



**PELAKSANAAN URAIAN TUGAS PROGRAM TUBERKULOSIS DI  
PUSKESMAS DALAM UPAYA PENEMUAN PENDERITA BARU  
TUBERKULOSIS PARU DI KABUPATEN BANYUWANGI**

**SKRIPSI**

Oleh  
**Ika Sri Wahyuni**  
**NIM 082110101090**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika KEPENDUDUKAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2012**



**PELAKSANAAN URAIAN TUGAS PROGRAM TUBERKULOSIS DI  
PUSKESMAS DALAM UPAYA PENEMUAN PENDERITA BARU  
TUBERKULOSIS PARU DI KABUPATEN BANYUWANGI**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan program pendidikan strata satu (S1) pada  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Oleh  
**Ika Sri Wahyuni**  
**NIM 082110101090**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika KEPENDUDUKAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2012**

## PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, segala syukur atas segala karunia untukku Ya Allah. Terimakasih atas jalan yang telah Engkau tunjukkan untukku hingga skripsi ini terselesaikan. Bismillahirrahmanirrahim, skripsi ini kupersembahkan kepada:

1. Orang tuaku, Bapak Hasan Busri, dan Ibu alm. Faiqhatul Hikmah, serta pengganti ibuku kini Alliyah. Terimah kasih atas segala dukungan, curahan keringat serta doa yang tak pernah berhenti mengiringi setiap langkah kehidupanku;
2. Adikku Ratna Kumalasari, Rohwati Indah dan Nuri Khofifah yang menjadi saudara dan teman dikala susah dan senang;
3. Para pahlawan tanpa tanda jasaku yang terhormat sejak TK hingga Perguruan Tinggi, yang telah bersedia berbagi ilmu, waktu dan membimbing dengan penuh kesabaran;
4. Almamater Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, Bangsa dan Agamaku.

## MOTO

“Allah tidak membebani seseorang itu melainkan sesuai dengan kesanggupannya.”

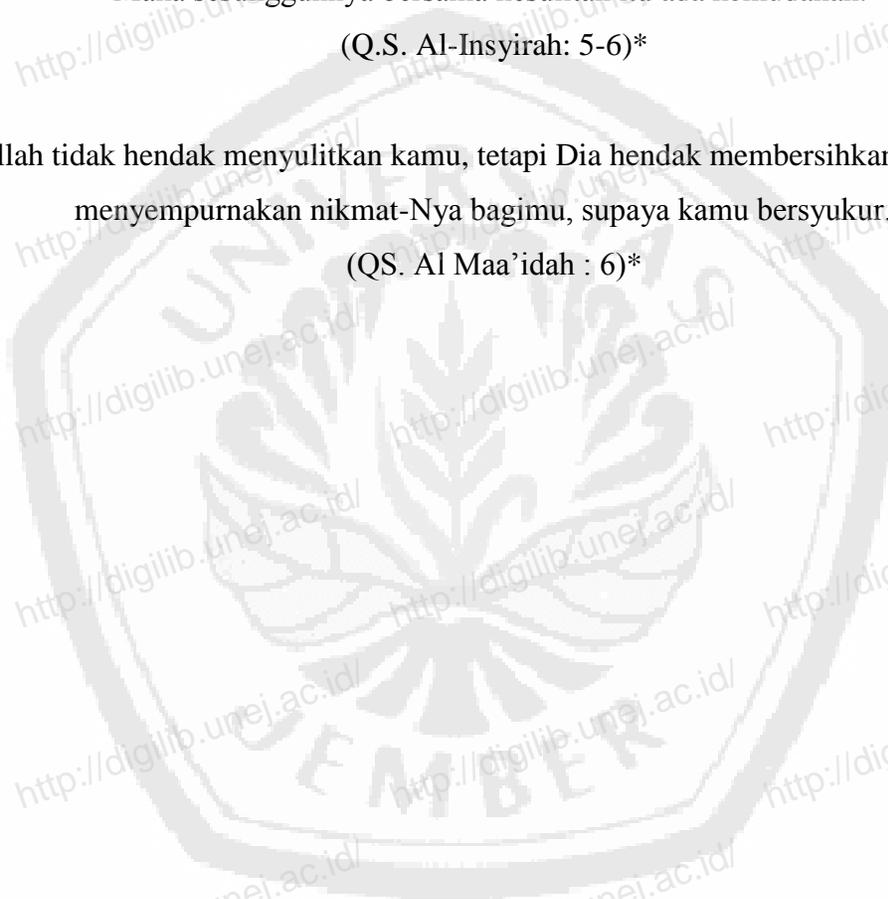
(Q.S. Al-Baqarah: 286)\*

“Maka sesungguhnya bersama kesulitan itu ada kemudahan.”

(Q.S. Al-Insyirah: 5-6)\*

“Allah tidak hendak menyulitkan kamu, tetapi Dia hendak membersihkan kamu dan menyempurnakan nikmat-Nya bagimu, supaya kamu bersyukur.”

(QS. Al Maa'idah : 6)\*



---

\* Departemen Agama RI. 2004. Al-Quran dan Terjemahannya. Bandung: CV Penerbit J-A

## PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ika Sri Wahyuni

NIM : 082110101090

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul: *Pelaksanaan Uraian Tugas Program Tuberkulosis di Puskesmas dalam Upaya Penemuan Penderita Baru Tuberkulosis Paru di Kabupaten Banyuwangi* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapatkan sanksi akademik jika dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 16 Juli 2012

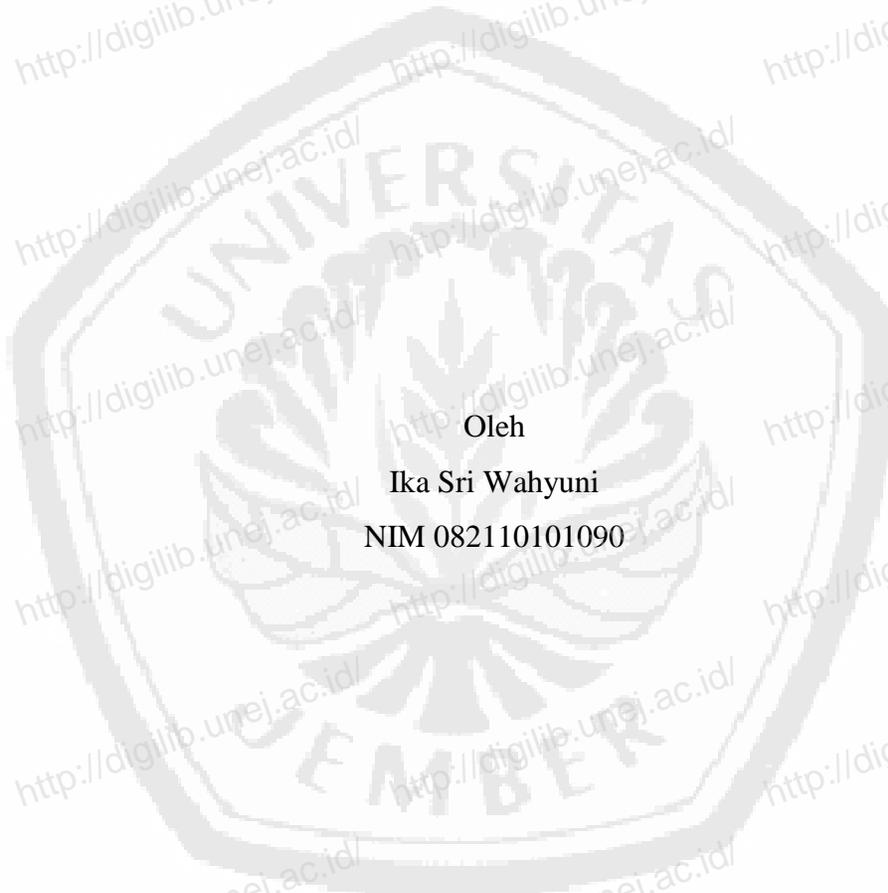
Yang menyatakan,

Ika Sri Wahyuni

NIM 082110101090

**SKRIPSI**

**PELAKSANAAN URAIAN TUGAS PROGRAM TUBERKULOSIS DI  
PUSKESMAS DALAM UPAYA PENEMUAN PENDERITA BARU  
TUBERKULOSIS BARU DI KABUPATEN BANYUWANGI**



Oleh

Ika Sri Wahyuni

NIM 082110101090

**Pembimbing:**

Dosen Pembimbing Utama : dr. Pudjo Wahjudi, M.S.

Dosen Pembimbing Anggota : Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes.

## PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Pelaksanaan Uraian Tugas Program Tuberkulosis di Puskesmas Dalam Upaya Penemuan Penderita Baru Tuberkulosis Paru di Kabupaten Banyuwangi* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Senin

tanggal : 16 Juli 2012

tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji:

Ketua,

Sekretaris,

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.

Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes.

NIP 19800516 200312 2 002

NIP 19790411 200501 1 002

Anggota I,

Anggota II,

dr. Pudjo Wahjudi, M.S.

Sugeng Waluyo, S.Kep., Ns., S.Pd.

NIP 19540314 198012 1 001

NIP 19740828 200604 1 014

Mengesahkan

Dekan,

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.

