untuk menjangkau penderita tersangka. Untuk meningkatkan pengetahuan praktisi swasta akan strategi DOTS yang pada umumnya masih kurang, perlu dilakukan intervensi berbentuk pertemuan sehari untuk praktisi swasta.

VI.2.2. Tujuan.

Tujuan pertemuan ini adalah untuk memotivasi keterlibatan praktisi swasta dalam Program Pengembangan Kemitraan Pemerintah-Praktisi Swasta untuk akselerasi pengendalian tuberkulosis di Kabupaten Karangasem.

VI.2.3. Metode dan materi.

Pertemuan sehari ini dilaksanakan selama 4 jam, dengan jumlah peserta yang hadir sebanyak 72 praktisi swasta. Materi seminar mencakup : situasi penanggulangan TBC di Propinsi Bali sampai dengan tahun 2005, strategi DOTS di praktek swasta dan sistem pendukung DOTS di praktek swasta.

VI.2.4. Peserta.

Peserta yang hadir terdiri dari :

1. Praktisi swasta (dokter, bidan dan perawat) yang telah disusun daftarnya oleh Puskesmas.
2. Puskesmas (Pimpinan Puskesmas dan PMO).

VI.2.5. Waktu dan tempat pelaksanaan.

Pertemuan dilaksanakan pada tanggal 2 Juni 2005 bertempat di Aula PKK Kabupaten Karangasem. Waktu pelaksanaan selama 4 jam (11.00-15.00).

VI.2.6. Sumber dana.

Pertemuan ini dibiayai dari *DOTS Expansion Project* Propinsi Bali tahun 2005 (Dinkes Prop. Bali, 2005).

VI.3. Karakteristik Responden.

VI.3.1. Praktisi swasta.

1. Jenis kelamin.

Berdasarkan jumlah praktisi swasta yang diteliti sebanyak 72 orang, maka distribusi frekuensi praktisi swasta berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada tabel VI.7 berikut :

Tabel VI.7. Distribusi Frekuensi Praktisi Swasta Berdasarkan Jenis Kelamin di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Jenis Kelamin	Praktisi Swasta	
	f	%
Laki-laki	32	44,4
Perempuan	40	55,6
Jumlah	72	100,0

Tabel VI.7 di atas menunjukkan bahwa praktisi swasta berjenis kelamin perempuan adalah 55,6 %, sedangkan berjenis kelamin laki-laki adalah 44,4 %.

2. Pendidikan keprofesian

Distribusi frekuensi praktisi swasta berdasarkan pendidikan keprofesian dapat dilihat pada tabel VI.8 berikut :

Tabel VI.8. Distribusi Frekuensi Praktisi Swasta Berdasarkan Pendidikan Keprofesian di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Pendidikan Keprofesian	Praktisi Swasta	
	f	%
Perawat	21	29,2
Bidan	31	43,1
Dokter	20	27,8
Jumlah	72	100,0

Tabel VI.8 di atas menunjukkan bahwa praktisi swasta terbanyak berpendidikan profesi sebagai bidan (43,1 %), perawat (29,2 %) dan dokter (27,8 %).

VI.3.2. Pengawas Menelan Obat

1. Jenis kelamin.

Berdasarkan jumlah Pengawas Menelan Obat (PMO) yang diteliti sebanyak 12 orang, maka distribusi frekuensi Pengawas Menelan Obat berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada tabel VI.9 berikut :

Tabel VI.9. Distribusi Frekuensi Pengawas Menelan Obat Berdasarkan Jenis Kelamin di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Jenis Kelamin	Pengawas Menelan Obat	
	f	%
Laki-laki	11	91,7
Perempuan	1	8,3
Jumlah	12	100,0

Tabel VI.9 di atas menunjukkan bahwa Pengawas Menelan Obat berjenis kelamin perempuan adalah 8,3 %, sedangkan berjenis kelamin laki-laki adalah 91,7 %.

VI.4. Pengetahuan Praktisi Swasta.

Pengetahuan praktisi swasta yang meliputi gejala utama TBC, upaya penemuan penderita, gambaran diagnosis TBC pada anak, menegakkan diagnosis TBC Paru pada orang dewasa, menyatakan TBC Paru BTA positif, pengambilan dan pemeriksaan dahak orang yang kontak, dahak yang baik untuk diperiksa, cara minum OAT, kasus kronis, pasien dengan gejala TBC dapat dilihat pada tabel VI.10 berikut :

Tabel VI.10. Distribusi Frekuensi Jawaban masing-masing Pertanyaan mengenai Pengetahuan Praktisi Swasta di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Pertanyaan Pengetahuan	Perawat		Bidan		Dokter		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Gejala utama TBC								
a. Salah	4	19,0	5	16,1	2	10,0	11	15,3
b. Benar	17	81,0	26	83,9	18	90,0	61	84,7
Upaya penemuan penderita								
a. Salah	9	42,9	11	35,5	4	20,0	24	33,3
b. Benar	12	57,1	20	64,5	16	80,0	48	66,7
Gambaran diagnosis TBC pada anak								
a. Salah	7	33,3	9	29,0	4	20,0	20	27,8
b. Benar	14	66,7	22	71,0	16	80,0	52	72,2
Menegakkan diagnosis TBC Paru pada orang dewasa								
a. Salah	1	4,8	1	3,2	3	15,0	5	6,9
b. Benar	20	95,2	30	96,8	17	85,0	67	93,1
Menyatakan TBC Paru BTA positif								
a. Salah	11	52,4	13	41,9	5	25,0	29	40,3
b. Benar	10	47,6	18	58,1	15	75,0	43	59,7
pengambilan dan pemeriksaan dahak orang yang kontak								
a. Salah	0	0	6	19,4	2	10,0	8	11,1
b. Benar	21	100	25	80,6	18	90,0	64	88,9
Dahak yang baik untuk diperiksa								
a. Salah	6	28,6	2	6,5	1	5,0	9	12,5
b. Benar	15	71,4	29	93,5	19	95,0	63	87,5
Cara minum OAT								
a. Salah	3	14,3	7	22,6	1	5,0	11	15,3
b. Benar	18	85,7	24	77,4	19	95,0	61	84,7
Kasus kronis								
a. Salah	9	42,9	12	38,7	2	10,0	23	31,9
b. Benar	12	57,1	19	61,3	18	90,0	49	68,1
Pasien dengan gejala TBC								
a. Salah	1	4,8	3	9,7	4	20,0	8	11,1
b. Benar	20	95,2	28	90,3	16	80,0	64	88,9

Tabel VI.10 di atas menunjukkan bahwa praktisi swasta yang menjawab salah tentang gejala utama dari penyakit TBC adalah batuk terus menerus dan berdahak selama 3 minggu atau lebih adalah perawat sebanyak 19,0 %, bidan sebanyak 16,1 % dan dokter sebanyak 10,0 %. Praktisi swasta yang menjawab benar adalah dokter sebanyak 90,0 %, bidan sebanyak 83,9 %, dan perawat sebanyak 81,0 %.

Mengenai upaya penemuan penderita, yang menjawab salah adalah perawat sebanyak 42,9 %, bidan sebanyak 35,5 %, dokter sebanyak 20,0 %. Sedangkan yang menjawab benar yaitu *Passive promotive case finding*, artinya penemuan penderita secara pasif dengan promotif yang aktif adalah dokter sebanyak 80,0 %, bidan sebanyak 64,5 % dan perawat sebanyak 57,1 %.

Mengenai gambaran mendiagnosis penyakit TBC pada anak, perawat yang menjawab salah sebanyak 33,3 %, bidan sebanyak 29,0 % dan dokter sebanyak 20,0 %. Sedangkan yang menjawab benar yaitu klinis, radiologi dan uji tuberkulin adalah dokter sebanyak 80,0 %, bidan sebanyak 71,0 % dan perawat sebanyak 66,7 %.

Mengenai menegakkan diagnosis TBC Paru pada orang dewasa, yang menjawab salah adalah dokter sebanyak 15,0 %, perawat sebanyak 4,8 % dan bidan sebanyak 3,2 %. Sedangkan yang menjawab benar yaitu ditemukan BTA pada pemeriksaan dahak secara mikroskopis adalah bidan sebanyak 95,2 %, perawat sebanyak 95,2 % dan dokter sebanyak 85,0 %.

Menyatakan TBC BTA positif, yang menjawab salah adalah perawat sebanyak 52,4 %, bidan sebanyak 41,9 % dan dokter sebanyak 25,0 %.

Sedangkan yang menjawab benar tentang menyatakan TBC Paru BTA positif yaitu dua dari tiga spesimen SPS BTA hasilnya positif adalah dokter sebanyak 75,0 %, bidan sebanyak 58,1 %, dan perawat sebanyak 47,6 %.

Distribusi frekuensi praktisi swasta berdasarkan pengelompokan katagori pengetahuan dapat dilihat pada tabel VI.11 berikut :

Tabel VI.11. Distribusi Frekuensi Praktisi Swasta Berdasarkan Katagori Pengetahuan Praktisi Swasta di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Tingkat Pengetahuan	Perawat		Bidan		Dokter		Jumlah	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Kurang	12	57,1	12	38,7	0	0	24	33,3
Baik	9	42,9	19	61,3	20	100	48	66,7
Jumlah	21	100	31	100	20	100	72	100,0

Tabel VI.11 di atas menunjukkan bahwa perawat dengan tingkat pengetahuan kurang sebanyak 57,1 % dan pengetahuan baik sebanyak 42,9 %. Bidan dengan tingkat pengetahuan kurang sebanyak 38,7 % dan pengetahuan baik sebanyak 61,3 %. Sedangkan dokter semuanya memiliki pengetahuan yang baik (100 %).

Distribusi frekuensi proporsi pengetahuan praktisi swasta dapat dilihat pada tabel VI.12 berikut :

Tabel VI.12. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Proporsi Pengetahuan Praktisi Swasta menurut Puskesmas di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Kecamatan	Puskesmas	Pengetahuan Praktisi Swasta			
		Baik		Kurang	
		f	%	f	%
Manggis	Manggis 1	3	60	2	40
	Manggis 2	4	80	1	20
Sidemen	Sidemen	5	83,3	1	16,7
Rendang	Rendang	5	100	0	0
Selat	Selat	2	40	3	60
Bebandem	Bebandem	7	100	0	0
Karangasem	Karangasem 1	8	57,1	6	42,9
	Karangasem 2	3	50	3	50
Abang	Abang 1	3	60	2	40
	Abang 2	2	40	3	60
Kubu	Kubu 1	4	100	0	0
	Kubu 2	2	40	3	60
Jumlah		48	66,7	24	33,3

Tabel VI.12 di atas menunjukkan bahwa proporsi pengetahuan yang baik dari 12 Puskesmas paling tinggi adalah Puskesmas Rendang (100 %), Puskesmas Bebandem (100 %), dan Puskesmas Kubu 1 (100 %). Sedangkan yang paling rendah adalah Puskesmas Selat (40 %), Puskesmas Abang 2 (40 %), dan Puskesmas Kubu 2 (40 %).

VI.5. Sikap Praktisi Swasta

Sikap praktisi swasta, maksudnya adalah respon praktisi swasta dengan program akselerasi kemitraan pemerintah-swasta dalam penemuan kasus TBC Paru, pengambilan dahak, pengiriman dahak, pembinaan oleh PMO, pengobatan, format laporan, dapat dilihat pada tabel VI.13 berikut :

Tabel VI.13. Distribusi Frekuensi Jawaban masing-masing Pertanyaan mengenai Sikap Praktisi Swasta di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Sikap	Perawat		Bidan		Dokter		Jumlah	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Program akselerasi kemitraan								
a. Tidak setuju	0	0	0	0	0	0	0	0
b. Kurang setuju	0	0	0	0	0	0	0	0
c. Setuju	18	85,7	27	87,1	15	75,0	60	83,3
d. Sangat setuju	3	14,2	4	12,9	5	25,0	12	16,6
Tersangka TBC Paru tidak perlu diambil dahaknya								
a. Sangat setuju	0	0	0	0	0	0	0	0
b. Setuju	0	0	2	6,5	1	5,0	3	4,2
c. Kurang setuju	8	38,1	12	38,7	5	25,0	25	34,7
d. Tidak setuju	13	61,9	17	54,8	14	70,0	44	61,1
Dahak tersangka TB Paru dikirim ke puskesmas								
a. Tidak setuju	1	4,8	2	6,5	0	0	3	4,2
b. Kurang setuju	2	9,5	2	6,5	0	0	4	5,6
c. Setuju	15	71,4	25	80,6	15	75,0	55	76,4
d. Sangat setuju	3	14,3	2	6,5	5	25,0	10	13,9
Puas mendapat pembinaan dari PMO								
a. Tidak puas	1	4,8	2	6,5	0	0	3	4,2
b. Kurang puas	3	14,3	1	3,2	1	5,0	5	6,9
c. Puas	17	81,0	28	90,3	18	90,0	63	87,5
d. Sangat Puas	0	0	0	0	1	5,0	1	1,4
Pengobatan OAT tidak perlu dilakukan praktisi swasta								
a. Sangat setuju	0	0	0	0	0	0	0	0
b. Setuju	4	19,0	5	16,1	2	10,0	11	15,3
c. Kurang setuju	3	14,3	15	48,4	5	25,0	23	31,9
d. Tidak setuju	14	66,7	11	35,5	13	65,0	38	52,8
Format laporan dan alur pelaporan								
a. Tidak setuju	0	0	1	3,2	0	0	1	1,4
b. Kurang setuju	0	0	0	0	1	5,0	1	1,4
c. Setuju	20	95,2	26	83,9	18	90,0	64	88,9
d. Sangat setuju	1	4,8	4	12,9	1	5,0	6	8,3
Sejawat tidak mengambil dahak tersangka								
a. Sangat setuju	0	0	0	0	0	0	0	0

1	2	3	4	5	6	7	8	9
b. Setuju	1	4,8	1	3,22	1	5,0	3	4,2
c. Kurang setuju	13	61,9	15	48,4	5	25,0	33	45,8
d. Tidak setuju	7	33,3	15	48,4	14	70,0	36	50,0
Prosedur pengambilan dahak								
a. Tidak setuju	0	0	0	0	0	0	0	0
b. Kurang setuju	1	4,8	0	0	0	0	1	1,4
c. Setuju	19	90,5	31	100	18	90,0	68	94,4
d. Sangat setuju	1	4,8	0	0	2	10,0	3	4,2
Senang menjadi praktisi swasta								
a. Tidak senang	0	0	0	0	0	0	0	0
b. Kurang senang	1	4,8	1	3,2	0	0	2	2,8
c. Senang	19	90,5	29	93,5	18	90,0	66	91,7
d. Sangat senang	1	4,76	1	3,2	2	10,0	4	5,6

Berdasarkan tabel VI.13 di atas, praktisi swasta yang bersikap setuju dengan adanya program akselerasi kemitraan pemerintah swasta dalam penanggulangan TBC untuk meningkatkan penemuan kasus TBC Paru adalah perawat sebanyak 85,7 %, bidan sebanyak 87,1 % dan dokter sebanyak 75,0%.

Tersangka TBC Paru tidak perlu diambil dahaknya, praktisi swasta yang bersikap tidak setuju adalah dokter sebanyak 70 %, perawat sebanyak 61,9 %, dan bidan sebanyak 54,7 %. Dahak tersangka TBC Paru dikirim ke Puskesmas, praktisi swasta yang bersikap setuju adalah bidan sebanyak 80,6 %, dokter sebanyak 75,0 % dan perawat sebanyak 71,4 %

Kepuasan mendapat pembinaan dari PMO, responden yang merasa puas adalah bidan sebanyak 90,3 %, dokter sebanyak 90,0 % dan perawat sebanyak 81,0 %.

Pengobatan dengan OAT tidak perlu dilakukan praktisi swasta, yang bersikap tidak setuju adalah perawat sebanyak 66,7 %, dokter sebanyak 65 %. Sedangkan yang bersikap kurang setuju adalah bidan sebanyak 48,4 %.

Mengenai format laporan dan alur pelaporan, praktisi swasta yang bersikap setuju adalah perawat sebanyak 95,2 %, perawat sebanyak 90,0 % dan bidan sebanyak 83,3 %.

Sejawat tidak mengambil dahak tersangka TBC Paru, praktisi swasta bersikap tidak setuju adalah dokter sebanyak 70,0 % dan bidan sebanyak 48,4 %. Praktisi swasta yang bersikap kurang setuju adalah perawat sebanyak 61,9 % dan bidan sebanyak 48,4 %.

Mengenai prosedur pengambilan dahak, praktisi swasta bersikap setuju adalah bidan sebanyak 100,0 %, perawat sebanyak 90,5 % dan bidan sebanyak 90,0 %.

Senang menjadi praktisi swasta yang terlibat dalam penemuan kasus TBC Paru, praktisi swasta yang merasa senang adalah bidan sebanyak 93,5 %, perawat sebanyak 90,5 % dan dokter sebanyak 90,0 %.

Distribusi frekuensi praktisi swasta berdasarkan pengelompokan katagori sikap dapat dilihat pada tabel VI. 14 berikut :

Tabel VI.14. Distribusi Frekuensi Praktisi Swasta Berdasarkan Katagori Sikap Praktisi Swasta di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Sikap	Perawat		Bidan		Dokter		Jumlah	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Kurang baik	10	47,6	18	58,1	6	30,0	34	47,2
Baik	11	52,4	13	41,9	14	70,0	38	52,8
Jumlah	21	29,2	31	43,1	20	27,8	72	100,0

Tabel VI.14 di atas, terlihat bahwa perawat yang memiliki sikap yang baik sebanyak 52,4 % dan yang memiliki sikap kurang baik sebanyak 47,6 %. Bidan yang memiliki sikap yang baik sebanyak 41,9 % dan yang memiliki sikap yang kurang baik sebanyak 58,1 %. Sedangkan dokter yang memiliki sikap yang baik sebanyak 70 % dan memiliki sikap yang kurang baik sebanyak 30 % untuk ikut terlibat dalam penemuan kasus TBC Paru.

Distribusi frekuensi proporsi sikap praktisi swasta dapat dilihat pada tabel VI.15 berikut :

Tabel VI.15. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Proporsi Sikap Praktisi Swasta menurut Puskesmas di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Kecamatan	Puskesmas	Sikap Praktisi Swasta			
		Baik		Kurang Baik	
		f	%	f	%
Manggis	Manggis 1	2	40	3	60
	Manggis 2	2	40	3	60
Sidemen	Sidemen	5	83,3	1	16,7
Rendang	Rendang	3	60	2	40
Selat	Selat	3	60	2	40
Bebandem	Bebandem	6	85,7	1	14,3
Karangasem	Karangasem 1	5	35,7	9	64,3
	Karangasem 2	4	66,7	2	33,3
Abang	Abang 1	2	40	3	60
	Abang 2	1	20	4	80
Kubu	Kubu 1	3	75	1	25
	Kubu 2	2	40	3	60
Jumlah		38	52,8	34	47,2

Tabel VI.15 di atas menunjukkan bahwa proporsi sikap yang baik dari 12 Puskesmas paling tinggi adalah Puskesmas Bebandem (85,7 %), dan Puskesmas Sidemen (83,3 %). Sedangkan yang paling rendah adalah Puskesmas Abang 2 (20 %).

VI.6. Motivasi Praktisi Swasta

Motivasi praktisi swasta untuk terlibat dalam penemuan kasus TBC Paru

dapat dilihat pada tabel VI.16 berikut :

Tabel VI.16. Distribusi Frekuensi Jawaban masing-masing Pertanyaan mengenai Motivasi Praktisi Swasta di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Motivasi	Perawat		Bidan		Dokter		Jumlah	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Keinginan ikut dalam penemuan kasus TBC Paru.								
a. Tidak ingin	0	0	1	3,2	0	0	1	1,4
b. Kurang ingin	1	4,8	1	3,2	1	5,0	3	4,2
c. Ingin	17	81,0	25	80,6	16	80,0	58	80,6
d. Sangat ingin	3	14,3	4	12,9	3	15,0	10	13,9
Pernah menemukan kasus TBC Paru								
a. Tidak pernah	6	28,6	11	35,5	3	15,0	20	27,8
b. Jarang	11	52,4	15	48,4	12	60,0	38	52,8
c. Tidak pernah	3	14,3	5	16,1	4	20,0	12	16,7
d. Jarang	1	4,8	0	0	1	5,0	2	2,8
Alasan ikut dalam program penanggulangan TBC Paru								
a. Tidak menjawab	0	0	0	0	0	0	0	0
b. 1 pilihan jawaban	2	9,5	1	3,2	0	0	3	4,2
c. 2 pilihan jawaban	18	85,7	25	80,6	18	90,0	61	84,7
d. 3 pilihan jawaban	1	4,8	5	16,1	2	10,0	8	11,1
Mengajak rekan seprofesi ikut berperan								
a. Tidak ingin	0	0	1	3,2	0	0	1	1,4
b. Kurang ingin	2	9,5	2	6,5	0	0	4	5,6
c. ingin	16	76,2	24	77,4	15	75,0	55	76,4
d. Sangat ingin	3	14,3	4	12,9	5	25,0	12	16,7
Keluar dari program								
a. Sangat ingin	0	0	0	0	0	0	0	0
b. Ingin	0	0	1	3,2	0	0	1	1,4
c. Kurang ingin	3	14,3	5	16,1	1	5,0	9	12,5
d. Tidak ingin	18	85,7	25	80,6	19	95,0	62	86,1
Manfaat menjadi praktisi swasta								

1	2	3	4	5	6	7	8	9
a. Tidak merasakan	1	4,8	1	3,2	0	0	2	2,8
b. Kurang merasakan	3	14,3	3	9,7	1	5,0	7	9,7
c. Merasakan	15	71,4	22	71,0	17	85,0	54	75,0
d. Sangat merasakan	2	9,5	5	16,1	2	10,0	9	12,5
Mengambil dahak tersangka TBC Paru								
a. Tidak mau	2	9,5	0	0	2	10,0	4	5,6
b. Kurang mau	1	4,8	5	16,1	0	0	6	8,3
c. Mau	17	81,0	26	83,9	17	85,0	60	83,3
d. Sangat mau	1	4,8	0	0	1	5,0	2	2,8
Reward atas peran dalam penemuan kasus TBC Paru								
a. Tidak perlu	0	0	0	0	0	0	0	0
b. Kurang perlu	2	9,5	3	9,7	1	5,0	6	8,3
c. Perlu	13	61,9	22	71,0	9	45,0	44	61,1
d. Sangat perlu	6	28,6	6	19,4	10	50,0	22	30,6
Reward yang diinginkan								
a. Tidak perlu	2	9,5	3	9,7	1	5,0	6	8,3
b. Selain a	19	90,5	28	90,3	19	95,0	66	91,7
Sanksi kalau tidak mengambil dahak tersangka								
a. Tidak perlu	9	42,9	10	32,3	2	10,0	21	29,2
b. Kurang perlu	3	14,3	5	16,1	6	30,0	14	19,4
c. perlu	6	28,6	12	38,7	11	55,0	29	40,3
d. Sangat perlu	3	14,3	4	12,9	1	5,0	8	11,1

Tabel VI.16 di atas menunjukkan bahwa praktisi swasta yang mempunyai keinginan terlibat dalam penemuan kasus TBC Paru adalah perawat sebanyak 81,0 %, bidan sebanyak 80,6 % dan dokter sebanyak 80,0 %

Praktisi swasta yang menyatakan jarang menemukan kasus TBC Paru, adalah dokter sebanyak 60 %, perawat sebanyak 52,4 % dan bidan sebanyak 48,4 %.

Alasan praktisi swasta terlibat dalam program penanggulangan TBC responden yang memilih dua jawaban adalah dokter sebanyak 90,0 %, perawat sebanyak 85,7 % dan bidan sebanyak 80,6 %.

Praktisi swasta yang ingin mengajak rekan seprofesi ikut terlibat dalam penemuan kasus TBC Paru adalah bidan sebanyak 77,4 %, perawat sebanyak 76,2 % dan dokter sebanyak 75,0 %.

Praktisi swasta yang mengatakan tidak ingin keluar dari program kemitraan pemerintah-swasta dalam penemuan kasus TBC Paru adalah dokter sebanyak 95,0 %, perawat sebanyak 85,7 % dan bidan sebanyak 80,6 %.

Praktisi swasta yang merasakan ada manfaatnya menjadi praktisi swasta yang terlibat dalam penanggulangan TBC adalah dokter sebanyak 85,0 %, perawat sebanyak 71,5 % dan bidan sebanyak 71,0 %.

Praktisi swasta yang mengatakan mau mengambil denda tersangka TBC Paru adalah dokter sebanyak 85,0 %, bidan sebanyak 83,9 % dan perawat sebanyak 81,0 %.

Praktisi swasta yang mengatakan perlu adanya reward atas perannya dalam penemuan kasus TBC Paru adalah bidan sebanyak 71,0 % dan perawat sebanyak 61,9 %. Sedangkan yang mengatakan sangat perlu adalah dokter sebanyak 50,0 %. Sebagian besar menginginkan reward berupa insentif (45,8 %, pengembangan karier sebesar 37,5 % dan piagam sebesar 8,3 %).

Sanksi kepada praktisi swasta kalau tidak mengambil denda tersangka TBC Paru, praktisi swasta yang mengatakan perlu adalah dokter sebanyak 55,0 %, bidan sebanyak 38,7 %. Sedangkan yang mengatakan tidak perlu adalah perawat sebanyak 42,9 %.