NIP 19560810 198303 1 003

*Implementation Of Job Description In Tuberculosis Programme at Public Health Centre as a Finding Effort Of The New Patients With Pulmonary Tuberculosis In The Banyuwangi District Area*

**Ika Sri Wahyuni**

*Department of Epidemiology, Biostatistics and population, Public Health Faculty,  
Jember University*

**ABSTRACT**

*Disease eradication program is a program that aims to eradicate infectious disease, one of them is Lung Tuberculosis. The eradication program TB in Indonesia is implemented by decentralization with the District Area as a point of management program. Banyuwangi District Area is one of district in Indonesia with the third largest pulmonary tuberculosis cases in East Java. There is job descriptions of the tuberculosis program defined tasks nationally as a reference in the implementation of the program for tackling tuberculosis. Job description as a primer task that should be performed by the principal team manager TB program at Public Health Centre. This research aims to give explanation the job description of TB program at public health centre as an effort to find the new pulmonary tuberculosis patient in Banyuwangi. This is a descriptive study with quantitative approach on 12 public health centre with respondents consist of doctors, the program managers and the clerks of laboratory. The result show that public health centre have do their job according to the job description of TB program, however on some job description not optimal yet. There is Public Health Centre that not give counseling especially for TB to the general public yet. The Finding suspects in most of Public Health Centre in the less category and still found the collecting, creating, and coloring preparations in the less category. Form TB. 05 that is no longer used in most of Public Health Centre and the contact tracing is not documented. Base of the study, public health centre have to give counseling especially for TB and create the planning of action (POA). There is needed an increasing skill of making and coloring according of the training that has been got.*

*Keyword: Pulmonary tuberculosis, the finding of new patient, job description*

## RINGKASAN

**Pelaksanaan Uraian Tugas Program Tuberkulosis Di Puskesmas Dalam Upaya Penemuan Penderita Baru Tuberkulosis Baru Di Kabupaten Banyuwangi; Ika Sri Wahyuni; 082110101090; 2012; 111 halaman; Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.**

Tuberkulosis Paru merupakan penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri penyebab penyakit ini mempunyai sifat istimewa, yaitu dapat bertahan terhadap pencucian warna dengan asam dan alkohol, sehingga sering disebut basil tahan asam (BTA), serta tahan terhadap zat kimia dan fisik. *World Health Organization* (WHO) menyatakan kedaruratan dunia (*global emergency*) terhadap penyakit Tuberkulosis paru ini sejak tahun 1993. Sampai saat ini, Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang masih menjadi perhatian dunia belum ada satu negara pun yang bebas TB. Situasi TB didunia semakin memburuk, jumlah kasus TB meningkat dan banyak yang tidak berhasil disembuhkan, terutama pada negara yang dikelompokkan dalam 22 negara dengan masalah TB besar (*high burden countries*). Laporan WHO pada tahun 2009, mencatat peringkat Indonesia menurun ke posisi lima dengan jumlah penderita TB sebesar 429.000 orang. Indonesia sebagai negara terbesar kelima di dunia dengan masalah tuberkulosis ini telah menetapkan Program Pemberantasan Penyakit (P2) sebagai upaya untuk mencapai tujuan tersebut. Penanggulangan TB di Indonesia dilaksanakan sesuai dengan azas desentralisasi dengan Kabupaten/kota sebagai titik berat manajemen. Banyuwangi merupakan salah satu kabupaten di Indonesia yang melaksanakan program penanggulangan Tuberkulosis Paru. dan Banyuwangi merupakan kota dengan kasus Tuberkulosis Paru terbesar ketiga di Jawa Timur. Cakupan angka penemuan kasus baru (CDR) dalam tiga tahun terakhir 2009-2011 yaitu, sebesar 46 %, 51 % dan 54%. Terdapat kenaikan dalam pencapaian CDR tiap tahunnya. Meskipun terjadi peningkatan yang positif namun perkembangan tersebut masih belum dapat mencapai target minimal CDR yang telah ditetapkan secara nasional yaitu sebesar 70%.

Terdapat uraian tugas program tuberkulosis yang ditetapkan secara nasional sebagai acuan dalam pelaksanaan program penanggulangan tuberkulosis khususnya kegiatan penemuan penderita baru. Kegiatan ini melibatkan seluruh petugas yang termasuk dalam tim pengelola program P2TB. Tim pengelola program P2TB/petugas pelaksana program TB paru di Puskesmas yang antara lain terdiri perawat sebagai petugas program, analis sebagai petugas laboratorium, dan dokter sebagai petugas di balai pengobatan merupakan ujung tombak dalam penemuan, pengobatan dan

evaluasi penderita maupun pelaksanaan administrasi program puskesmas. Uraian tugas tersebut merupakan tugas pokok yang harus dilakukan oleh tim pengelola program TB puskesmas.

Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui gambaran pelaksanaan uraian tugas program TB di Puskesmas dalam upaya penemuan penderita baru tuberkulosis paru di Kabupaten Banyuwangi. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Pengambilan data dilakukan dengan wawancara dengan kuesioner dan observasi. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling* pada puskesmas PPM dan PRM sehingga diperoleh 12 puskesmas dengan 36 petugas sebagai tempat penelitian. Teknik analisis secara deskriptif dengan memberikan gambaran secara *textual* dan menggunakan tabel.

Dari penelitian ini diperoleh hasil bahwa petugas pada puskesmas telah melaksanakan tugasnya sesuai dengan uraian program tuberkulosis, namun pada beberapa uraian tugas belum optimal antara lain penyuluhan khusus TB, penjarangan suspek, pengambilan dan pembuatan sediaan dahak, penggunaan form TB.05 dan pemeriksaan *contact tracing*. Berdasarkan hasil analisa, diperlukan suatu peningkatan/alternatif program yaitu antara lain perlunya penambahan frekwensi penyuluhan TB kepada masyarakat umum, penjarangan suspek dilakukan dengan cara *active case finding* dan peningkatan kepekaan penemuan suspek, dan peningkatan *contact racing* dengan cara *active selective*.

Saran yang dapat diberikan yaitu penemuan penderita dengan cara pasif dengan promosi aktif dengan memberikan penyuluhan khusus TB kepada masyarakat dan meningkatkan frekwensinya agar penduduk disetiap desa dapat tercakup penyuluhan TB dengan mencantumkan pada POA puskesmas, penemuan penderita dengan cara *active case finding* dan *active selective* dapat menjadi alternatif program yang diterapkan dan ditingkatkan untuk mendukung penemuan Perlu adanya peningkatan keterampilan dalam pembuatan dan pewarnaan sesuai dengan protap/pelatihan yang telah didapat pada petugas laboratorium dan pengaktifan kembali penggunaan form TB.05 sebelum melakukan pemeriksaan dahak. Bagi Dinas Kesehatan, Perlu memberikan ketentuan dalam pelaksanaan program penanggulangan TB yang disesuaikan dengan keadaan masing-masing puskesmas dengan meningkatkan peran Wasor dalam pengawasan.

## PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “ Pelaksanaan Uraian Tugas Program Tuberkulosis di Puskesmas Dalam Upaya Penemuan Penderita Baru Tuberkulosis Paru di Kabupaten Banyuwangi”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Strata Satu (S1) pada peminatan Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Bapak dr. Pudjo Wahjudi M.S. selaku Dosen Pembimbing I, Bapak Yunus Ariyanto S.KM., M.Kes., selaku Dosen Pembimbing II, yang telah memberikan bimbingan, motivasi, pemikiran dan perhatian serta meluangkan waktunya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Drs. Husni Abdul Gani, MS., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes, selaku Ketua Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan selaku ketua tim penguji atas waktu, tenaga dan pikiran yang diluangkan untuk menjadi tim penguji.
3. Bapak Sugeng Waluyo, S.Kep., Ns., S.Pd atas waktu, tenaga dan pikiran yang telah diluangkan untuk menjadi tim penguji sekaligus untuk pengarahan dan motivasinya.
4. Bapak H. Hariadji Sugito, S.KM., MM., selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi yang telah memberikan izin penelitian; serta Bapak-Ibu bidang P2P yang telah memberikan ilmu dan pengalamannya selama magang.
5. Teman-teman Epidemiologi'08 seperjuangan Nunung yang selalu menemani disaat gundah, Putri yang memberikan semangat, Ria Bali, Mitha Hening, Ratna,

Ria Lumajang, Mita Puji Bastomi, Visma, Eko, terimakasih atas kebersamaan yang telah diberikan, yang senantiasa memberikan senyuman, semangat, mendengarkan semua keluh kesahku dan berbagi dalam suka dan duka selama ini, terimakasih telah menjadi teman terbaikku;

6. Teman Kosku, Ica, Hesti, mbak Amin, Angel, Lia, Ika, Evi, Fia, Afis, Leni, Tiar yang selalu menjadi teman canda dan tawa serta berbagi dalam suka dan duka selama ini;
7. Sahabatku BEM periode 2009/2010 dan 2010/2011 yang selalu memenuhi aktivitas dengan pengalaman-pengalaman baru, terima kasih atas bantuan dan dukungannya selama ini, banyak pelajaran yang saya dapatkan yang tidak ternilai harganya;
8. Semua guru-guruku dari SD sampai dengan SMA serta Bapak dan Ibu dosen yang telah bersedia memberikan ilmunya, semoga bermanfaat dan mendapatkan balasan dari-Nya. Amin Ya Rabbal' alamin;
9. Teman-temanku angkatan 2008, terima kasih atas semangat dan dukungan yang telah diberikan selama kuliah dan dalam penyusunan skripsi ini;
10. Serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, Juli 2012

Penulis

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	ii
<b>HALAMAN MOTTO</b> .....	iii
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	iv
<b>HALAMAN BIMBINGAN</b> .....	v
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	vi
<b>ABSTRACT</b> .....	vii
<b>RINGKASAN</b> .....	viii
<b>PRAKATA</b> .....	x
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xv
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xvi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xvii
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	xviii
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan.....	5
1.4 Manfaat.....	5
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	7
<b>2.1 Tuberkulosis Paru</b> .....	8
2.1.1 Definisi dan Penyebab Tuberkulosis.....	8
2.1.2 Gejala .....	8
2.1.3 Cara Penularan dan Risiko Penularan .....	8
2.1.4 Infeksi Tuberkulosis .....	10
<b>2.2 Program Penanggulangan Tuberkulosis</b> .....	11

2.2.1 Visi, Misi, Tujuan dan Kebijakan Program Penanggulangan Tuberkulosis Paru .....	11
2.2.2 Penemuan Penderita ( <i>Case Detection Rate</i> ).....	12
<b>2.3 Puskesmas .....</b>	<b>14</b>
2.3.1 Definisi Puskesmas .....	17
2.3.2 Visi, Misi, Tujuan dan Fungsi Puskesmas.....	18
2.3.3 Puskesmas dalam program Penanggulangan Tuberkulosis .....	18
<b>2.4 Uraian Tugas .....</b>	<b>19</b>
<b>2.5 Kerangka Teori .....</b>	<b>38</b>
<b>2.6 Kerangka Konseptual .....</b>	<b>39</b>
<b>BAB 3. METODE PENELITIAN.....</b>	<b>40</b>
<b>3.1 Jenis Penelitian.....</b>	<b>40</b>
<b>3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....</b>	<b>40</b>
3.2.1 Lokasi Penelitian .....	40
3.2.2 Waktu Penelitian.....	40
<b>3.3 Populasi dan Sampel.....</b>	<b>40</b>
<b>3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional .....</b>	<b>41</b>
<b>3.5 Data dan Sumber Data .....</b>	<b>44</b>
<b>3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data .....</b>	<b>44</b>
<b>3.7 Teknik Penyajian Data .....</b>	<b>45</b>
<b>3.8 Analisis Data.....</b>	<b>45</b>
<b>3.9 Alur Penelitian.....</b>	<b>46</b>
<b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>47</b>
<b>4.1 Karakteristik Responden .....</b>	<b>47</b>
<b>4.2 Deskripsi Pelaksanaan Uraian Tugas Program Tuberkulosis Di         Puskesmas dalam Upaya Penemuan Penderita Baru         Tuberkulosis Paru.....</b>	<b>51</b>
4.2.1 Memberikan Penyuluhan Tentang TB Ke Masyarakat Umum..	51