Distribusi frekuensi praktisi swasta berdasarkan pengelompokan kategori motivasi dapat dilihat pada tabel VI.17 berikut :

Tabel VI.17. Distribusi Frekuensi Praktisi Swasta Berdasarkan Katagori Motivasi Praktisi Swasta di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Motivasi	Perawat		Bidan		Dokter		Jumlah	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Rendah	13	61,9	18	58,1	5	25,0	36	50,0
Tinggi	8	38,1	13	41,9	15	75,0	36	50,0
jumlah	21	29,2	31	43,1	20	27,8	72	100,0

Berdasarkan tabel VI.17 di atas terlihat bahwa praktisi swasta dengan profesi sebagai perawat sebagian besar (61,9 %) memiliki motivasi yang rendah. Sebagian besar (58,1%) praktisi swasta yang berprofesi sebagai bidan memiliki motivasi yang rendah. Sebagian besar (75,0 %) responden yang berprofesi sebagai dokter memiliki motivasi yang tinggi.

Distribusi proporsi motivasi praktisi swasta dapat dilihat pada tabel VI.18 berikut :

Tabel VI.18. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Proporsi Motivasi Praktisi Swasta menurut Puskesmas di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Kecamatan	Puskesmas	Motivasi Praktisi Swasta			
		Tinggi		Rendah	
		f	%	f	%
Manggis	Manggis 1	1	20	4	80
	Manggis 2	2	40	3	60
Sidemen	Sidemen	4	66,7	2	33,3
Rendang	Rendang	2	40	3	60
Selat	Selat	4	80	1	20
Bebandem	Bebandem	6	85,7	1	14,3
Karangasem	Karangasem 1	7	50	7	50
	Karangasem 2	2	33,3	4	66,7
Abang	Abang 1	1	20	4	80
	Abang 2	1	20	4	80
Kubu	Kubu 1	3	75	1	25
	Kubu 2	3	60	2	40
Jumlah		36	50	36	50

Tabel VI.18 di atas menunjukkan bahwa proporsi motivasi yang tinggi dari 12 Puskesmas paling tinggi adalah Puskesmas Bebandem (85,7 %), dan Puskesmas Selat (80 %). Sedangkan yang paling rendah adalah Puskesmas Abang 2 (20 %), Puskesmas Abang 1 (20 %), dan Puskesmas Manggis 1 (20 %).

VI.7. Jumlah Praktisi Swasta di Puskesmas

Distribusi frekuensi jumlah praktisi swasta yang terlibat dalam penanggulangan TBC dapat dilihat pada tabel VI.19 berikut :

Tabel VI.19. Distribusi Frekuensi Jumlah Praktisi Swasta menurut Puskesmas di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Kecamatan	Puskesmas	Jumlah Praktisi Swasta	
		f	%
Manggis	Manggis 1	5	6,9
	Manggis 2	5	6,9
Sidemen	Sidemen	6	8,3
Rendang	Rendang	5	6,9
Selat	Selat	5	6,9
Bebandem	Bebandem	7	9,7
Karangasem	Karangasem 1	14	19,4
	Karangasem 2	6	8,3
Abang	Abang 1	5	6,9
	Abang 2	5	6,9
Kubu	Kubu 1	4	5,6
	Kubu 2	5	6,9
Jumlah		72	100,0

Tabel VI.19 di atas menunjukkan bahwa jumlah praktisi swasta yang paling banyak terdapat di Puskesmas Karangasem 1 (19,4 %), sedangkan yang paling sedikit terdapat di Puskesmas Kubu 1 (5,6 %).

VI.8. Pengetahuan Pengawas Menelan Obat.

Pengetahuan Pengawas Menelan Obat yang meliputi organ tubuh yang diserang oleh kuman TBC, cara penularan TBC Paru, cara minum obat penderita TBC Paru, OAT di praktisi swasta, efek samping OAT, kemajuan

pengobatan TBC, pola hidup sehat, agar tidak tertular TBC, form pengiriman suspek praktisi swasta, dan tugas PMO setiap bulan, dapat disajikan dalam tabel VI.20 berikut:

Tabel VI.20. Distribusi Frekuensi Jawaban masing-masing Pertanyaan mengenai Pengetahuan Pengawas Menelan Obat (PMO) di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Pengetahuan PMO	Salah		Benar	
	f	%	f	%
Organ tubuh yang diserang oleh kuman TBC	5	41,7	7	58,3
Cara penularan TBC Paru	0	0	12	100
Cara minum obat penderita TBC Paru	0	0	12	100
OAT di praktisi swasta	2	16,7	10	83,3
Efek samping OAT	3	25,0	9	75,0
Kemajuan pengobatan TBC	1	8,3	11	91,7
Pola hidup sehat	0	0	12	100,0
Agar tidak tertular TBC	1	8,3	11	91,7
Form pengiriman suspek praktisi swasta	3	25,0	9	75,0
Tugas PMO setiap bulan	0	0	12	100,0

Tabel VI.20 di atas menunjukkan bahwa PMO yang menjawab benar tentang organ tubuh yang diserang oleh kuman TBC sebanyak 58,3 %, dan yang menjawab salah sebanyak 41,7 %.

Mengenai cara penularan penyakit TBC Paru, semuanya menjawab benar (100,0%).

Pertanyaan mengenai cara minum obat penderita TBC Paru, semuanya menjawab benar (100,0). Mengenai pasien TBC Paru dapat memperoleh OAT di praktisi swasta, yang menjawab benar sebanyak 83,3 %, dan yang menjawab salah sebanyak 16,7 %. Mengenai efek samping OAT, PMO yang menjawab benar sebanyak 75,0 %, dan yang menjawab salah sebanyak

25,0 %. Mengetahui kemajuan pengobatan penderita TBC, yang menjawab benar sebanyak 91,7 % dan yang menjawab salah sebanyak 8,3 %.

Pertanyaan mengenai cara menjalankan pola hidup sehat, semuanya menjawab benar (100,0%).

Distribusi frekuensi PMO berdasarkan pengelompokkan katagori pengetahuan Pengawas Menelan Obat (PMO) dapat dilihat pada tabel VI.21 berikut :

Tabel VI.21. Distribusi Frekuensi PMO Berdasarkan Katagori Pengetahuan Pengawas Menelan Obat di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Pengetahuan PMO	Jumlah PMO	
	f	%
Kurang	5	41,7
Baik	7	58,3
jumlah	12	100,0

Tabel VI.21 menunjukkan bahwa sebagian besar (58,3 %) responden memiliki pengetahuan yang baik dan sisanya (41,7 %) memiliki pengetahuan kurang.

VI.9. Frekuensi Kunjungan Pengawas Menelan Obat ke Praktisi Swasta.

Distribusi frekuensi PMO berdasarkan pengelompokkan katagori frekuensi kunjungan Pengawas Menelan Obat (PMO) ke praktisi swasta dapat dilihat pada tabel VI.22 berikut :

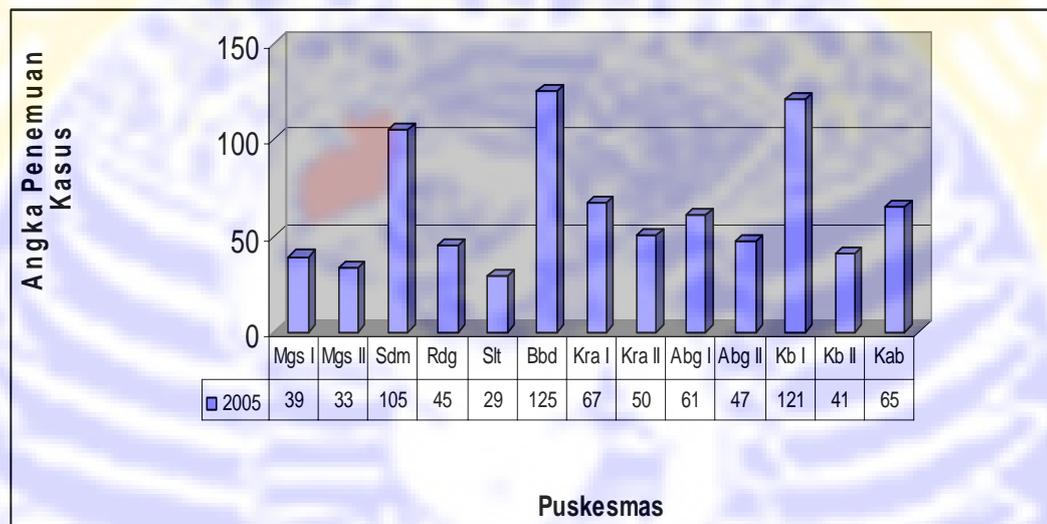
Tabel VI.22. Distribusi Frekuensi PMO Berdasarkan Katagori Frekuensi Kunjungan Pengawas Menelan Obat ke Praktisi Swasta di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Frekuensi Kunjungan	Jumlah PMO	
	f	%
Rendah	11	91,7
Tinggi	1	8,3
jumlah	12	100,0

Tabel VI.22 menunjukkan bahwa sebagian besar (91,7 %) responden dengan frekuensi kunjungan yang rendah ke praktisi swasta dan hanya 8,3 % responden dengan frekuensi kunjungan yang tinggi.

VI.10. Angka Penemuan Kasus TB Paru BTA positif

Angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif di Kabupaten Karangasem tahun 2005 dapat di lihat pada gambar VI.1 berikut :



Gambar VI.1. Grafik Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif Kabupaten Karangasem Tahun 2005.

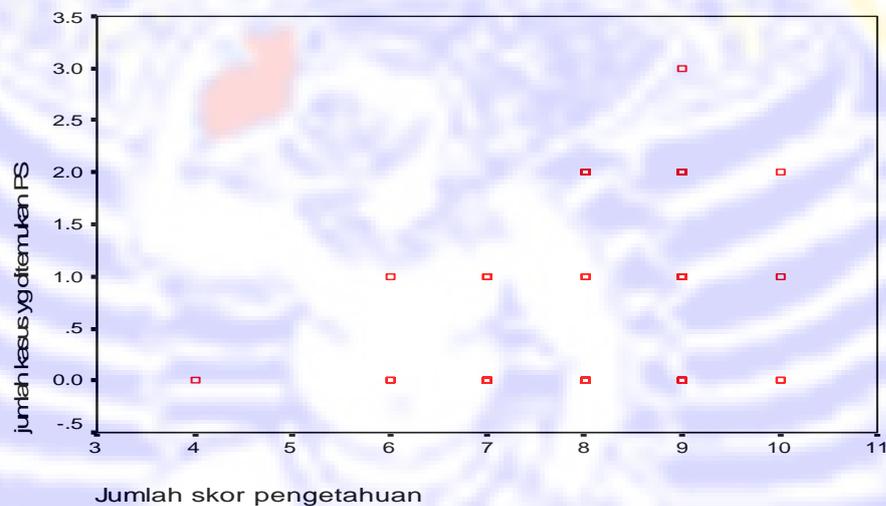
Sumber : Bidang P2 PL Dinkes Kab. Karangasem 2005.

Gambar VI.1 di atas menunjukkan bahwa terdapat tiga Puskesmas dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif melebihi target dari 70 % yaitu Puskesmas Bebandem (125 %), Puskesmas Kubu 1 (121 %) dan Puskesmas Sidemen (105 %). Puskesmas dengan pencapaian paling rendah adalah Puskesmas Selat (29 %), Puskesmas Manggis 2 (33 %) dan Puskesmas Manggis 1 (39 %).

VI.11. Korelasi Antara Variabel Penelitian dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA positif.

VI.11.1. Korelasi antara pengetahuan praktisi swasta dengan penemuan kasus TBC Paru BTA positif praktisi swasta.