4.2.2 Menjaring Suspek TB .....	55
4.2.3 Mengumpulkan dahak dan Mengisi Buku Daftar Suspek Form TB.06 .....	57
4.2.4 Membuat sediaan hapus dahak .....	59
4.2.5 Mengirim dahak ke laboratorium dengan Form TB.05.....	61
4.2.6 Mewarnai dan membaca sediaan dahak, mengirim balik hasil bacaan, mengisi buku register laboratorium (TB.04), menyimpan sediaan untuk di crosscheck.....	63
4.2.7 Menegakkan diagnosis TB sesuai protap .....	66
4.2.8 Membuat klasifikasi/tipe penderita .....	67
4.2.9 Mengisi kartu penderita (Form TB.01) dan kartu identitas penderita (TB.02) .....	67
4.2.10 Memeriksa kontak terutama kontak dengan penderita TB BTA Positif.....	69
4.2.11 Memantau jumlah suspek yang diperiksa dan memantau jumlah penderita TB yang ditemukan .....	71
<b>4.3 Analisis Pelaksanaan Uraian Tugas program TB di Puskesmas Dalam Upaya Penemuan Penderita Baru Tuberkulosis Paru terhadap Pencapaian CDR Puskesmas Kabupaten Banyuwangi tahun 2011 .....</b>	<b>72</b>
<b>4.4 Bagan Hasil Penelitian .....</b>	<b>82</b>
<b>4.5 Keterbatasan Penelitian.....</b>	<b>83</b>
<b>BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>84</b>
<b>5.1 Kesimpulan .....</b>	<b>84</b>
<b>5.2 Saran .....</b>	<b>85</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

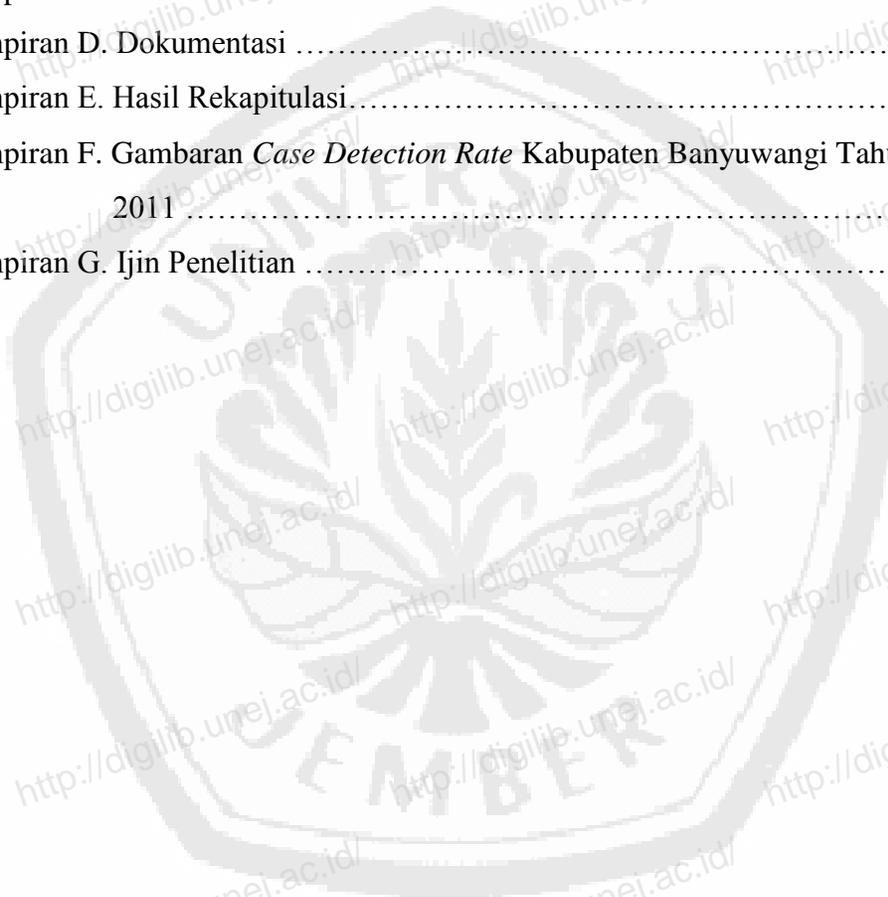
	Halaman
Tabel 2.1 Uraian Tugas program TB untuk petugas di unit pelayanan Kesehatan (UPK) .....	22
Tabel 3.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional .....	41
Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik Responden di 12 Puskesmas Kabupaten Banyuwangi Tahun 2011 .....	47
Tabel 4.2 Penyuluhan TB pada POA 12 Puskesmas Kabupaten Banyuwangi Tahun 2011 .....	54
Tabel 4.3 Penjaringan suspek di 12 Puskesmas Kabupaten Banyuwangi tahun 2011 .....	56
Tabel 4.4 Distribusi Pengumpulan Dahak di 12 Puskesmas Kabupaten Banyuwangi tahun 2011 .....	58
Tabel 4.5 Distribusi Pembuatan Sediaan Dahak di 12 Puskesmas Kabupaten Banyuwangi Tahun 2011 .....	62
Tabel 4.6 Distribusi Penggunaan form TB. 05 untuk mengirim dahak kelaboratorium di 12 Puskesmas Kabupaten Banyuwangi .....	61
Tabel 4.7 Distribusi Hasil Pewarnaan Sediaan dahak Puskesmas .....	65
Tabel 4.8 Pengaruh preparasi sediaan yang jelek terhadap kesalahan baca....	65
Tabel 4.9 Pengisian Kartu Penderita (Form TB.01) dan kartu identitas penderita (TB.02).....	68
Tabel 4.10 Distribusi Pelaksanaan Uraian Tugas Dalam Upaya Pencapaian Target CDR Puskesmas Tahun 2011.....	74
Tabel 4.11 Distribusi penilaian uraian tugas program tuberkulosis di Puskesmas .....	107

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Pembuatan Sediaan Dahak .....	26
Gambar 2.2 Formulir TB.05.....	27
Gambar 2.3 Hasil Pewarnaan Sedian Dahak.....	28
Gambar 2.4 Alur Diagnosis TB Paru .....	30
Gambar 2.5 Kartu Penderita TB (TB.01) .....	34
Gambar 2.6 Kartu pengobatan Pasien TB .....	35
Gambar 2.7 Kerangka Teori .....	38
Gambar 2.8 Kerangka Konsep .....	39
Gambar 3.1 Definisi Operasional .....	41
Gambar 3.2 Alur Penelitian .....	46
Gambar 4.1 Sediaan dahak .....	60
Gambar 4.2 Sediaan dahak yang telah diwarnai .....	64
Gambar 4.3 Form TB.01 yang telah diisi .....	69
Gambar 4.4 Grafik Puskesmas Berdasarkan Pelaksanaan Uraian Tugas Program Tuberkulosis .....	73
Gambar 4.5 Bagan Hasil Penelitian Pelaksanaan Uraian Tugas Program Tuberkulosis di Puskesmas dalam Upaya Penemuan Penderita Baru Tuberkulosis Paru .....	82

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran A. Lembar Persetujuan ( <i>Informed Consent</i> ) .....	91
Lampiran B. Kuesioner .....	92
Lampiran C. Lembar Observasi .....	104
Lampiran D. Dokumentasi .....	106
Lampiran E. Hasil Rekapitulasi .....	107
Lampiran F. Gambaran <i>Case Detection Rate</i> Kabupaten Banyuwangi Tahun 2011 .....	109
Lampiran G. Ijin Penelitian .....	111



## DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

>	=	Lebih Dari
<	=	Kurang Dari
≥	=	Lebih Dari Sama Dengan
%	=	Persen
ARTI	=	<i>Annual Risk of Tuberculosis Infection</i>
BP	=	Balai Pengobatan
BTA	=	Basil Tahan Asam
CDR	=	<i>Case Detection Rate</i>
DOTS	=	<i>Directly Observed Treatment Short-course</i>
MDR	=	<i>Multi Drugs Resistance</i>
MDG	=	<i>Millenium Development Goal</i>
OAT	=	Obat Anti Tuberkulosis
PMO	=	Pengawas Menelan Obat
RI	=	Republik Indonesia
TB	=	<i>Tuberculosis</i>
UPK	=	Unit Pelayanan Kesehatan
WHO	=	<i>World Health Organization</i>

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis Paru merupakan penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri ini mempunyai sifat istimewa, yaitu dapat bertahan terhadap pencucian warna dengan asam dan alkohol, sehingga sering disebut basil tahan asam (BTA), serta tahan terhadap zat kimia dan fisik (Widoyono, 2008). Orang yang terserang bakteri ini akan menunjukkan gejala TB yaitu batuk terus menerus dan berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Gejala lain, yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas dan rasa nyeri dada, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan turun, rasa kurang enak badan (*malaise*), berkeringat malam walaupun tanpa kegiatan, demam meriang lebih dari sebulan (Departemen Kesehatan RI, 2002).

*World Health Organization* (WHO) menyatakan kedaruratan dunia (*global emergency*) terhadap penyakit Tuberkulosis paru ini sejak tahun 1993 (WHO, 2007). Sampai saat ini, Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang masih menjadi perhatian dunia belum ada satu negara pun yang bebas TB. Situasi TB didunia semakin memburuk, jumlah kasus TB meningkat dan banyak yang tidak berhasil disembuhkan, terutama pada negara yang dikelompokkan dalam 22 negara dengan masalah TB besar (*high burden countries*). Munculnya pandemi HIV/AIDS di dunia menambah permasalahan TB. Koinfeksi TB dengan HIV akan meningkatkan risiko kejadian TB secara signifikan. Pada saat yang sama, kekebalan ganda kuman TB terhadap obat anti TB (*multidrug resistance* = MDR) semakin menjadi masalah akibat kasus yang tidak berhasil disembuhkan. Keadaan tersebut pada akhirnya akan menyebabkan terjadinya epidemi TB yang sulit ditangani (Departemen Kesehatan RI, 2007).

Laporan WHO pada tahun 2009, mencatat peringkat Indonesia menurun ke posisi lima dengan jumlah penderita TB sebesar 429.000 orang. Indonesia sebagai negara terbesar kelima di dunia dengan masalah tuberkulosis ini telah menetapkan Program Pemberantasan Penyakit (P2) sebagai upaya untuk mencapai tujuan tersebut.

Program tersebut meliputi beberapa kegiatan yang salah satunya adalah Pemberantasan Penyakit Tuberkulosis Paru (TB-Paru). Sejak tahun 1995 program pemberantasan penyakit tuberkulosis paru telah dilaksanakan dengan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) yang direkomendasikan oleh WHO. Kemudian berkembang pembentukan GERDUNAS-TB (Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberkulosis), maka pemberantasan penyakit tuberkulosis paru berubah menjadi Program Penanggulangan Tuberkulosis. Tujuan dari program ini adalah menurunkan angka kesakitan dan angka kematian TB, memutuskan rantai penularan, serta mencegah terjadinya *multidrug resistance* (MDR), sehingga TB tidak lagi merupakan masalah kesehatan masyarakat Indonesia (Departemen Kesehatan RI, 2008).

Fakta menunjukkan bahwa TB masih merupakan masalah utama kesehatan masyarakat Indonesia. Hasil survei prevalensi TB di Indonesia tahun 2004 menunjukkan bahwa angka prevalensi TB BTA positif secara nasional 110 per 100.000 penduduk. Secara regional prevalensi TB BTA positif di Indonesia dikelompokkan dalam 3 wilayah, yaitu 1) wilayah Sumatra angka prevalensi TB adalah 160 per 100.000 penduduk; 2) wilayah Jawa dan Bali angka prevalensi TB adalah 110 per 100.000 penduduk 3) wilayah Indonesia Timur angka prevalensi TB adalah 210 per 100.000 penduduk. Khusus untuk propinsi DIY dan Bali angka prevalensi TB adalah 68 per 100.000 penduduk (Departemen Kesehatan RI, 2008). Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2007 diketahui TB menempati urutan pertama penyakit menular penyebab kematian baik di perkotaan dan di pedesaan. Permasalahan TB di Indonesia masih sedemikian luasnya sehingga masih membutuhkan komitmen semua pihak untuk mengendalikan TB di Indonesia. (Departemen Kesehatan RI, 2012).

Penanggulangan TB di Indonesia dilaksanakan sesuai dengan azas desentralisasi dengan Kabupaten/kota sebagai titik berat manajemen program yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi serta menjamin ketersediaan sumber daya (dana, tenaga, sarana dan prasarana) (Departemen

Kesehatan RI, 2008). Banyuwangi merupakan salah satu kabupaten di Indonesia yang melaksanakan program penanggulangan Tuberkulosis Paru. dan Banyuwangi merupakan kota dengan kasus Tuberkulosis Paru terbesar ketiga di Jawa Timur (Kementrian Komunikasi dan Informasi, 2012).

Menurut data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi (2012), cakupan angka penemuan kasus baru (CDR) dalam tiga tahun terakhir, terdapat kenaikan dalam pencapaian CDR tiap tahunnya yaitu pada tahun 2009 capaian CDR sebesar 46 %, pada tahun 2009 terjadi peningkatan sebesar 5 % sehingga CDR pada tahun 2010 naik menjadi 51 % dan pada tahun 2011 juga terjadi peningkatan sebesar 3 % menjadi 54%. Meskipun terjadi peningkatan yang positif namun perkembangan tersebut masih belum dapat mencapai target minimal CDR yang telah ditetapkan secara nasional yaitu sebesar 70%. Sedangkan untuk tingkat Puskesmas, sekitar 70% puskesmas di Kabupaten Banyuwangi belum mencapai CDR pada tahun 2011.

Indikator penanggulangan tuberkulosis secara nasional di Kabupaten Banyuwangi tahun 2011 yaitu angka penemuan kasus baru (CDR) sebesar 54% dan angka keberhasilan pengobatan Banyuwangi pada tahun 2011 sebesar 94,3%. Terlihat bahwa angka keberhasilan pengobatan di Banyuwangi telah mencapai bahkan melebihi target yang ditetapkan yaitu sebesar 85%. Sedangkan angka penemuan kasus baru (CDR) masih berada jauh dibawah target yang ditetapkan secara nasional yaitu sebesar 70% (Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi, 2012).

Menurut Departemen Kesehatan RI (2008), penemuan penderita baru TB BTA positif (CDR) merupakan langkah pertama dalam kegiatan program penanggulangan TB Paru. Penemuan ini penting dilakukan untuk mencegah penularan semakin meluas. Dalam Widoyono (2008) disebutkan setiap penderita TB paru (BTA positif) dapat menularkan 10-15 orang lainnya. Penderita dengan penyakit TB paru tanpa pengobatan setelah 5 tahun, 50 % dari penderita akan meninggal, 25% akan sembuh sendiri dengan daya tahan tubuh yang tinggi dan 25% sebagai kasus kronis yang tetap menular. Penularan akan tetap terjadi sampai penderita ditemukan dan dapat diobati oleh unit pelayanan kesehatan termasuk puskesmas.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI tahun 2004, puskesmas merupakan institusi pelayanan kesehatan yang merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Untuk melaksanakan fungsinya, puskesmas menjalankan program kesehatan dasar yaitu pemberantasan penyakit menular yang salah satunya penyakit tuberkulosis paru, khususnya penemuan penderita baru. Penemuan penderita baru dalam penanggulangan tuberkulosis dilaksanakan dengan *passive case finding*, artinya penemuan penderita dilakukan secara pasif dan dilakukan promosi aktif oleh petugas.

Petugas pelaksana program TB paru di Puskesmas yang terdiri perawat sebagai petugas program, analis sebagai petugas laboratorium, dan dokter sebagai petugas di balai pengobatan merupakan ujung tombak dalam penemuan, pengobatan dan evaluasi penderita maupun pelaksanaan administrasi program puskesmas. Untuk melaksanakan kegiatan program khususnya penemuan penderita tuberkulosis ini melibatkan seluruh petugas yang termasuk dalam tim pengelola program P2TB. Uraian tugas tersebut merupakan tugas pokok yang harus dilakukan oleh tim pengelola program TB. Apabila tugas pokok tersebut tidak dilaksanakan secara benar atau tidak dilakukan sama sekali, maka berarti ada masalah kinerja. (Departemen Kesehatan RI, 2008). Untuk itu, maka harus diketahui terlebih dahulu uraian tugas yang harus dilakukan upaya dalam penemuan penderita baru Tuberkulosis Paru.

Berdasarkan beberapa uraian tersebut, maka peneliti ingin melakukan kajian tentang pelaksanaan uraian tugas program TB di Puskesmas dalam upaya penemuan penderita baru tuberkulosis paru di Kabupaten Banyuwangi.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah "bagaimana pelaksanaan uraian tugas program TB di Puskesmas dalam upaya penemuan penderita baru tuberkulosis paru di Kabupaten Banyuwangi?"

### **1.3 Tujuan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui gambaran pelaksanaan uraian tugas program TB di Puskesmas dalam upaya penemuan penderita baru tuberkulosis paru di Kabupaten Banyuwangi .

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Menggambarkan karakteristik petugas TB puskesmas berdasarkan jenis kelamin, umur, lama kerja, pelatihan TB di Puskesmas Kabupaten Banyuwangi tahun 2011.
- b. Mendeskripsikan pelaksanaan uraian tugas program TB di Puskesmas dalam upaya penemuan penderita baru tuberkulosis paru Kabupaten Banyuwangi tahun 2011.
- c. Menganalisis pelaksanaan uraian tugas program TB di Puskesmas dalam upaya penemuan penderita baru tuberkulosis paru terhadap pencapaian CDR puskesmas Kabupaten Banyuwangi tahun 2011.

### **1.4 Manfaat**

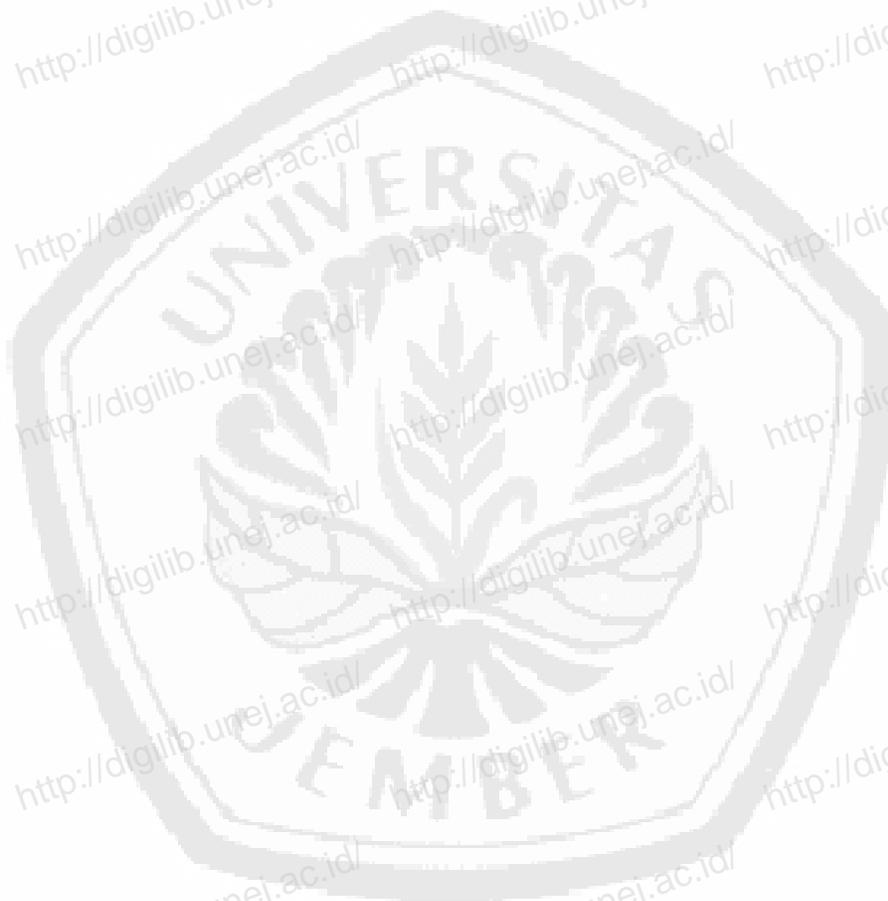
#### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Secara teoritis, penelitian ini diharapkan mampu memberikan khasanah ilmu pengetahuan di Bidang Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan mengenai gambaran pelaksanaan uraian tugas program TB di Puskesmas dalam upaya penemuan penderita baru tuberkulosis paru di Kabupaten Banyuwangi .