Pola hubungan antara pengetahuan praktisi swasta dengan penemuan kasus TBC Paru BTA Positif praktisi swasta dapat dilihat pada gambar VI. 2 berikut :



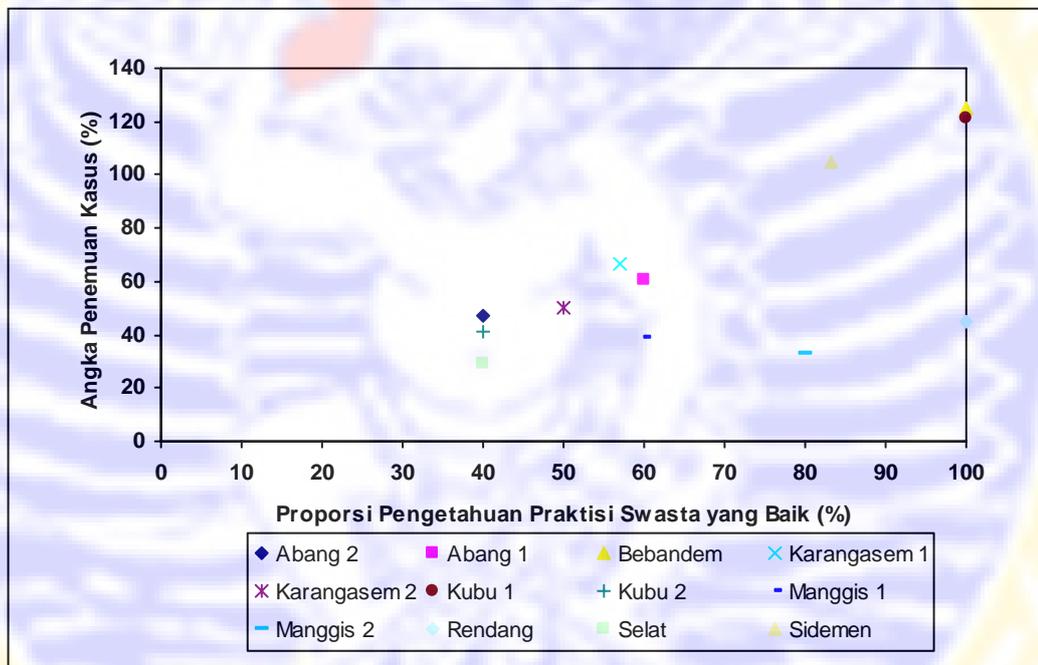
Gambar VI.2. Pola Hubungan Antara Pengetahuan Praktisi Swasta dengan Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif praktisi swasta di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Gambar VI.2 di atas menunjukkan bahwa, korelasi yang diperoleh antara pengetahuan praktisi swasta dengan penemuan kasus TBC Paru BTA positif praktisi swasta adalah positif. Korelasi positif artinya semakin baik (\geq rata-rata) pengetahuan praktisi swasta, maka penemuan kasus TBC Paru positif praktisi swasta semakin banyak. Pada beberapa praktisi swasta ditemukan skor pengetahuan yang baik (\geq rata-rata), tapi tidak menemukan kasus TBC Paru BTA positif.

Hasil analisis korelasi antara pengetahuan praktisi swasta dengan penemuan kasus TBC Paru BTA positif praktisi swasta mempunyai koefisien korelasi (ρ) = +0,355, angka tersebut menunjukkan korelasi yang rendah.

VI.11.2. Korelasi antara proporsi pengetahuan praktisi swasta yang baik dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas.

Pola hubungan antara proporsi pengetahuan praktisi swasta yang baik dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas dapat dilihat pada gambar VI.3 berikut :



Gambar VI.3. Pola Hubungan Antara Proporsi Pengetahuan Praktisi Swasta yang Baik dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Gambar VI.3 di atas menunjukkan bahwa, korelasi yang diperoleh antara proporsi pengetahuan praktisi swasta yang baik dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif adalah positif. Korelasi positif artinya semakin banyak praktisi swasta berpengetahuan baik, maka semakin besar angka

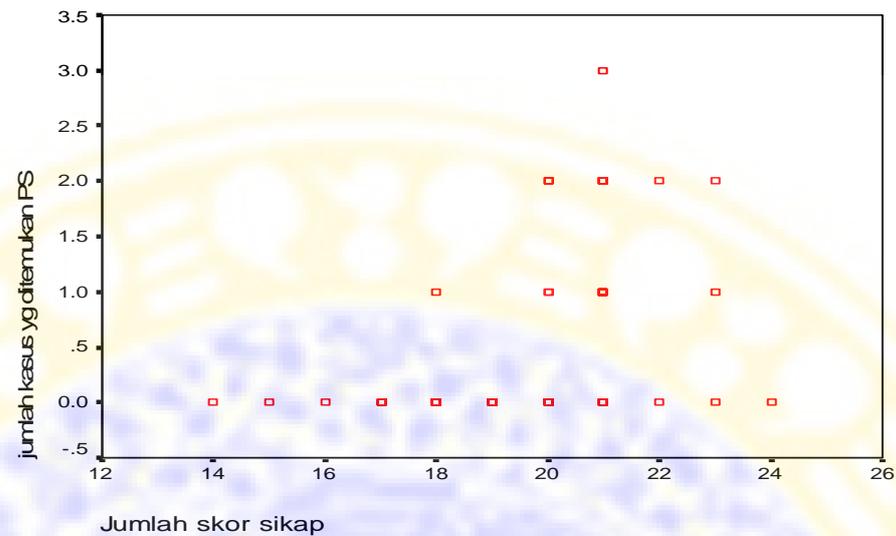
penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas. Terdapat dua Puskesmas yang memiliki praktisi swasta berpengetahuan baik yang banyak yaitu Puskesmas Rendang (100 %) dan Puskesmas Manggis 2 (80 %), tapi angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas masih rendah.

Terdapat satu Puskesmas yang memiliki praktisi swasta berpengetahuan baik yang sedikit dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif yang paling rendah yaitu Puskesmas Selat.

Hasil analisis korelasi antara proporsi pengetahuan praktisi swasta yang baik dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas mempunyai koefisien korelasi (ρ) = +0,659, angka tersebut menunjukkan korelasi yang kuat antara proporsi pengetahuan praktisi swasta yang baik dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas.

VI.11.3. Korelasi antara sikap praktisi swasta dengan penemuan kasus TBC Paru BTA positif praktisi swasta.

Pola hubungan antara sikap praktisi swasta dengan penemuan kasus TBC Paru BTA positif praktisi swasta dapat dilihat pada gambar VI. 4 berikut :



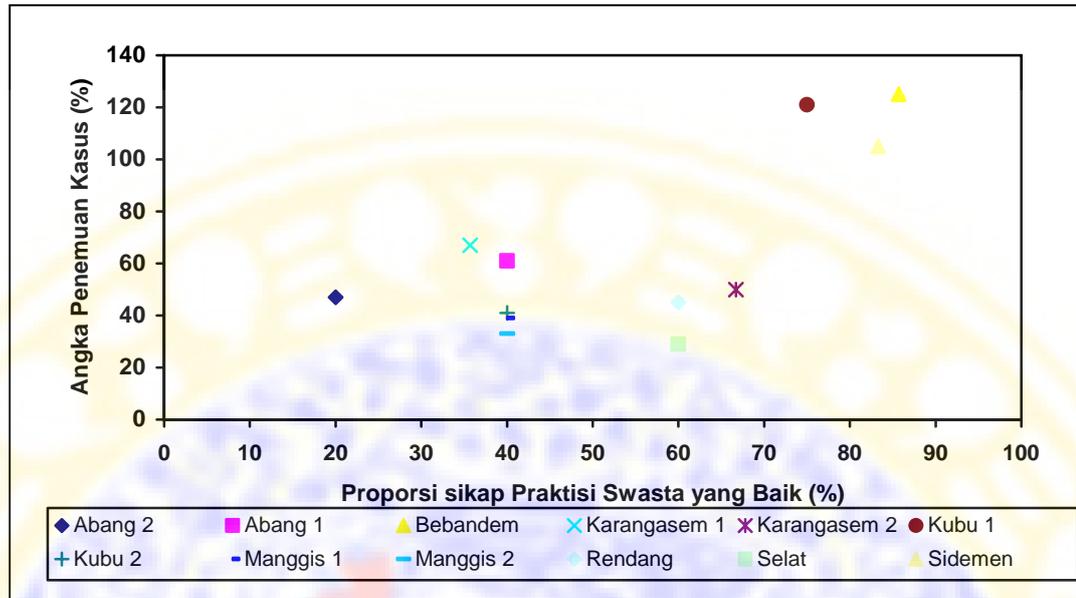
Gambar VI.4. Pola Hubungan antara Sikap Praktisi Swasta dengan Penemuan kasus TBC Paru BTA positif Praktisi Swasta di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Gambar VI.4 di atas menunjukkan bahwa, korelasi yang diperoleh antara sikap praktisi swasta dengan penemuan kasus TBC Paru BTA positif adalah positif. Korelasi positif artinya semakin baik (\geq rata-rata) skor sikap praktisi swasta, maka penemuan kasus TBC Paru positif praktisi swasta semakin banyak. Pada beberapa praktisi swasta ditemukan skor sikap yang baik (\geq rata-rata), tapi penemuan kasus TBC Paru BTA positif praktisi swasta masih rendah.

Hasil analisis korelasi antara sikap praktisi swasta dengan penemuan kasus TBC Paru BTA positif praktisi swasta mempunyai koefisien korelasi (ρ) = +0,452, angka tersebut menunjukkan korelasi yang sedang.

VI.11.4. Korelasi antara proporsi sikap praktisi swasta yang baik dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA Positif Puskesmas.

Pola hubungan antara proporsi sikap praktisi swasta yang baik dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas dapat dilihat pada gambar VI.5 berikut :



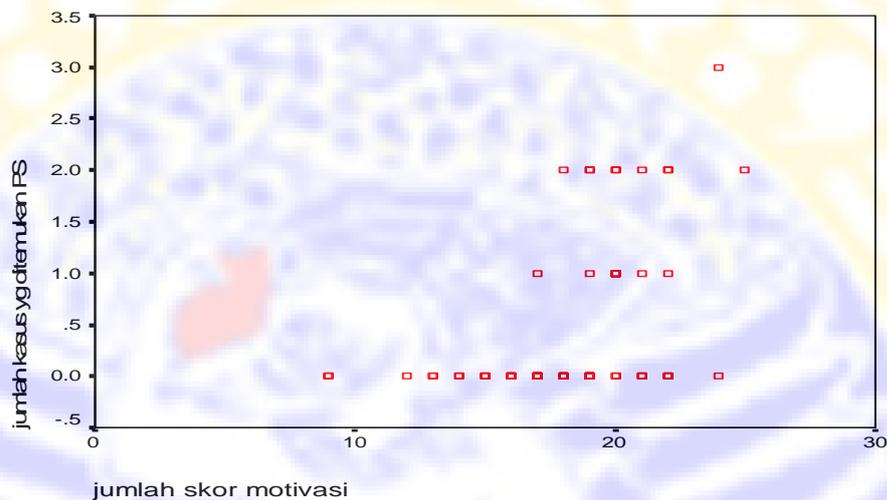
Gambar VI.5. Pola Hubungan antara Proporsi Sikap Praktisi Swasta yang baik dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Gambar VI.5 di atas menunjukkan bahwa, korelasi yang diperoleh antara proporsi sikap praktisi swasta yang baik dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas adalah positif. Korelasi positif artinya semakin banyak praktisi swasta bersikap baik, maka semakin besar angka penemuan kasus TBC Paru positif Puskesmas. Terdapat satu Puskesmas yang memiliki praktisi swasta bersikap baik yang banyak, tapi angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas masih rendah yaitu Puskesmas Selat (60 %).

Hasil analisis korelasi antara proporsi sikap praktisi swasta yang baik dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas mempunyai koefisien korelasi (ρ) = +0,699, angka tersebut menunjukkan korelasi yang kuat antara proporsi sikap praktisi swasta yang baik dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas.

VI.11.5. Korelasi antara motivasi praktisi swasta dengan penemuan kasus TBC Paru BTA positif oleh praktisi swasta.

Pola hubungan antara motivasi praktisi swasta dengan penemuan kasus TBC Paru BTA positif praktisi swasta dapat dilihat pada gambar VI.6 berikut :



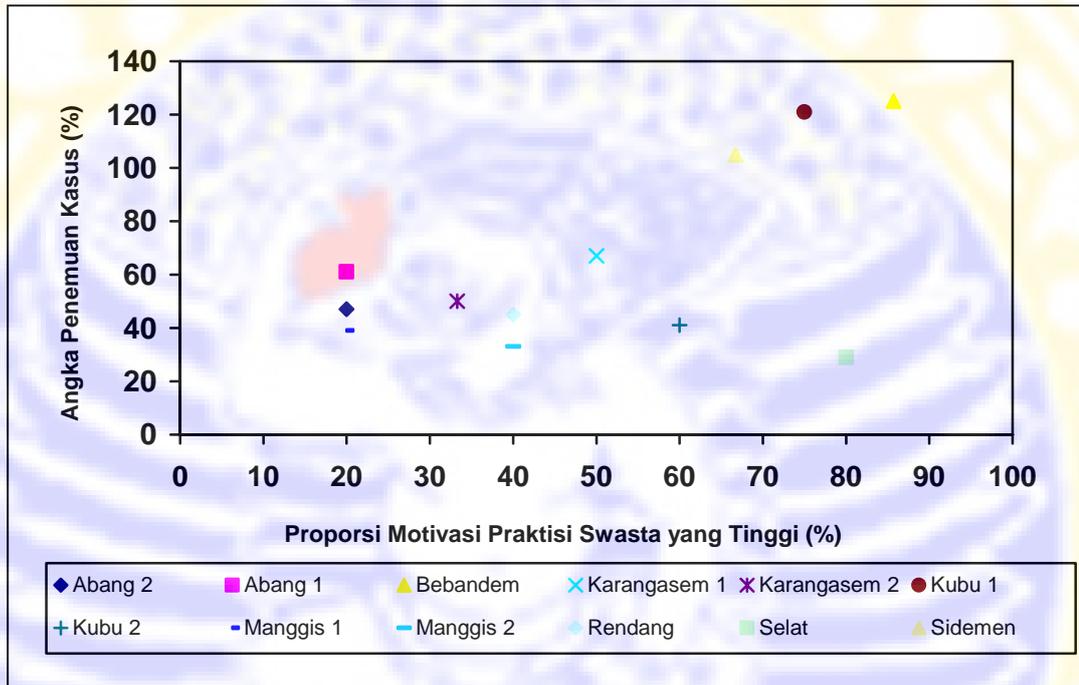
Gambar VI.6. Pola Hubungan antara Motivasi Praktisi Swasta dengan Penemuan Kasus TBC Paru BTA positif Praktisi Swasta di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Gambar VI.6 di atas menunjukkan bahwa, korelasi yang diperoleh antara motivasi praktisi swasta dengan penemuan kasus TBC Paru BTA positif adalah positif. Korelasi positif artinya semakin tinggi motivasi praktisi swasta, maka penemuan kasus TBC Paru positif praktisi swasta semakin banyak. Pada beberapa praktisi swasta ditemukan motivasi praktisi swasta yang tinggi, tapi tidak menemukan kasus TBC Paru BTA positif.