#### **1.4.2 Manfaat Praktis**

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai sarana informasi tentang pelaksanaan uraian tugas program tuberkulosis di Puskesmas dalam upaya penemuan penderita baru tuberkulosis paru dan sebagai bahan masukan dalam pencapaian angka penemuan kasus baru tuberkulosis paru bagi Dinas Kesehatan maupun instansi

terkait. Selain itu, dapat dimanfaatkan sebagai salah satu referensi bagi pihak-pihak yang membutuhkan sebagai pedoman awal untuk pengembangan penelitian yang terkait di masa yang akan datang.



## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Tuberkulosis Paru

#### 2.1.1 Definisi dan Penyebab Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh yang lainnya (Departemen kesehatan RI, 2007). Sedangkan Tuberkulosis paru adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*), yang menyerang terutama paru. Menurut Hiswani (2004), penyakit tuberkulosis paru adalah penyakit menular yang menyerang paru-paru, penyakit ini disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*.

*Mycobacterium tuberculosis* mempunyai ukuran 0,5-4 mikron x 0,3-0,6 mikron dengan bentuk batang tipis, lurus atau agak bengkok, bergranular atau tidak mempunyai selubung, tetapi mempunyai lapisan luar tebal yang terdiri dari lipoid (terutama asam mikolat). Bakteri tuberkulosis ini mati pada pemanasan 100°C selama 5-10 menit atau pada pemansan 60°C selama 30 menit, dan dengan alkohol 70-95 % selama 15-30 detik. Bakteri ini tahan selama 1-2 jam di udara terutama di tempat yang lembab dan gelap (bisa berbulan-bulan), namun tidak tahan terhadap sinar atau aliran udara. Bakteri ini mempunyai sifat istimewa, yaitu dapat bertahan pencucian dengan asam dan alkohol terhadap sehingga sering disebut basil tahan asam (BTA). Serta tahan terhadap zat kimia dan fisik. Kuman Tuberkulosis juga tahan dalam keadaan kering dan dingin, bersifat dorman (Widoyono, 2008).

Selain itu kuman ini bersifat aerob, dimana kuman ini lebih menyenangi jaringan yang tinggi kandungan oksigennya. Jika masuk ke dalam paru-paru, tekanan oksigen pada bagian apikal paru-paru lebih tinggi daripada bagian lain, sehingga bagian apikal ini yang merupakan tempat predileksi penyakit tuberkulosis paru (Bahar dalam Achmadi, 2005).

### 2.1.2 Gejala

Gejala umum yang sering ada bila terserang kuman ini yakni batuk terus-menerus dan berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Sedangkan untuk gejala tambahan yang sering dijumpai seperti dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas dan nyeri dada, badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan turun, rasa kurang enak badan (*malaise*), berkeringat malam walaupun tanpa kegiatan serta demam meriang lebih dari sebulan (Departemen Kesehatan RI, 2007).

Dengan strategi yang baru (DOTS, *directly observed treatment shortcourse*) gejala utamanya adalah batuk berdahak dan/atau terus-menerus selama tiga minggu atau lebih. Berdasarkan keluhan tersebut, seseorang sudah dapat ditetapkan sebagai tersangka. Gejala lainnya adalah gejala tambahan. Dahak penderita harus diperiksa dengan pemeriksaan mikroskopis (Widoyono, 2008).

Perlu diingat bahwa gejala-gejala tersebut dapat dijumpai pula pada pasien penyakit paru selain TB, seperti bronkiektasis, bronchitis kronis, asma, kanker paru, dan lain-lain. Di Negara endemis seperti di Indonesia, setiap orang yang datang ke sarana pelayanan kesehatan dengan gejala tersebut diatas, harus dianggap seorang suspek TB dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung terlebih dahulu (Departemen Kesehatan RI, 2007).

### 2.1.3 Cara Penularan dan Risiko Penularan

Sumber penularan tuberkulosis adalah pasien TB BTA positif. Setiap satu BTA positif akan menularkan kepada 10-15 orang lainnya, sehingga kemungkinan tertular penyakit TB adalah 17%. Hasil studi lainnya melaporkan bahwa kontak terdekat (misalnya keluarga serumah) akan dua kali lebih berisiko dibandingkan kontak biasa/tidak serumah (Widoyono, 2008). Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak. Umumnya penularan terjadi di dalam ruangan tempat terdapat percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari langsung

dapat membunuh kuman. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab. Daya penularan seorang pasien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut. Faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman TB ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut (Departemen Kesehatan RI, 2007).

Risiko tertular tergantung dari tingkat pajanan dengan percikan dahak. Pasien TB paru dengan BTA positif memberikan kemungkinan risiko penularan lebih besar dari pasien TB paru dengan BTA negatif. Risiko penularan setiap tahunnya di tunjukkan dengan *Annual Risk of Tuberculosis Infection* (ARTI) yaitu proporsi penduduk yang berisiko terinfeksi TB selama satu tahun. ARTI sebesar 1%, berarti 10 (sepuluh) orang diantara 1000 penduduk terinfeksi setiap tahun. ARTI di Indonesia bervariasi antara 1-3%. Infeksi TB dibuktikan dengan perubahan reaksi tuberkulin negatif menjadi positif (Keputusan Menteri Kesehatan, 2009).

Hanya sekitar 10% yang terinfeksi TB akan menjadi sakit TB. Dengan ARTI 1%, diperkirakan diantara 100.000 penduduk rata-rata terjadi 1000 terinfeksi TB dan 10% diantaranya (100 orang) akan menjadi sakit TB setiap tahun. Sekitar 50 diantaranya adalah pasien TB BTA positif. Faktor yang mempengaruhi kemungkinan seseorang menjadi pasien TB adalah daya tahan tubuh yang rendah, diantaranya infeksi HIV/AIDS dan malnutrisi (gizi buruk). HIV merupakan faktor risiko yang paling kuat bagi yang terinfeksi TB menjadi sakit TB. Infeksi HIV mengakibatkan kerusakan luas sistem daya tahan tubuh seluler (*cellular immunity*), sehingga jika terjadi infeksi oportunistik, seperti tuberkulosis, maka yang bersangkutan akan menjadi sakit parah bahkan bisa mengakibatkan kematian. Bila jumlah orang terinfeksi HIV meningkat, maka jumlah pasien TB akan meningkat, dengan demikian penularan TB di masyarakat akan meningkat pula (Departemen Kesehatan RI, 2006).

#### 2.1.4 Infeksi Tuberkulosis

Menurut Departemen Kesehatan RI (2006), riwayat terjadinya tuberkulosis dibedakan menjadi dua macam, yaitu:

##### a. Infeksi Primer

Infeksi primer terjadi saat seseorang terkena kuman TB untuk pertama kalinya. Setelah terjadi infeksi melalui saluran pernafasan, di dalam alveoli (gelembung paru) terjadi peradangan. Hal ini disebabkan oleh kuman TB yang berkembang biak dengan cara pembelahan diri di paru. Waktu terjadinya infeksi hingga pembentukan kompleks primer adalah sekitar 4-6 minggu. Kelanjutan infeksi primer tergantung dari banyaknya kuman yang masuk dan respon daya tahan tubuh dapat menghentikan perkembangan kuman TB dengan cara menyelubungi kuman dengan jaringan pengikat.

Ada beberapa kuman yang menetap sebagai “*persister*” atau “*dormant*”, sehingga daya tahan tubuh tidak dapat menghentikan perkembangbiakan kuman, akibatnya yang bersangkutan akan menjadi penderita TB dalam beberapa bulan. Pada infeksi primer ini biasanya menjadi abses (terselubung) dan berlangsung tanpa gejala, hanya batuk dan nafas berbunyi. Tetapi pada orang-orang dengan sistem imun lemah dapat timbul radang paru hebat, ciri-cirinya batuk kronik dan bersifat sangat menular. Masa inkubasi sekitar 6 bulan.

##### b. Infeksi Paska Primer

Adalah terjadi setelah beberapa bulan atau tahun setelah infeksi primer. Ciri khas TB paska primer adalah kerusakan paru yang luas dengan terjadinya kavitas atau efusi pleura. Seseorang yang terinfeksi kuman TB belum tentu sakit atau tidak menularkan kuman TB. Proses selanjutnya ditentukan oleh berbagai faktor risiko. Seseorang yang terinfeksi kuman TB belum tentu sakit atau tidak menularkan kuman TB. Proses selanjutnya ditentukan oleh berbagai faktor risiko. Kemungkinan seseorang untuk terinfeksi TB, tergantung pada:

- 1) Kepadatan *droplet nuclei* yang infeksius per volume udara
- 2) Lamanya kontak dengan *droplet nuclei* tersebut, dan

### 3) Kedekatan dengan penderita TB

Risiko terinfeksi TB sebagian besar adalah faktor risiko eksternal, terutama adalah faktor lingkungan seperti rumah tak sehat, pemukiman padat & kumuh. Sedangkan risiko menjadi sakit TB, sebagian besar adalah faktor internal dalam tubuh penderita sendiri yg disebabkan oleh terganggunya sistem kekebalan dalam tubuh penderita seperti kurang gizi, infeksi HIV/AIDS, pengobatan dengan immunosupresan dan lain sebagainya (Departemen Kesehatan RI, 2005).

## 2.2 Program Penanggulangan Tuberkulosis Paru

Program penanggulangan Tuberkulosis Paru adalah salah satu upaya pemberantasan penyakit menular. Program ini merupakan program nasional pemerintah, dilakukan secara serentak di seluruh Indonesia. Penanggulangan Tuberkulosis Paru (TB-Paru) di Indonesia sudah berlangsung sejak zaman penjajahan Belanda namun terbatas pada kelompok tertentu. Setelah perang kemerdekaan, TB ditanggulangi melalui Balai Pengobatan Penyakit Paru Paru (BP-4). Sejak tahun 1969 penanggulangan dilakukan secara nasional melalui Puskesmas. Sejak tahun 1995, program nasional penanggulangan TB mulai melaksanakan strategi DOTS dan menerapkannya pada Puskesmas secara bertahap. Sampai tahun 2000, hampir seluruh Puskesmas telah komitmen dan melaksanakan strategi DOTS yang diintegrasikan dalam pelayanan kesehatan dasar (Departemen Kesehatan RI, 2008).

### 2.2.1 Visi, Misi, Tujuan dan Kebijakan Program Penanggulangan Tuberkulosis Paru

Visi dari program penanggulangan Tuberkulosis Paru adalah masyarakat yang mandiri dalam hidup sehat dimana tuberkulosis tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat. Dalam mewujudkan visi tersebut terdapat beberapa misi yaitu menjamin bahwa setiap pasien TB mempunyai akses terhadap pelayanan yang bermutu, untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian karena TB, menurunkan resiko penularan TB, mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat TB (Departemen Kesehatan RI, 2008).