Hasil analisis korelasi antara motivasi praktisi swasta dengan penemuan kasus TBC Paru BTA positif mempunyai koefisien korelasi (ρ) = +0,477, angka tersebut menunjukkan korelasi yang sedang.

VI.11.6. Korelasi antara proporsi motivasi praktisi swasta yang tinggi dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas.

Pola hubungan antara proporsi motivasi praktisi swasta yang tinggi dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas dapat dilihat pada gambar VI.7 berikut :



Gambar VI.7. Pola Hubungan antara Proporsi Motivasi Praktisi Swasta yang Tinggi dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

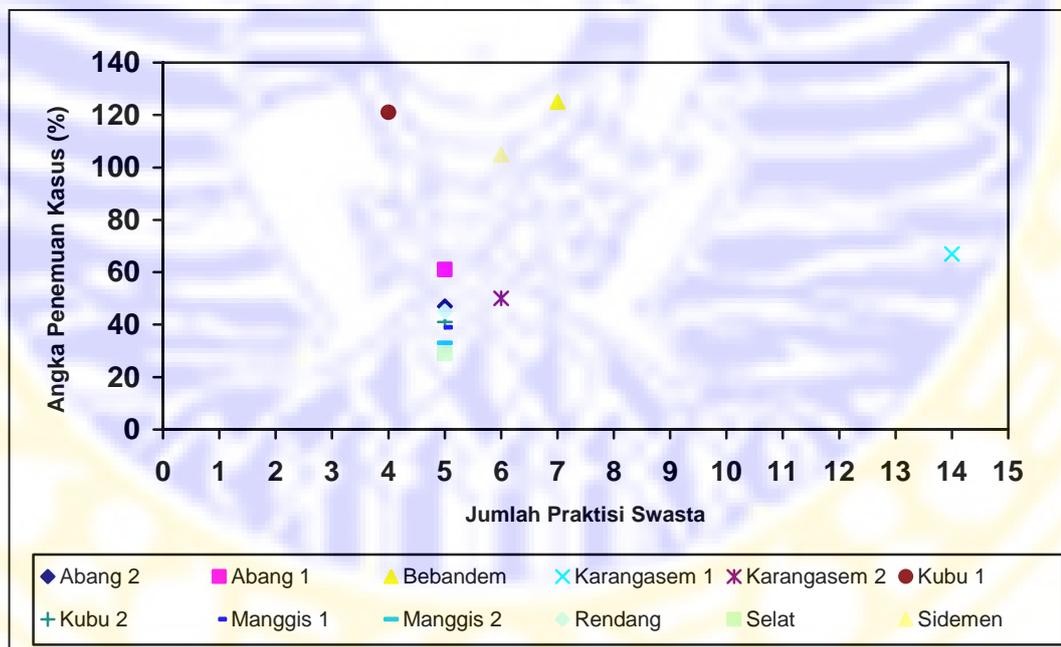
Gambar VI.7 di atas menunjukkan bahwa, korelasi yang diperoleh antara proporsi motivasi praktisi swasta yang tinggi dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif adalah positif. Korelasi positif artinya semakin banyak praktisi swasta dengan motivasi yang tinggi, maka semakin besar angka penemuan kasus TBC Paru positif Puskesmas. Terdapat satu Puskesmas yang memiliki praktisi swasta dengan motivasi tinggi yang banyak, tapi angka

penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas masih rendah yaitu Puskesmas Selat (80 %).

Hasil analisis korelasi antara proporsi motivasi praktisi swasta yang tinggi dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif mempunyai koefisien korelasi (ρ) = +0,563, angka tersebut menunjukkan korelasi yang sedang antara proporsi motivasi praktisi swasta yang tinggi dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas.

VI.11.7. Korelasi antara jumlah praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas.

Pola hubungan antara Jumlah praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas dapat dilihat pada gambar VI.8 berikut :



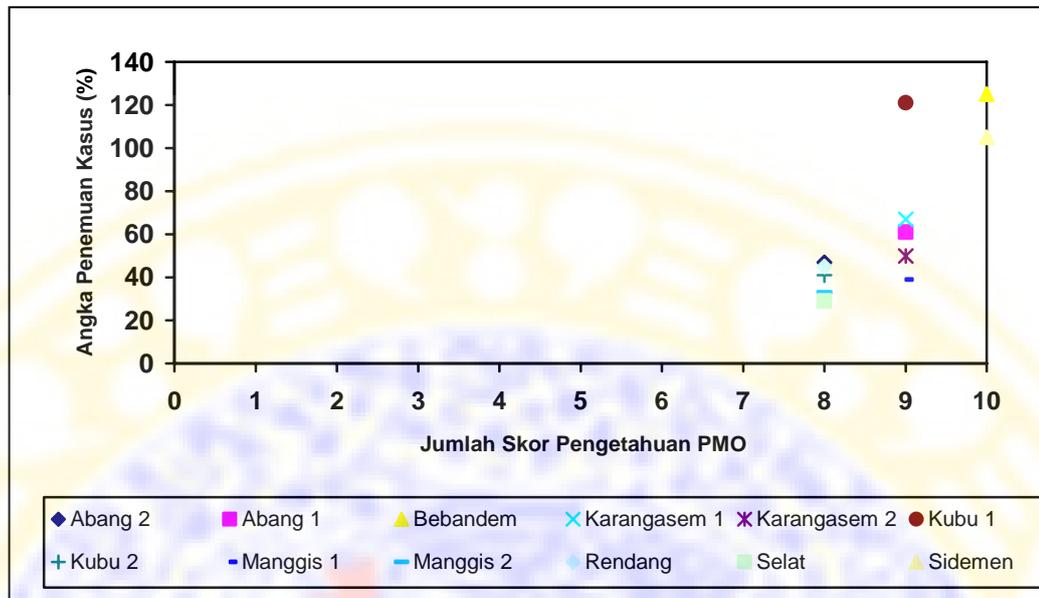
Gambar VI.8. Pola Hubungan antara Jumlah Praktisi Swasta dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif Puskesmas di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Gambar VI.8 di atas menunjukkan bahwa, korelasi yang diperoleh antara jumlah praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas adalah positif. Korelasi positif artinya semakin banyak praktisi swasta yang terlibat, maka semakin besar angka penemuan kasus TBC Paru positif Puskesmas. Terdapat satu Puskesmas dengan jumlah praktisi swasta rendah dan dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas juga masih rendah, yaitu Puskesmas Selat.

Hasil analisis korelasi antara jumlah praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas mempunyai koefisien korelasi (ρ) = +0,125, angka tersebut menunjukkan korelasi yang sangat rendah antara jumlah praktis swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas.

VI.11.8. Korelasi antara pengetahuan Pengawas Menelan Obat dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA Positif Puskesmas.

Pola hubungan antara pengetahuan Pengawas Menelan Obat (PMO) dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas dapat dilihat pada gambar VI.9 berikut :



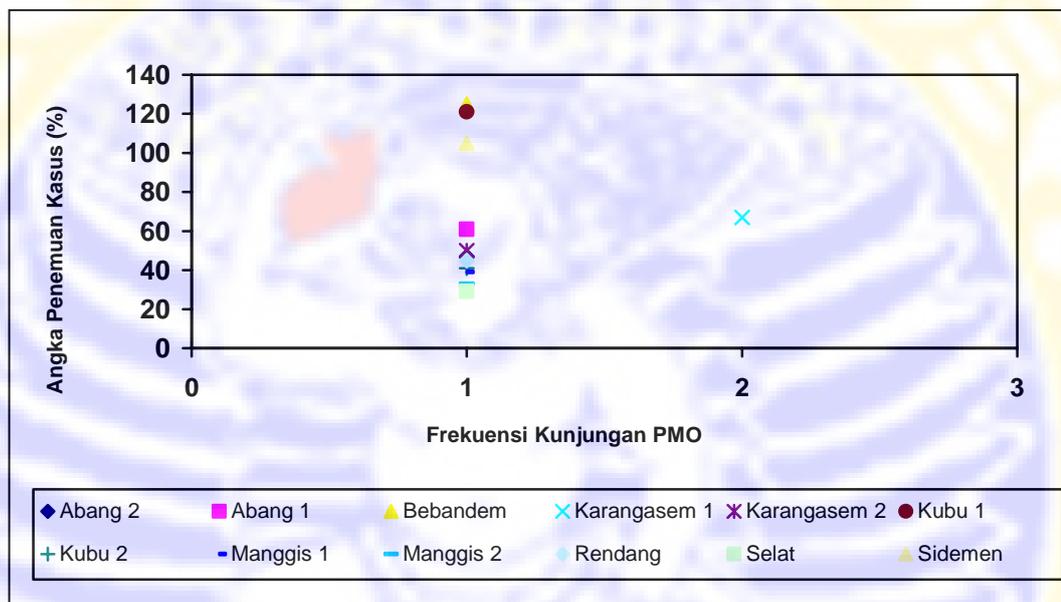
Gambar VI.9. Pola Hubungan antara Pengetahuan Pengawas Menelan Obat (PMO) dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif Puskesmas di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Gambar VI.9 di atas menunjukkan bahwa korelasi yang diperoleh antara pengetahuan Pengawas Menelan Obat dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas adalah positif. Korelasi positif artinya semakin baik pengetahuan Pengawas Menelan Obat, maka semakin besar angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas. Terdapat satu Puskesmas dengan pengetahuan Pengawas Menelan Obat yang rendah dan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas juga masih rendah, yaitu Puskesmas Selat.

Hasil analisis korelasi antara pengetahuan Pengawas Menelan Obat (PMO) dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas mempunyai koefisien korelasi (ρ) = +0,797, angka tersebut menunjukkan korelasi yang kuat antara pengetahuan Pengawas Menelan Obat dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas.

VI.11.9. Korelasi antara frekuensi kunjungan Pengawas Menelan Obat ke praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas.

Pola hubungan antara frekuensi kunjungan Pengawas Menelan Obat ke praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas dapat dilihat pada gambar VI.10 berikut :



Gambar VI.10. Pola Hubungan antara Frekuensi Kunjungan Pengawas Menelan Obat (PMO) ke Praktisi Swasta dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif Puskesmas di Kabupaten Karangasem Tahun 2006

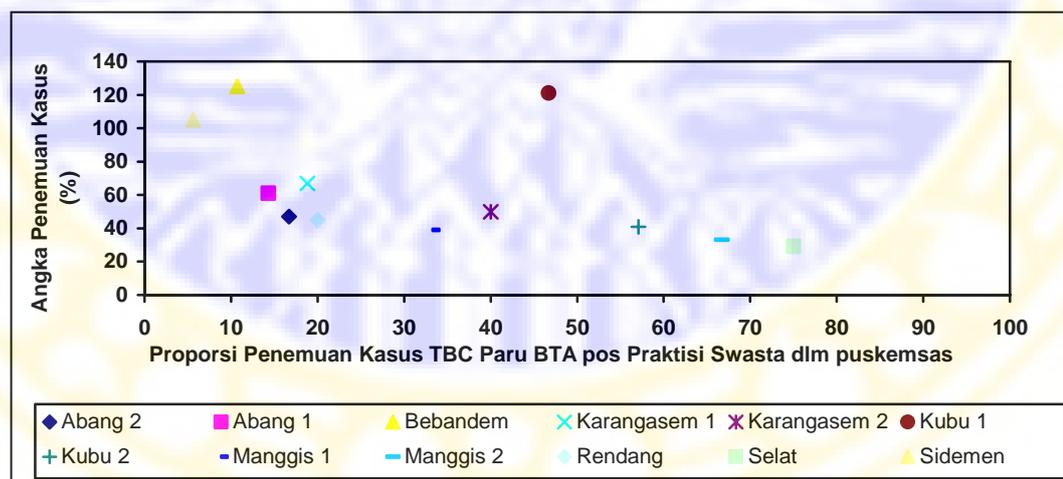
Gambar VI.10 di atas menunjukkan bahwa, korelasi yang diperoleh antara frekuensi kunjungan Pengawas Menelan Obat (PMO) ke praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas adalah positif. Korelasi positif artinya semakin tinggi frekuensi kunjungan Pengawas Menelan Obat Puskesmas ke praktisi swasta, maka semakin besar angka penemuan kasus TBC Paru positif Puskesmas. Terdapat satu Puskesmas

dengan frekuensi kunjungan Pengawas Menelan Obat ke praktisi swasta yang rendah, dan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas juga rendah yaitu Puskesmas Selat.

Hasil analisis korelasi antara frekuensi kunjungan Pengawas Menelan Obat (PMO) ke praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas mempunyai koefisien korelasi (ρ) = +0,218, angka tersebut menunjukkan korelasi yang rendah antara frekuensi kunjungan Pengawas Menelan Obat (PMO) ke praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas.

VI.11.10. Korelasi antara proporsi penemuan kasus TBC Paru BTA positif praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA Positif Puskesmas.

Pola hubungan antara proporsi penemuan kasus TBC Paru BTA positif praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas dapat dilihat pada gambar VI.11 berikut :



Gambar VI.11. Pola hubungan antara Proporsi Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif Praktisi Swasta dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif Puskesmas di Kabupaten Karangasem Tahun 2006.

Gambar VI.11 di atas menunjukkan bahwa, korelasi yang diperoleh antara proporsi penemuan kasus TBC Paru BTA positif praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas adalah negatif. Korelasi negatif artinya semakin banyak penemuan kasus TBC Paru BTA positif praktisi swasta, maka angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas semakin rendah. Terdapat dua Puskesmas dengan proporsi penemuan kasus praktisi swasta yang tinggi, tapi angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas yang rendah yaitu Puskesmas Selat dan Puskesmas Manggis 2.

Hasil analisis korelasi antara proporsi penemuan kasus TBC Paru BTA positif ke praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas mempunyai koefisien korelasi (ρ) = -0,496, angka tersebut menunjukkan korelasi yang sedang antara proporsi penemuan kasus TBC Paru BTA positif praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas.

BAB VII

PEMBAHASAN

VII.1. Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif Kabupaten Karangasem.

Angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif di Kabupaten Karangasem tahun 2005 mencapai 65 % dari kasus yang diperkirakan ada. Angka ini masih di bawah target yang ditetapkan yaitu 70 % .

Angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif untuk Puskesmas, ada tiga Puskesmas yang pencapaiannya melebihi target yaitu Puskesmas Bebandem, Puskesmas Sidemen dan Puskesmas Kubu 1. Puskesmas lainnya masih jauh di bawah target yang ditetapkan, bahkan ada dua Puskesmas yang pencapaiannya paling rendah yaitu Puskesmas Manggis 2 dan Puskesmas Selat.

Penyebab rendahnya angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif di Kabupaten Karangasem adalah :

1. Sosialisasi tentang penanggulangan TBC kepada masyarakat masih kurang, baik secara kualitas maupun kuantitas.
2. Penderita yang dirujuk dari rumah sakit di luar Kabupaten Karangasem banyak yang tidak terlacak, karena alamat penderita tidak jelas sehingga sulit melaksanakan kontak dengan penderita.
3. Penjaringan suspek yang masih terlalu longgar maupun ketat.
4. Pembuatan apusan sampai dengan pemeriksaan slide masih ada yang tidak sesuai dengan protap (Dinkes Kabupaten Karangasem, 2006).

VII.2. Korelasi antara Pengetahuan Praktisi Swasta dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif.

Berdasarkan tabel VI.11 memperlihatkan bahwa sebagian besar responden (66,7 %) memiliki pengetahuan dengan katagori baik dan hanya 33,3 % yang berpengetahuan kurang.

Berdasarkan analisis korelasi antara pengetahuan praktisi swasta dengan penemuan kasus TBC Paru BTA positif praktisi swasta menunjukkan korelasi yang rendah dengan arah korelasi positif .

Bbeberapa praktisi swasta ditemukan skor pengetahuan yang baik (\geq rata-rata), tapi tidak menemukan kasus TBC Paru BTA positif. Hal ini disebabkan karena praktisi swasta yang menjadi responden telah mengikuti sosialisasi tentang program penanggulangan TBC yang diberikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Karangasem pada tahun 2005.

Berdasarkan analisis korelasi antara proporsi pengetahuan praktisi swasta yang baik dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas menunjukkan korelasi yang kuat, dengan arah korelasi positif.

Terdapat dua Puskesmas (16,7 %) ditemukan praktisi swasta berpengetahuan baik yang banyak tapi angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas masih rendah. Hal ini disebabkan karena wilayah Puskesmas Rendang dan Puskesmas Manggis 2 berbatasan dengan Kabupaten Klungkung sehingga penduduk yang tinggalnya jauh dari Puskesmas maupun Puskesmas Pembantu lebih banyak berobat ke RSUD Klungkung yang jaraknya lebih dekat. Ini didukung dengan penemuan kasus TBC Paru BTA positif oleh RSUD Klungkung pada tahun 2005 sebanyak 7 orang. Penderita

yang dirujuk dari RSUD Klungkung tersebut banyak yang tidak terlacak karena alamat penderita tidak jelas sehingga sulit melaksanakan kontak.

Menurut Notoatmodjo 2003, perubahan perilaku didasari adanya perubahan atau penambahan pengetahuan, sikap atau keterampilannya. Namun demikian perubahan pengetahuan dan sikap ini belum merupakan jaminan terjadinya perubahan perilaku, sebab perilaku baru tersebut kadang-kadang memerlukan dukungan material.

Terdapat satu Puskesmas (8,3 %) dengan praktisi swasta berpendidikan baik yang sedikit dan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif yang paling rendah yaitu Puskesmas Selat. Hal ini disebabkan karena penemuan kasus oleh Puskesmas masih rendah dibandingkan dengan penemuan kasus oleh praktisi swasta. Penyebab lain adalah rumah penduduk yang berada jauh di pegunungan juga menjadi kendala bagi masyarakat untuk mendapatkan pelayanan di Puskesmas Pembantu.

VII.3. Korelasi antara Sikap Praktisi Swasta dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif.

Berdasarkan tabel VI.14 memperlihatkan bahwa sebagian besar (52,8 %) responden bersikap baik dan sebanyak 47,2 % yang bersikap kurang baik.

Berdasarkan analisis korelasi antara sikap praktisi swasta dengan penemuan kasus TBC Paru BTA positif praktisi swasta menunjukkan korelasi yang sedang. Arah korelasi positif artinya semakin baik (\geq rata-rata) skor sikap praktisi swasta, maka semakin besar penemuan kasus TBC Paru BTA positif praktisi swasta.

Beberapa praktisi swasta ditemukan skor sikap yang baik (\geq rata-rata), tapi jumlah kasus TBC Paru BTA positif yang ditemukan praktisi swasta masih rendah (gambar VI.4). Banyaknya responden yang bersikap baik disebabkan karena sebagian besar pengetahuan responden baik sehingga cenderung untuk bersikap positif, namun demikian sikap ini belum sepenuhnya dapat diwujudkan dalam penemuan kasus TBC Paru BTA positif.

Newcomb salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksana motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi adalah merupakan “predisposisi” tindakan atau perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi tingkah laku yang terbuka (Notoatmodjo, 2003).

Berdasarkan analisis korelasi antara proporsi sikap praktisi swasta yang baik dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas menunjukkan korelasi yang kuat, dengan korelasi positif artinya semakin tinggi proporsi sikap praktisi swasta yang baik, maka semakin besar angka penemuan kasus TBC Paru positif Puskesmas.

Terdapat satu Puskesmas (8,3 %) ditemukan praktisi swasta bersikap baik yang banyak, tapi angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas masih rendah. Menurut Notoatmodjo 2003, suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan. Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan.

Faktor pendukung atau kondisi yang menyebabkan rendahnya penemuan kasus Puskesmas adalah jarak tempat tinggal penduduk yang jauh dari unit pelayanan kesehatan (termasuk praktisi swasta), disamping itu dipengaruhi oleh sarana transportasi yang ada. Hal ini mengakibatkan masyarakat masih sulit untuk memperoleh pelayanan kesehatan.

Menurut Depkes RI 2002, penemuan penderita TBC dilakukan secara pasif, artinya penjangkauan tersangka penderita dilaksanakan pada mereka yang datang berkunjung ke unit pelayanan kesehatan. Penemuan secara pasif tersebut didukung dengan penyuluhan secara aktif, baik oleh petugas kesehatan maupun masyarakat, untuk meningkatkan cakupan penemuan tersangka penderita. Cara ini biasa dikenal dengan sebutan *passive promotive case finding* (penemuan penderita secara pasif dengan promosi yang aktif).

VII.4. Korelasi antara Motivasi Praktisi Swasta dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif.

Berdasarkan tabel VI.17 memperlihatkan bahwa sebagian (50 %) praktisi swasta memiliki motivasi yang tinggi, dan sebagian lagi (50 %) memiliki motivasi yang rendah.

Berdasarkan analisis korelasi antara motivasi praktisi swasta dengan penemuan kasus TBC Paru BTA positif praktisi swasta diperoleh korelasi yang sedang, dengan arah korelasi positif artinya semakin tinggi motivasi praktisi swasta, maka penemuan kasus TBC Paru positif praktisi swasta semakin besar.

Beberapa praktisi swasta ditemukan motivasi praktisi swasta yang tinggi, tapi tidak menemukan kasus TBC Paru BTA positif. Hal ini disebabkan

karena motivasi yang tinggi berkaitan dengan respon untuk mau mengambil dahak tersangka TBC, mengirim dahak tersebut ke Puskesmas dan berkaitan dengan kesadaran masyarakat untuk memeriksakan diri bila dengan gejala TBC.

Berdasarkan analisis korelasi antara proporsi motivasi praktisi swasta yang tinggi dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif menunjukkan korelasi yang sedang, dengan arah korelasi positif artinya semakin banyak praktisi swasta dengan motivasi yang tinggi, maka semakin besar angka penemuan kasus TBC Paru positif Puskesmas.

Terdapat satu Puskesmas (8,3 %) ditemukan praktisi swasta dengan motivasi tinggi yang banyak, tapi angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas masih rendah. Hal ini disebabkan karena frekuensi kunjungan PMO ke praktisi swasta yang rendah sehingga mungkin saja dahak yang sudah diambil praktisi swasta tidak dikirim ke Puskesmas.

Menurut Arifin 2003, motivasi dapat dijelaskan sebagai suatu pembentukan perilaku yang ditandai oleh bentuk-bentuk aktivitas atau kegiatan melalui proses psikologis, baik yang dipengaruhi oleh faktor *intrinsic* maupun *extrinsic*, yang dapat mengarahkannya dalam mencapai apa yang diinginkannya (tujuan). Pengertian ini mengandung arti bahwa seseorang dapat diarahkan pada perilaku tertentu melalui rangsangan dari dalam maupun dari luar. Rangsangan dari dalam biasanya timbul berdasarkan latar belakang pendidikan, pengalaman dan kebutuhan. Sedangkan rangsangan dari luar bisa didorong oleh faktor kepemimpinan, lingkungan kerja, rekan sejawat, kompensasi dan bentuk-bentuk sejenisnya.

Menurut Azwar 1996, agar seseorang mau dan bersedia melakukan seperti yang diharapkan, kadangkala perlu disediakan perangsang (*incentive*). Perangsang ini dibedakan atas dua macam yakni: perangsang positif dan perangsang negatif. Perangsang positif (*positive incentive*) ialah imbalan yang menyenangkan yang disediakan untuk karyawan yang berprestasi. Rangsangan positif ini banyak macamnya, antara lain hadiah, pengakuan, promosi dan ataupun melibatkan karyawan tersebut pada kegiatan yang bernilai gengsi yang lebih tinggi. Perangsang negatif (*negative incentive*) ialah imbalan yang tidak menyenangkan berupa hukuman bagi karyawan yang tidak berprestasi dan ataupun yang berbuat tidak seperti yang diharapkan. Perangsang yang negatif ini banyak pula jenisnya, antara lain denda, teguran, pemindahan tempat kerja (mutasi) dan ataupun pemberhentian.

Perangsang positif inilah yang belum diterima oleh praktisi swasta atas perannya dalam menemukan kasus TBC Paru BTA positif. Praktisi swasta sebagian besar mengharapkan agar mendapat perangsang berupa insentif (uang), disusul perangsang berupa mengembangkan karier.