Sedangkan tujuan dari program ini adalah menurunkan angka kesakitan dan angka kematian TB, memutuskan rantai penularan, serta mencegah terjadinya *Multi Drugs Resistance* (MDR), sehingga TB tidak lagi merupakan masalah kesehatan masyarakat Indonesia. Dan target program penanggulangan TB adalah tercapainya penemuan pasien baru TB BTA positif paling sedikit 70% dari perkiraan dan menyembuhkan 85 % dari semua pasien tersebut serta mempertahankannya. Target ini diharapkan dapat menurunkan tingkat prevalensi dan kematian akibat TB hingga separuhnya pada tahun 2010 dibanding tahun 1990, dan mencapai tujuan *Millenium Development Goal* (MDG) pada tahun 2015 (Departemen Kesehatan RI, 2008).

Kebijakan program penanggulangan tuberkulosis paru dalam Departemen Kesehatan RI (2008) adalah:

- a. Penanggulangan TB di Indonesia dilaksanakan sesuai dengan azas desentralisasi dengan Kabupaten/kota sebagai titik berat manajemen program yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi serta menjamin ketersediaan sumber daya (dana, tenaga, sarana dan prasarana).
- b. Penanggulangan TB dilaksanakan dengan menggunakan strategi DOTS.
- c. Penguatan kebijakan untuk meningkatkan komitmen daerah terhadap program penanggulangan TB.
- d. Penguatan strategi DOTS dan pengembangannya ditujukan terhadap peningkatan mutu pelayanan, kemudahan akses untuk penemuan dan pengobatan sehingga mampu memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya MDR-TB.
- e. Penemuan dan pengobatan dalam rangka penanggulangan TB dilaksanakan oleh seluruh Unit Pelayanan Kesehatan (UPK), meliputi Puskesmas, Rumah Sakit Pemerintah dan swasta, Rumah Sakit Paru (RSP), Balai Pengobatan Penyakit Paru Paru (BP4), Klinik Pengobatan lain serta Dokter Praktek Swasta (DPS).
- f. Penanggulangan TB dilaksanakan melalui promosi, penggalangan kerja sama dan kemitraan dengan program terkait, sektor pemerintah, non pemerintah dan swasta dalam wujud Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan TB (Gerdunas TB).

- g. Peningkatan kemampuan laboratorium diberbagai tingkat pelayanan ditujukan untuk peningkatan mutu pelayanan dan jejaring.
- h. Obat Anti Tuberkulosis (OAT) untuk penanggulangan TB diberikan kepada pasien secara cuma-cuma dan dijamin ketersediaannya.
- i. Ketersediaan sumberdaya manusia yang kompeten dalam jumlah yang memadai untuk meningkatkan dan mempertahankan kinerja program.
- j. Penanggulangan TB lebih diprioritaskan kepada kelompok miskin dan kelompok rentan terhadap TB.
- k. Penanggulangan TB harus berkolaborasi dengan penanggulangan HIV.
- l. Pasien TB tidak dijauhkan dari keluarga, masyarakat dan pekerjaannya.
- m. Memperhatikan komitmen internasional yang termuat dalam *Millennium Development Goals* (MDGs).

#### 2.2.2 Case Detection Rate (CDR)

Penemuan pasien merupakan langkah pertama dalam kegiatan program penanggulangan TB. Penemuan dan penyembuhan pasien TB menular, secara bermakna akan dapat menurunkan kesakitan dan kematian akibat TB, penularan TB di masyarakat dan sekaligus merupakan kegiatan pencegahan penularan TB yang paling efektif di masyarakat (Departemen kesehatan RI, 2008).

Untuk mengukur penemuan penderita yaitu dengan *Case Detection Rate (CDR)*. *Case Detection Rate* adalah persentase jumlah pasien baru BTA positif yang ditemukan dan diobati dibanding jumlah pasien baru BTA positif yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut. *Case Detection Rate* menggambarkan cakupan penemuan pasien baru BTA positif pada wilayah tersebut. Target *Case Detection Rate* Program Penanggulangan Tuberkulosis Nasional minimal 70%. Rumus perhitungan *Case Detection Rate* dapat dilihat sebagai berikut (Departemen kesehatan RI, 2008):

$\frac{\text{Jumlah pasien TB baru BTA Positif yang dilaporkan dalam TB.07}}{\text{Perkiraan jumlah pasien TB baru BTA Positif}} \times 100\%$
--

## 2.3 Puskesmas

### 2.3.1 Definisi Puskesmas

Puskesmas merupakan organisasi kesehatan fungsional yg merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat dan memberikan pelayanan secara menyeluruh & terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok (Departemen Kesehatan RI, 1991). Menurut Kepmenkes RI No. 128/Menkes/SK/II/2004, puskesmas adalah unit pelaksana teknis kesehatan Kabupaten atau Kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Dalam pengertian tersebut terdapat beberapa pengertian yaitu:

#### a. Unit Pelaksana Teknis

Yaitu sebagai unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota (UPTD), puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia.

#### b. Pembangunan Kesehatan

Pembangunan kesehatan adalah penyelenggaraan upaya kesehatan oleh bangsa Indonesia untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

#### c. Penanggungjawab Penyelenggaraan

Penanggungjawab utama penyelenggaraan seluruh upaya pembangunan kesehatan di wilayah kabupaten atau kota adalah Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota, sedangkan puskesmas bertanggungjawab hanya sebagian upaya pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota sesuai dengan kemampuannya.

#### d. Wilayah Kerja

Secara nasional, standar wilayah kerja puskesmas adalah satu kecamatan, tetapi apabila di satu kecamatan terdapat lebih dari satu puskesmas, maka tanggungjawab wilayah kerja dibagi antar puskesmas, dengan memperhatikan

keutuhan konsep wilayah (desa atau kelurahan atau RW). Masing-masing puskesmas tersebut secara operasional bertanggungjawab langsung kepada Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota.

### 2.3.2 Visi, Misi, Tujuan dan Fungsi Puskesmas

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI tahun 2004, terdapat visi, misi, tujuan dan fungsi puskesmas, yaitu antara lain:

#### a. Visi

Visi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah tercapainya Kecamatan Sehat menuju terwujudnya Indonesia Sehat. Kecamatan Sehat adalah gambaran masyarakat kecamatan masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan, yakni masyarakat yang hidup dalam lingkungan dan berperilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Indikator Kecamatan Sehat yang ingin dicapai mencakup 4 indikator utama yakni:

- 1) Lingkungan sehat
- 2) Perilaku sehat
- 3) Cakupan pelayanan kesehatan yang bermutu
- 4) Derajat kesehatan penduduk kecamatan

Rumusan visi untuk masing-masing puskesmas harus mengacu pada visi pembangunan kesehatan puskesmas di atas yakni terwujudnya Kecamatan Sehat, yang harus sesuai dengan situasi dan kondisi masyarakat serta wilayah kecamatan setempat.

#### b. Misi

Misi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya misi pembangunan kesehatan nasional. Misi tersebut adalah:

- 1) Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya.

Puskesmas akan selalu menggerakkan pembangunan sektor lain yang diselenggarakan di wilayah kerjanya, agar memperhatikan aspek kesehatan, yakni pembangunan yang tidak menimbulkan dampak negatif terhadap kesehatan, setidaknya terhadap lingkungan dan perilaku masyarakat.

- 2) Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya.

Puskesmas akan selalu berupaya agar setiap keluarga dan masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya makin berdaya di bidang kesehatan, melalui peningkatan pengetahuan dan kemampuan menuju kemandirian untuk hidup sehat.

- 3) Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.

Puskesmas akan selalu berupaya menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar dan memuaskan masyarakat, mengupayakan pemerataan pelayanan kesehatan serta meningkatkan efisiensi pengelolaan dana sehingga dapat dijangkau oleh seluruh anggota masyarakat.

- 4) Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya.

Puskesmas akan selalu berupaya memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat yang berkunjung dan yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya, tanpa diskriminasi dan dengan menerapkan kemajuan ilmu dan teknologi kesehatan yang sesuai. Upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang dilakukan puskesmas mencakup pula aspek lingkungan dari yang bersangkutan.

#### c. Tujuan

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat

tinggal di wilayah kerja puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan Indonesia Sehat 2010.

d. Fungsi

1) Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan.

Puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. Di samping itu puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya. Khusus untuk pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

2) Pusat pemberdayaan masyarakat.

Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan, dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk pembiayaannya, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat.

3) Pusat pelayanan kesehatan strata pertama.

Puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggungjawab puskesmas meliputi:

a) Pelayanan kesehatan perorangan

Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi (*private goods*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan

penyakit. Pelayanan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap.

b) Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan yang bersifat publik (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya (Departemen Kesehatan RI, 2009).

### 2.3.3 Puskesmas dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis Paru

Pemberantasan penyakit menular yang salah satunya penanggulangan penyakit tuberkulosis paru merupakan salah satu program puskesmas (Keputusan Menteri Kesehatan RI, 2004). Dalam upaya penanggulangan tuberkulosis, dibentuk KKP (kelompok puskesmas pelaksana) yang terdiri dari:

a. Puskesmas Satelit (PS)

Puskesmas Satelit (PS) adalah puskesmas tidak memiliki fasilitas laboratorium sendiri. Fungsinya adalah melakukan pengambilan dahak, pembuatan sediaan apus dahak sampai fiksasi sediaan dahak. Kemudian sediaan dahak tersebut dikirim ke PRM untuk dibaca hasilnya. Setelah mendapatkan hasil, Puskesmas Satelit akan menentukan rencana pengobatan penderita tuberkulosis paru.

b. Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM)

Merupakan puskesmas yang sudah memiliki laboratorium sendiri. Puskesmas ini biasanya dikelilingi oleh 5 puskesmas satelit. Fungsi dari puskesmas PRM adalah sebagai puskesmas rujukan dalam pemeriksaan slide sediaan dahak dan atau pelaksana pemeriksaan dahak untuk tuberkulosis.

c. Puskesmas Pelaksana Mandiri (PPM)

Pada geografis yang sulit, dibentuk Puskesmas pelaksana mandiri. Puskesmas pelaksana mandiri ini berfungsi seperti Puskesmas rujukan mikroskopis. Hanya saja pada puskesmas pelaksana mandiri, tidak bekerja sama dengan puskesmas satelit (Departemen Kesehatan RI, 2008).