VII.5. Korelasi antara Jumlah Praktisi Swasta dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif.

Hasil analisis korelasi antara jumlah praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas menunjukkan korelasi yang sangat rendah, dengan arah korelasi positif.

Terdapat satu Puskesmas (8,3 %) dengan jumlah praktisi swasta yang rendah dan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas juga masih rendah yaitu Puskesmas Selat. Dalam program penanggulangan TBC

dengan melibatkan praktisi swasta sebagai mitra pemerintah (Puskesmas) diharapkan dapat meningkatkan penemuan kasus TBC Paru Puskesmas maupun Kabupaten. Praktisi swasta yang terlibat jumlahnya sedikit maka penemuan kasus TBC Paru BTA positif semakin rendah.

Lawrence Green seperti dikutip Notoatmodjo 2003, mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan yang dipengaruhi oleh dua faktor pokok yakni perilaku dan faktor di luar perilaku. Perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor yaitu faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor pendorong. Jumlah praktisi swasta yang terlibat dalam penanggulangan TBC merupakan faktor pendukung yang terwujud dalam tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, termasuk praktisi swasta.

VII.6. Korelasi antara Pengetahuan Pengawas Menelan Obat dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif.

Berdasarkan tabel VI.20 menunjukkan bahwa sebagian besar (58,3 %) Pengawas Menelan Obat memiliki pengetahuan yang baik dan sisanya (41,7 %) memiliki pengetahuan kurang.

Hasil analisis korelasi antara pengetahuan Pengawas Menelan Obat (PMO) dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas menunjukkan korelasi yang kuat, dengan arah korelasi positif.

Terdapat satu Puskesmas dengan pengetahuan Pengawas Menelan Obat yang rendah dan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas juga masih rendah, yaitu Puskesmas Selat. Pengetahuan PMO yang rendah berdampak pada kinerja praktisi swasta untuk bisa berperan dalam

menemukan kasus TBC Paru BTA positif. Semakin rendah pengetahuan Pengawas Menelan Obat, maka semakin sulit mengharapkan praktisi swasta untuk dapat meningkatkan penemuan kasus TBC Paru BTA positif.

Menurut Notoatmodjo 2003, salah satu prinsip kemitraan adalah saling menguntungkan. Menguntungkan di sini bukan selalu diartikan dengan materi atau uang, tetapi lebih kepada non materi. Saling menguntungkan disini lebih deilihat dari kebersamaan atau sinergi dalam mencapai tujuan bersama.

Menurut PMPK FK-UGM-Fidelis, IUATLD, 2004, keuntungan bagi praktisi swasta dalam program kemitraan ini adalah :

1. Dapat menjamin privasi dan kepuasan pasien.
2. Tersedia sistem pemantauan bagi pasien, dengan dukungan PMO dan puskesmas.
3. Pasien dapat memperoleh obat program.
4. Didukung oleh jejaring yang mantap.
5. Jasa konsultasi yang tetap.
6. Uluran tangan bagi kesuksesan program TBC di Bali. (PMPK FK-UGM-Fidelis, IUATLD, 2004).

Keuntungan bagi pemerintah adalah membantu upaya pemerintah dalam penanggulangan TBC terutama meningkatkan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif.

VII.7. Korelasi antara Frekuensi Kunjungan Pengawas Menelan Obat ke Praktisi Swasta dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif.

Berdasarkan tabel VI.21 menunjukkan bahwa sebagian besar (91,7 %) responden dengan frekuensi kunjungan ke praktisi swasta yang rendah dan hanya 8,3 % responden dengan frekuensi yang tinggi.

Hasil analisis korelasi antara frekuensi kunjungan Pengawas Menelan Obat (PMO) ke praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas menunjukkan korelasi yang rendah, dengan arah korelasi yang positif.

Terdapat satu Puskesmas (8,3 %) dengan frekuensi kunjungan Pengawas Menelan Obat ke praktisi swasta yang rendah, dan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas juga rendah yaitu Puskesmas Selat. Tugas PMO setiap bulan adalah mengambil copy surat rujukan, mencatat dan melaporkan suspek/pasien TBC dari praktisi swasta, memberikan umpan balik ke praktisi swasta, mendistribusikan obat, melakukan pelacakan mangkir awal dan pengobatan, mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi oleh praktisi swasta dan mendiskusikan alternatif pemecahannya, mengisi form monitoring (PMPK FK-UGM, *Fidelis-IUATLD*, 2004). Frekuensi kunjungan Pengawas Menelan Obat yang rendah, jelas sekali akan memutus komunikasi dengan praktisi swasta sehingga perannya dalam penemuan kasus TBC Paru BTA positif akan rendah.

VII.8. Korelasi antara Penemuan Kasus TBC Paru BTA Paru Positif Praktisi Swasta dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA Positif.

Hasil analisis korelasi antara proporsi penemuan kasus TBC Paru BTA positif ke praktisi swasta dengan angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas menunjukkan korelasi yang sedang dengan arah korelasi negatif.

Terdapat dua Puskesmas (16,7 %) dengan proporsi penemuan kasus praktisi swasta yang tinggi, tapi angka penemuan kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas yang rendah. Hal ini disebabkan karena masyarakat merasa lebih yakin sembuh bila berobat ke praktisi swasta, disamping itu praktisi swasta dapat menjamin kerahasiaan mereka. Transportasi yang memadai di kedua wilayah Puskesmas tersebut dengan Kabupaten Klungkung menyebabkan masyarakat banyak yang berobat ke RSUD Klungkung. Kasus yang dirujuk oleh RSUD Klungkung berjumlah 7 orang, banyak yang tidak bisa dilacak karena alamat yang tidak jelas.



BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

VIII.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA positif di Kabupaten Karangasem tahun 2005 mencapai 65 %, angka ini masih dibawah target yang ditetapkan yaitu 70 %.
2. Korelasi antara proporsi pengetahuan praktisi swasta yang baik dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA positif menunjukkan korelasi yang kuat.
3. Korelasi antara proporsi sikap praktisi swasta yang baik dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA positif menunjukkan korelasi yang kuat.
4. Korelasi antara proporsi motivasi praktisi swasta yang tinggi dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA positif menunjukkan korelasi yang sedang.
5. Korelasi antara jumlah praktisi swasta dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA positif menunjukkan korelasi yang sangat rendah.
6. Korelasi antara pengetahuan Pengawas Menelan Obat dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA positif menunjukkan korelasi yang kuat.
7. Korelasi antara frekuensi kunjungan Pengawas Menelan Obat ke praktisi swasta dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA positif menunjukkan korelasi yang rendah.

8. Korelasi antara penemuan kasus TBC Paru BTA positif praktisi swasta dengan Angka Penemuan Kasus TBC Paru BTA positif Puskesmas menunjukkan korelasi yang sedang.

VIII. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka dapat disarankan hal-hal sebagai berikut :

1. Pembinaan ke praktisi swasta oleh PMO agar lebih diintensifkan terutama pada Puskesmas yang memiliki praktisi swasta berpendidikan baik yang masih sedikit (Puskesmas Selat).
2. Meningkatkan peran praktisi swasta dapat dilakukan dengan memberikan perangsang berupa insentif (uang) atau piagam dan mengembangkan karier kepada praktisi swasta yang menemukan kasus TBC Paru BTA positif.
3. Program kemitraan pemerintah – swasta dalam penanggulangan TBC agar ditingkatkan dengan melakukan sosialisasi kepada praktisi swasta yang belum terlibat secara rutin setiap tahun sehingga semua praktisi swasta dapat berperan aktif dalam menanggulangi masalah Penyakit TBC.
4. Meningkatkan pengetahuan PMO yang rendah dapat dilakukan dengan mengirim PMO untuk mengikuti pelatihan atau penyegaran PMO, yang dilakukan secara bergilir setiap tahun.
5. Kunjungan PMO ke praktisi swasta agar dilakukan minimal tiga kali dalam seminggu sehingga terjalin komunikasi timbal balik antara praktisi swasta dengan PMO.

6. Meningkatkan cakupan penemuan kasus TBC Paru oleh praktisi swasta, dapat dilakukan dengan mengadakan pertemuan antara praktisi swasta dengan Puskesmas secara berkala guna melakukan monitoring dan evaluasi serta meningkatkan komitmen petugas Puskesmas dan praktisi swasta dalam program Penanggulangan TBC.

DAFTAR PUSTAKA

- Arifin, Rois, Amirullah, Faiziah, Siti. 2003. *Perilaku Organisasi*. Bayumedia. Malang.
- Azwar, Azrul. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Binarupa Aksara. Jakarta.
- BPS. Karangasem. 2006. *Karangasem Dalam Angka 2005*. Amlapura.
- Budiarto, Eko. 2004. *Metodologi Penelitian Kedokteran*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Danusantoso, Halim. 2000. *Buku Saku Ilmu Penyakit Paru*. Hipokrates. Jakarta .
- Dinkes Kabupaten Karangasem, 2005. *Laporan Tahunan Subdin PPM dan PKL Tahun 2004*. Amlapura : Subdin PPM & PKL.
- Dinkes Kabupaten Karangasem, 2006 a. *Profil Kesehatan Kabupaten Karangasem Propinsi Bali Tahun 2005*. Amlapura.
- Dinkes Kabupaten Karangasem, 2006 b. *Laporan Tahunan TB Paru Karangasem 2005*. Amlapura : Bidang P2 PL.
- Dinkes Prop. Bali. 2004 a. *Laporan Hasil P2. TBC di Bali Tahun 2004*. Denpasar : Subdin PPM & PLP Dikes Prop. Bali.
- Dinkes Prop. Bali. 2004 b. *Petunjuk Pelaksanaan Penanggulangan TBC dengan Manajemen DOTS pada Praktisi Swasta di Bali 2004*. Denpasar : Sub. Din. PPM & PLP.
- Dinkes Prop. Bali. PMPK UGM-Fidelis-IUATLD. 2004. *DOTS dan Uji Diagnostik TB, Memperluas Jejaring TB ke Praktisi Swasta di Bali*. Newsletter No. 1 Oktober 2004.
- Dinkes Prop. Bali. 2005. *Kerangka Acuan Pertemuan Sehari Tentang Kerangka Bauran antara Pemerintah dan Swasta dalam rangka Pengembangan Manajemen DOTS*. Denpasar.
- Dinkes Prop. Bali. 2006. *Hasil Kegiatan P2. TBC di Bali Tahun 2005..* Denpasar.
- Depkes. R.I., 2001. *Panduan Bagi Kader dalam Penanggulangan TBC*. Jakarta : Depkes. RI.

- Depkes. R.I., 2002. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta : Depkes. RI.
- Depkes. R.I., 2003. *Prosedur Tetap Pencegahan dan Pengobatan Tuberkulosis pada Orang Dengan HIP/AIDS*. Jakarta: Depkes. RI.
- Murti, Bhisma. 1997. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Gajah Mada. University Press. Yogyakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003 a. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. PT. Rineka Cipta. Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003 b. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. PT. Rineka Cipta. Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003 c. *Ilmu Kesehatan Masyarakat. Prinsip-Prinsip Dasar*. PT. Rineka Cipta. Jakarta.
- PMPK FK-UGM-Fidelis-IUATLD. 2004. *Program Akselerasi Kemitraan Pemerintah-Praktisi Swasta dalam Pengendalian TBC di Yogyakarta dan Bali*. Yogyakarta.
- Sugiyono. 2005. *Metode Penelitian Administrasi*. Alfabeta. Bandung.
- Universitas Airlangga, 2005. *Pedoman Tata Cara Penulisan Serta Ujian Skripsi*. Surabaya : FKM Unair.