#### **2.4 Uraian Tugas (*Job Description*)**

Pada awalnya, uraian tugas didefinisikan sebagai dokumen yang menyatakan tugas-tugas, kewajiban-kewajiban dan tanggung jawab dari suatu tugas. Pembagian tugas adalah merupakan suatu aktivitas dalam menentukan apa pekerjaan yang dilakukan dan siapa yang harus melakukan tugas tersebut. Aktivitas ini adalah sebuah upaya untuk menciptakan kualitas dari pekerjaan dan kualitas dari kinerja total suatu organisasi/perusahaan. Organisasi akan baik jika petugas/karyawannya didalamnya telah mampu melaksanakan pekerjaan masing – masing dengan jelas, spesifik, serta tidak memiliki peran ganda yang dapat menghambat proses pelaksanaan tugas. Sangatlah penting untuk memiliki uraian-uraian tugas yang relevan dan akurat. Uraian tugas harus memberikan pernyataan yang ringkas mengenai apa yang diharapkan untuk dikerjakan oleh para petugas, bagaimana mereka mengerjakan dan kondisi dimana tugas-tugas dijalankan. Uraian tugas yang singkat menutup kemungkinan terdengar ucapan “ini bukan tugas saya” (Mondy, 2008). Tidak ada format standar untuk menuliskan uraian tugas. Namun sebagian besar uraian harus berisi bagian-bagian yang mencakup identitas pekerjaan, ringkasan pekerjaan, tanggung jawab dan kewajiban, otoritas dari pemegang jabatan, standar prestasi, kondisi kerja, dan spesifikasi jabatan (Dessler, 2004).

Menurut Keputusan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi tahun 2004 tugas adalah sekumpulan pekerjaan dalam suatu organisasi. Sedangkan uraian tugas (jabatan) merupakan ringkasan aktivitas-aktivitas yang terpenting dari suatu tugas dan tanggung jawab dan tingkat pelaksanaannya. Menurut Hasibuan (2007) uraian tugas yaitu informasi tertulis yang menguraikan tugas dan tanggung jawab, kondisi

pekerjaan, hubungan pekerjaan, dan aspek-aspek pekerjaan pada suatu jabatan tertentu dalam organisasi. Pophal (2008) mendefinisikan uraian tugas adalah rekaman tertulis mengenai tanggung jawab dari pekerjaan tertentu. Dokumen ini menunjukkan kualifikasi yang dibutuhkan untuk tugas tersebut dan menguraikan bagaimana tugas tersebut berhubungan dengan bagian lain dalam organisasi”.

Hal-hal yang perlu dicantumkan dalam uraian tugas pada umumnya meliputi :

- a. Identifikasi Jabatan, yang berisi informasi tentang nama jabatan, bagian dan nomor kode jabatan dalam suatu perusahaan
- b. Ikhtisar tugas, yang berisi penjelasan singkat tentang tugas tersebut; yang juga memberikan suatu definisi singkat yang berguna sebagai tambahan atas informasi pada identifikasi jabatan, apabila nama jabatan tidak cukup jelas tugas-tugas yang harus dilaksanakan. Bagian ini adalah merupakan inti dari Uraian Tugas dan merupakan bagian yang paling sulit untuk dituliskan secara tepat. Untuk itu, bisa dimulai menyusunnya dengan mencoba menjawab pertanyaan-pertanyaan tentang apa dan mengapa suatu pekerjaan dilaksanakan, dan bagaimana cara melaksanakannya
- c. Pengawasan yang harus dilakukan dan yang diterima. Bagian ini menjelaskan nama-nama tugas yang ada diatas dan di bawah tugas ini, dan tingkat pengawasan yang terlibat
- d. Hubungan dengan tugas lain. Bagian ini menjelaskan hubungan vertikal dan horizontal tugas ini dengan tugas-tugas lainnya dalam hubungannya dengan jalur promosi, aliran serta prosedur kerja
- e. Mesin, peralatan dan bahan-bahan yang digunakan
- f. Kondisi kerja, yang menjelaskan tentang kondisi fisik lingkungan kerja dari suatu jabatan. Misalnya panas, dingin, berdebu, ketal, bising dan lain-lain terutama kondisi kerja yang berbahaya
- g. Komentar tambahan untuk melengkapi penjelasan di atas.

Dalam upaya meningkatkan angka penemuan kasus baru tuberkulosis baru, terdapat uraian tugas yang harus dilaksanakan oleh petugas TB UPK (termasuk puskesmas). Uraian tugas tersebut disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 2.1 Uraian Tugas program TB untuk petugas di unit pelayanan Kesehatan (UPK)

Uraian Tugas	Dokter	Petugas TB	Petugas Lab.	Perawat poliklinik	Bidan	Petugas Pustu
Menemukan Penderita:						
1. Memberikan penyuluhan tentang TB kepada masyarakat umum	X	X	X	X	X	X
2. Menjaring suspek (penderita tersangka) TB	X	X	X	X	X	X
3. Mengumpul dahak dan mengisi buku daftar suspek Form TB.06		X	X			X
4. Membuat sediaan hapus dahak		X	X			X
5. Mengirim sediaan hapus dahak ke laboratorium dengan Form TB.05		X				
6. Mewarnai dan membaca sediaan dahak, mengirim balik hasil bacaan, mengisi buku register laboratorium (TB.04), dan menyimpan sediaan untuk di <i>crosscheck</i>			X			
7. Menegakkan diagnosis TB sesuai protap	X	X				
8. Membuat klasifikasi/tipe penderita	X	X				
9. Mengisi kartu penderita (Form TB.01) dan kartu identitas penderita (TB.02)		X				
10. Memeriksa kontak terutama kontak dengan penderita TB BTA Positif.		X				
11. Memantau jumlah suspek yang diperiksa dan jumlah penderita TB yang ditemukan	X	X				

Sumber : Departemen Kesehatan RI (2008)

Penjelasan dalam uraian tugas tersebut adalah sebagai berikut:

a. Memberikan penyuluhan tentang TB kepada masyarakat umum

Penyuluhan tentang pencegahan dan penanggulangan penyakit TB merupakan bagian dari promosi kesehatan yaitu rangkaian kegiatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan dimana individu, kelompok, atau masyarakat secara keseluruhan dapat hidup sehat dengan cara memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatannya. Penyuluhan TB perlu dilakukan karena masalah TB banyak berkaitan dengan masalah pengetahuan dan perilaku masyarakat. Tujuan penyuluhan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan peran serta masyarakat dalam penanggulangan TB (Departemen Kesehatan RI, 2005).

Penyuluhan TB dapat dilaksanakan dengan menyampaikan pesan penting secara langsung ataupun menggunakan media. Penyuluhan langsung bisa dilakukan secara perorangan maupun kelompok sedangkan penyuluhan tidak langsung dilakukan dengan menggunakan media, dalam bentuk bahan cetak seperti leaflet, poster atau spanduk media massa, juga dapat berupa media cetak seperti koran, majalah maupun media elektronik seperti radio dan televisi. Penyuluhan ini ditujukan kepada penderita yang diperkirakan penderita TB (suspek), penderita dan keluarganya, supaya penderita menjalani pengobatan secara teratur sampai sembuh. Bagi anggota keluarga yang sehat dapat menjaga, melindungi dan meningkatkan kesehatannya, sehingga terhindar dari penularan TB. Penyuluhan dengan menggunakan bahan cetak dilakukan untuk dapat menjangkau masyarakat yang lebih luas, untuk mengubah persepsi masyarakat tentang TB - dari "suatu penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan memalukan", menjadi "suatu penyakit yang berbahaya, tapi dapat disembuhkan". Penyuluhan langsung dilaksanakan oleh tenaga kesehatan termasuk Apoteker di Apotek, para kader dan PMO, sedangkan penyuluhan kelompok dan penyuluhan dengan media massa selain dilakukan oleh tenaga kesehatan, juga oleh para mitra dari berbagai sektor, termasuk kalangan media massa (Departemen Kesehatan RI, 2005).

b. Menjaring suspek (penderita tersangka) TB

Menjaring suspek dapat dilakukan secara aktif maupun pasif. Menurut Departemen Kesehatan RI (2007) penemuan pasien TB dilakukan secara pasif dengan promosi aktif. Penjaringan tersangka pasien dilakukan di unit pelayanan kesehatan didukung dengan penyuluhan secara aktif, baik oleh petugas kesehatan maupun masyarakat, untuk meningkatkan cakupan penemuan tersangka pasien TB. Penemuan secara aktif dari rumah ke rumah, dianggap tidak *cost* efektif. Untuk menjaring suspek TB Paru, terlebih dahulu perlu untuk identifikasi suspek TB Paru, sebagai berikut:

Biasanya suspek TB datang ke sarana pelayanan kesehatan dengan berbagai keluhan dan gejala yang mungkin akan menunjukkan bahwa yang bersangkutan termasuk suspek.

a) Gejala utama yaitu batuk berdahak selam 2 minggu atau lebih.

b) Gejala tambahan yang sering dijumpai antara lain:

(1) Gejala respiratorik: dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas dan rasa nyeri dada

(2) Gejala sistemik: badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan turun, rasa kurang enak badan (*malaise*), berkeringat pada malam hari walaupun tanpa kegiatan, demam meriang yang berulang lebih dari sebulan. Perlu diingat bahwa gejala-gejala tersebut dapat dijumpai pula pada pasien penyakit paru selain TB, seperti bronkiektasis, bronchitis kronis, asma, kanker paru, dan lain-lain. Di Negara endemis seperti di Indonesia, setiap orang yang datang ke sarana pelayanan kesehatan dengan gejala tersebut diatas, harus dianggap seorang suspek TB dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung terlebih dahulu (Kementrian Kesehatan RI, 2010).