Lampiran 2

KUESIONER PRAKTISI SWASTA

TANGGAL WAWANCARA :
PEWAWANCARA

I. IDENTITAS RESPONDEN

NO. RESPONDEN :
NAMA RESPONDEN :
U M U R : Tahun
JENIS KELAMIN : 1. Laki-laki 2. Perempuan
PENDIDIKAN :
UNIT ORGANISASI :

II. PENGETAHUAN PRAKTISI SWASTA

1. Apakah gejala utama dari penyakit TBC ?
 - a. Batuk terus menerus dan berdahak selama 3 minggu atau lebih
 - b. Batuk bercampur darah
 - c. Sesak nafas dan rasa nyeri dada
2. Bagaimanakah upaya penemuan penderita TBC dilakukan ?
 - a. Passive promotive case finding, artinya penemuan penderita secara pasif dengan promotif yang aktif.
 - b. Aktif, artinya petugas kesehatan secara aktif menjaring tersangka penderita ke rumah penduduk
 - c. Semua kontak penderita TBC Paru BTA positif dengan gejala sama, tidak perlu diperiksa dahaknya.
3. Didasarkan pada gambaran apakah untuk mendiagnosis penyakit TBC pada anak ?
 - a. Klinis, radiologi dan uji tuberkulin
 - b. Radiologi, uji tuberkulin dan pemeriksaan dahak
 - c. Pemeriksaan dahak, klinis dan radiology

4. Bagaimanakah menegakkan diagnosis penyakit TBC Paru pada orang dewasa ?
 - a. Ditemukan BTA pada pemeriksaan dahak secara mikroskopis
 - b. Uji Tuberkulin
 - c. Rontgen
5. Bagaimanakah menyatakan seseorang menderita TBC Paru BTA positif ?
 - a. Dua dari tiga spesimen SPS BTA hasilnya positif.
 - b. Satu dari tiga spesimen SPS BTA hasilnya positif
 - c. Hasil rontgen mendukung TBC
6. Apakah orang yang kontak dengan penderita TBC Paru BTA positif harus diambil dan diperiksa dahaknya ?
 - a. Ya
 - b. Tidak perlu
 - c. Tidak tahu
7. Menurut saudara, dahak yang bagaimana dikatakan baik untuk diperiksa di laboratorium ?
 - a. Dahak kental dan purulen, berwarna hijau kekuning-kuningan, volume 3-5 ml
 - b. Dahak yang dikeluarkan penderita setiap batuk
 - c. Tidak tahu
8. Bagaimana cara minum obat penderita TBC Paru ?
 - a. Setiap hari pada 2 bulan pertama
 - b. Tiga kali seminggu pada 2 bulan pertama
 - c. Setiap minggu pada 2 bulan pertama
9. Apakah yang dimaksud dengan kasus kronis ?
 - a. Penderita dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulang kategori 2.

- b. Penderita BTA positif yang masih tetap positif atau menjadi positif kembali pada akhir bulan ke 5.
 - c. Penderita dengan hasil BTA negatif rontgen positif menjadi BTA positif pada akhir bulan ke 2 pengobatan
10. Apa yang dilakukan bila ada pasien Saudara datang dengan gejala TBC Paru ?
- a. Mengambil dahaknya untuk diperiksa di laboratorium
 - b. Menganjurkan untuk berobat ke tempat lain
 - c. Mengirim ke rumah sakit

III. SIKAP PRAKTISI SWASTA

1. Apakah anda setuju dengan adanya program akselerasi kemitraan pemerintah dan swasta dalam penemuan kasus TB Paru BTA positif ?
 - a. Tidak setuju b. Kurang setuju c. Setuju d. Sangat setuju
2. Apakah anda setuju, setiap tersangka TB. Paru tidak perlu di ambil dahaknya ?
 - a. Tidak setuju b. Kurang setuju c. Setuju d. Sangat setuju
3. Apakah anda setuju, dahak tersangka TB. Paru dikirim ke Puskesmas ?
 - a. Tidak setuju b. Kurang setuju c. Setuju d. Sangat setuju
4. Apakah anda puas mendapat pembinaan dari PMO ?
 - a. Tidak puas b. Kurang puas c. Puas d. Sangat puas
5. Apakah anda setuju, pengobatan dengan OAT tidak perlu dilakukan oleh praktisi swasta?
 - a. Tidak setuju b. Kurang setuju c. Setuju d. Sangat setuju

6. Apakah anda setuju, dengan format laporan dan alur pelaporan yang diberikan oleh Puskesmas ?
 - a. Tidak setuju
 - b. Kurang setuju
 - c. Setuju
 - d. Sangat setuju
7. Bila ada sejawat anda tidak mengambil dahak tersangka TBC, bagaimana sikap anda?
 - a. Tidak setuju
 - b. Kurang setuju
 - c. Setuju
 - d. Sangat setuju
8. Apakah anda setuju dengan prosedur tetap tentang pengambilan dahak ?
 - a. Tidak setuju
 - b. Kurang setuju
 - c. Setuju
 - d. Sangat setuju
9. Apakah anda senang menjadi praktisi swasta yang ikut terlibat dalam penemuan kasus TB. Paru?
 - a. Tidak senang
 - b. Kurang senang
 - c. Senang
 - d. Sangat senang

IV. MOTIVASI PRAKTISI SWASTA

1. Apakah anda mempunyai keinginan untuk ikut dalam penemuan kasus TB. Paru BTA positif ?
 - a. Tidak ingin
 - b. Kurang ingin
 - c. Ingin
 - d. Sangat ingin
2. Sebelum mendapat sosialisasi tentang program ini, apakah anda pernah menemukan kasus TB. Paru ?
 - a. Tidak pernah
 - b. Kurang pernah
 - c. Pernah
 - d. Sangat pernah
3. Alasan anda untuk ikut berperan dalam program ini adalah : (lebih dari 1 jawaban)
 - a. Ikut-ikutan
 - b. Diwajibkan oleh organisasi profesi (IDI, IBI, PPNI)
 - c. Ditunjuk oleh puskesmas
 - d. Kesadaran/partisipasi dalam penanggulangan TBC

4. Apakah anda ingin mengajak rekan seprofesi untuk ikut berperan dalam program kemitraan pemerintah dan swasta dalam penemuan kasus TB Paru BTA positif ?
 - a. Tidak ingin
 - b. Kurang ingin
 - c. Ingin
 - d. Sangat ingin
5. Apakah anda mempunyai keinginan untuk keluar dari program kemitraan pemerintah dan swasta dalam penemuan kasus TB Paru BTA positif ?
 - a. Tidak ingin
 - b. Kurang ingin
 - c. Ingin
 - d. Sangat ingin
6. Apakah anda merasakan manfaatnya menjadi praktisi swasta dalam program kemitraan pemerintah dan swasta dalam penemuan kasus TB Paru BTA positif ?
 - a. Tidak merasakan
 - b. Kurang merasakan
 - c. Merasakan
 - d. Sangat merasakan
7. Apakah anda mau mengambil dahak tersangka TB. Paru ?
 - a. Tidak mau
 - b. Kurang mau
 - c. Mau
 - d. Sangat mau
8. Apakah perlu diberikan reward kepada praktisi swasta atas perannya dalam penemuan kasus TB Paru ?
 - a. Tidak perlu
 - b. Kurang perlu
 - c. Perlu
 - d. Sangat perlu
9. Reward apakah yang anda inginkan ?
 - a. Penghargaan berupa insentif
 - b. Penghargaan berupa piagam
 - c. Kesempatan mengembangkan karier
 - d. Tidak perlu
10. Apakah perlu diberikan sanksi kepada praktisi swasta kalau tidak mengambil dahak tersangka TB. Paru ?
 - a. Tidak perlu
 - b. Kurang perlu
 - c. Perlu
 - d. Sangat perlu

Lampiran 3

KUESIONER PENGAWAS MENELAN OBAT

I. IDENTITAS RESPONDEN

NO. KUESIONER :
NAMA RESPONDEN :
U M U R :
JENIS KELAMIN :
PENDIDIKAN :
UNIT ORGANISASI :

II. PENGETAHUAN PENGAWAS MENELAN OBAT

1. Organ tubuh manakah yang diserang oleh kuman TBC pada penderita TB. Paru ?
 - a. Menyerang jaringan paru-paru
 - b. Menyerang Pleura (selaput paru)
 - c. Menyerang otak
2. Bagaimanakah cara penularan penyakit TB. Paru ?
 - a. Menghirup udara yang mengandung kuman TBC
 - b. Melalui transfusi darah, dan air susu ibu
 - c. Melalui alat makan-minum penderita
3. Bagaimana cara minum obat penderita TB. Paru ?
 - a. Setiap hari pada 2 bulan pertama
 - b. Tiga kali seminggu pada 2 bulan pertama
 - c. Seminggu sekali pada 2 bulan pertama
4. Menurut Saudara, apakah pasien TB. Paru dapat memperoleh OAT di Praktisi Swasta ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu

5. Apakah efek samping dari Obat Anti Tuberkulosis (OAT) ?
 - a. Gatal dan kemerahan pada kulit
 - b. Warna kuning pada air seni
 - c. Nafsu makan bertambah
6. Bagaimana mengetahui kemajuan pengobatan penderita TBC ?
 - a. Keluhan berkurang dan berat badan meningkat
 - b. Tidak mau makan dan minum
 - c. Pemeriksaan dahak pada akhir tahap awal hasilnya positif
7. Bagaimanakah pencegahan penyakit TB. Paru ?
 - a. Berprilaku hidup bersih dan sehat serta segera periksa bila memiliki gejala TBC
 - b. Merokok dan minum-minuman beralkohol.
 - c. Menutup pintu dan jendela agar kuman TBC tidak masuk ke dalam rumah
8. Form apakah yang dipakai dalam pengiriman suspek dari Praktisi Swasta ke Puskesmas ?
 - a. Form rujukan
 - b. Form Monitoring
 - c. Form TB-06
9. Apakah tugas anda sebagai PMO setiap bulan ?
 - a. Memberikan umpan balik ke praktisi swasta
 - b. Menunggu praktis swasta untuk mengambil obat
 - c. Tidak tahu

III. FREKUENSI KUNJUNGAN PMO KE PRAKTISI SWASTA

10. Berapa kali anda melakukan kunjungan ke praktisi swasta selama satu minggu terakhir ?
 - a. Satu kali
 - b. Dua kali
 - c. Tiga kali
 - d. ≥ 4 kali

Lampiran 4

CARA PENILAIAN

1. Pengetahuan Praktisi Swasta

	A	B	C
1	1	0	0
2	1	0	0
3	1	0	0
4	1	0	0
5	1	0	0
6	1	0	0
7	1	0	0
8	1	0	0
9	1	0	0
10.	1	0	0

Jawabab benar bobot nilainya = 1

Jawaban salah bobot nilainya = 0

Jadi total nilai = $10 \times 1 = 10$

Pengetahuan baik bila jumlah skor \geq rata-rata

Pengetahuan kurang bila skor $<$ rata-rata

2. Sikap Praktisi Swasta

	A	B	C	D
1	0	1	2	3
2	3	2	1	0
3	0	1	2	3
4	0	1	2	3
5	3	2	1	0
6	0	1	2	3
7	3	2	1	0
8	0	1	2	3
9	0	1	2	3

Nilai terendah = 0

Nilai tertinggi = 27

Sikap baik bila jumlah skor \geq rata-rata

Sikap kurang baik bila skor $<$ rata-rata

3. Motivasi Praktisi Swasta

	A	B	C	D	
1	0	1	2	3	
2	0	1	2	3	
3	1	1	1	1	Penilaian berdasarkan jumlah jawaban
4	0	1	2	3	
5	3	2	1	0	
6	0	1	2	3	
7	0	1	2	3	
8	0	1	2	3	
9	1	1	1	0	Penilaian berdasarkan pilihan jawaban
10.	0	1	2	3	

Nilai terendah = 0

Nilai tertinggi = 29

Motivasi tinggi bila jumlah skor \geq rata-rata

Motivasi rendah bila jumlah $<$ rata-rata

4. Pengetahuan PMO

	A	B	C
1	1	0	0
2	1	0	0
3	1	0	0
4	1	0	0
5	1	0	0
6	1	0	0
7	1	0	0
8	1	0	0
9	1	0	0
10.	1	0	0

Nilai minimum = 0

Nilai maksimum = 10

Pengetahuan baik bila jumlah skor \geq rata-rata

Pengetahuan kurang bila jumlah skor $<$ rata-rata

DATA PRAKTIKI SWASTA DAN PMO PUSKESMAS

No.	Puskesmas	Pengetahuan Praktisi Swasta			Sikap Praktisi Swasta			Motivasi Praktisi Swasta			Jumlah Praktisi Swasta	PMO		Proporsi Kasus PS	CDR Pusk.
		Baik	Kurang	%	Baik	Kurang Baik	%	Tinggi	Rendah	%		Frek.Kunj	Penget.		
1	Manggis 1	3	2	60	2	3	40	1	4	20	5	kurang	baik	33,3	39
2	Manggis 2	4	1	80	2	3	40	2	3	40	5	kurang	kurang	66,7	33
3	Sidemen	5	1	83,3	5	1	83	4	2	66,7	6	kurang	baik	5,6	105
4	Rendang	5	0	100	3	2	60	2	3	40	5	kurang	kurang	20	45
5	Selat	2	3	40	3	2	60	4	1	80	5	kurang	kurang	75	29
6	Bebandem	7	0	100	6	1	86	6	1	85,7	7	kurang	baik	10,7	125
7	Karangasem 1	8	6	57,1	5	9	36	7	7	50	14	baik	baik	18,8	67
8	Karangasem 2	3	3	50	4	2	67	2	4	33,3	6	kurang	baik	40	50
9	Abang 1	3	2	60	2	3	40	1	4	20	5	kurang	baik	14,3	61
10	Abang 2	2	3	40	1	4	20	1	4	20	5	kurang	kurang	16,7	47
11	Kubu 1	4	0	100	3	1	75	3	1	75	4	kurang	baik	46,7	121
12	Kubu 2	2	3	40	2	3	40	3	2	60	5	kurang	kurang	57,1	41