Untuk mengetahui penjaringan suspek yang telah dilakukan terdapat angka penjaringan suspek. Angka penjaringan suspek adalah jumlah suspek yang diperiksa dahaknya diantara 100.000 penduduk pada suatu wilayah tertentu dalam 1 tahun. Angka ini digunakan untuk mengetahui akses pelayanan dan upaya penemuan pasien

dalam suatu wilayah tertentu, dengan memperhatikan kecenderungannya dari waktu ke waktu ( triwulan /tahunan). Rumus sebagai berikut (Departemen Kesehatan RI, 2008):

$$\frac{\text{Jumlah suspek yang diperiksa dahak}}{\text{Jumlah penduduk}} \times 100$$

Di Kabupaten Banyuwangi ditetapkan target proporsi suspek yang sebesar 70% dengan rumus sebagai berikut (Dinas Kesehatan Banyuwangi, 2012):

$$\frac{107}{10.000} \times \text{Jumlah Penduduk}$$

c. Mengumpul dahak dan mengisi buku daftar suspek Form TB.06

Dibutuhkan tiga spesimen dahak untuk menegakkan diagnosis TB secara mikroskopis. Spesimen dahak paling baik diambil pada tiga hari berturut-turut (pagi-pagi-pagi), tetapi untuk kenyamanan pasien, pengumpulan dahak dilakukan sewaktu-pagi-sewaktu dalam dua hari kunjungan yang berurutan berupa Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS). Dahak sewaktu pertama, dikumpulkan pada saat suspek TB datang berkunjung pertama kali. Pada saat pulang, suspek membawa sebuah pot dahak untuk mengumpulkan dahak pagi pada hari kedua. Pada pagi hari ke-2, dahak dikumpulkan di rumah, segera setelah bangun tidur. Pot dibawa dan diserahkan sendiri kepada petugas di UPK. Dahak sewaktu kedua, dahak dikumpulkan di laboratorim saat menyerahkan dahak pagi.

Pengumpulan dahak ini harus dilakukan ditempat terbuka dan mendapat sinar matahari langsung atau diruangan dengan ventilasi yang baik, untuk mengurangi kemungkinan penularan akibat percikan dahak yang infeksius. Diusahakan untuk tidak mengambil dahak diruang tertutup dengan ventilasi yang buruk, misalnya kamar

kecil/toilet, ruang kerja (ruang pendaftaran, ruang pengumpulan sampel, laboratorium dan sebagainya), ruang tunggu dan ruang umum lainnya (Departemen Kesehatan RI, 2006).

d. Membuat sediaan hapus dahak

Pembuatan sediaan hapus dahak merupakan tugas pengelola program (bila di puskesmas satelit) dan tugas petugas laboratorium bila di PPM/PRM. Dalam membuat sediaan hapus dahak ada beberapa hal yang harus di sediakan antara lain (Departemen Kesehatan RI, 2008):

1) Identitas pasien harus dicatat terlebih dahulu di formulir TB.04 sebelum diproses.

2) Alat-alat yang dibutuhkan

Beberapa alat yang dibutuhkan saat membuat sediaan hapus dahak antara lain yaitu kaca sediaan yang baru, bersih dan bukan kaca sediaan yang sudah digunakan; aplikator dari bambu/lidi lancip (tidak rata); botol berisi pasir dan disinfektan misalnya lisol 70% untuk membersihkan ose; lampu spritus/bunsen; wadah pembuangan berisi disinfektan (misalnya lisol 5%); wadah pembuangan untuk aplikator.

3) Cara membuat slide sediaan hapus

a) Kaca sediaan hanya digunakan untuk satu spesimen dahak.

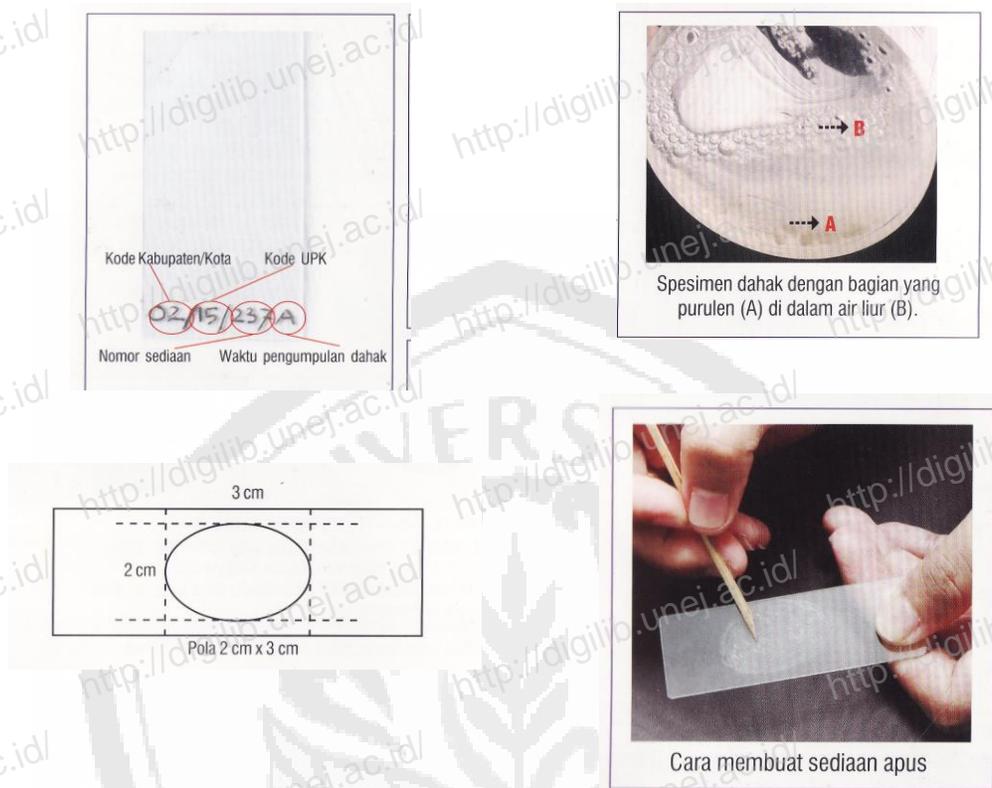
b) Tuliskan nomor identitas pasien pada bagian ujung kaca.

c) Spesimen dahak yang diambil adalah spesimen dahak yang purulen bukan air liur.

d) Ambil dahak yang purulen dengan menggunakan lidi/ose

e) Sediaan dahak dibuat dengan pola 2x3 cm, tidak terlalu tebal dan tidak terlalu tipis.

Untuk memperjelas, cara pembuatan slide sediaan tersaji dalam gambar berikut (Departemen kesehatan RI, 2006):



Gambar 2.1 Pembuatan sediaan dahak (Sumber: Departemen Kesehatan RI, 2006)

e. Mengirim sediaan hapus dahak ke laboratorium dengan Form TB.05

Formulir TB. 05 yang telah dilakukan pengisian identitas selanjutnya dikirim ke laboratorium untuk segera dapat dilakukan pewarnaan dan pembacaan. Berikut adalah contoh formulir TB. 05:

PENANGGULANGAN TB NASIONAL

**FORMULIR PERMOHONAN LABORATORIUM TB  
UNTUK PEMERIKSAAN DAHAK**

Nama unit yankes : \_\_\_\_\_ Telp. : \_\_\_\_\_ Umur : \_\_\_\_\_ tahun.  
 Nama tersangka/pasien : \_\_\_\_\_ Jenis kelamin L   
 Alamat lengkap : \_\_\_\_\_ P   
 Kabupaten/kota : \_\_\_\_\_

**Klasifikasi Penyakit :**  
 Paru   
 Ekstrem Paru  Lokasi : \_\_\_\_\_

**Alasan pemeriksaan :**  
 Diagnosa   
 Follow up pengobatan   
 Bulan ke : \_\_\_\_\_  
 No.Reg TB Kab/kota : \_\_\_\_\_

No. Identitas Sediaan (sesuai dengan TB.05) : \_\_\_\_\_  
 Tgl. pengambilan dahak terakhir : \_\_\_\_\_  
 Tanggal pengiriman sediaan : \_\_\_\_\_  
 Tanda tangan pengambil sediaan : \_\_\_\_\_

**Secara visual dahak tampak:**  
 Nanas lendir: A  B  C   
 Bercah dahak: A  B  C   
 Air Liur: A  B  C

**HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM**

No.Regisr Lab (Sesuai dengan Lem di TB.04) : \_\_\_\_\_

Tanggal Pemeriksaan	Sesimen dahak	Hasil *	Tingkat Positif **
	A (Sewaktu)		***    **    *    1-9
	B (Pagi)		
	C (Sewaktu)		

Diperiksa oleh  
Tanda tangan pemeriksa  
(\_\_\_\_\_)

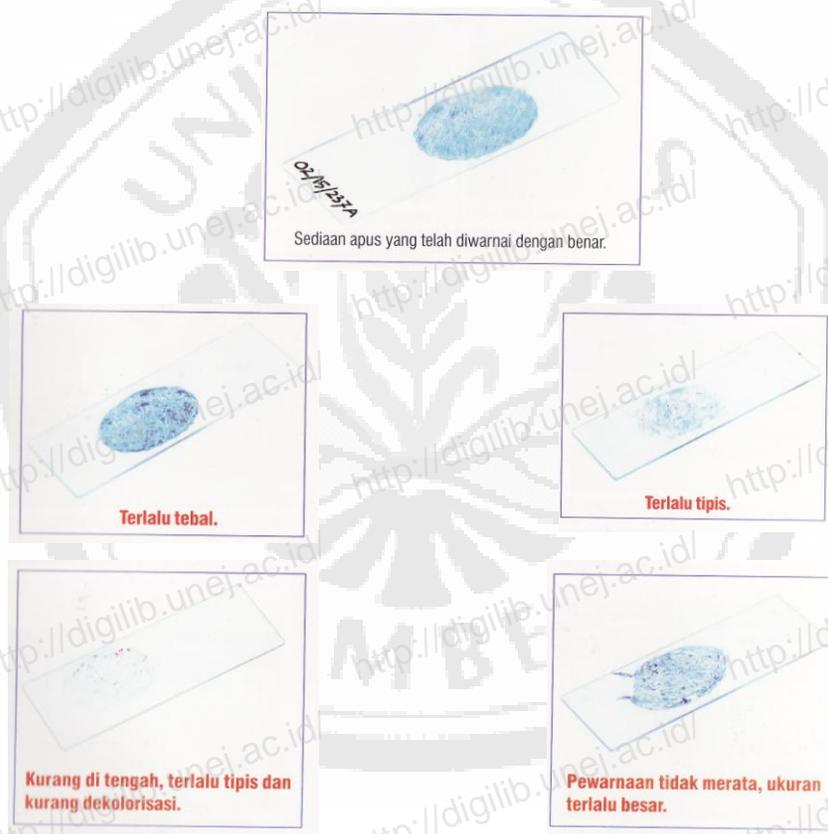
\*) Tulip Pos atau Neg.  
 \*\*) Beri tanda rumput pada Tingkat Positif yang sesuai.

Gambar 2.2 Formulir TB.05 (Sumber: Departemen Kesehatan RI, 2007)

- f. Mewarnai dan membaca sediaan dahak, mengirim balik hasil bacaan, mengisi buku register laboratorium (TB.04), dan menyimpan sediaan untuk di *crosscheck*. Pewarnaan bertujuan untuk memudahkan dalam pembacaan slide yang telah dibuat. Pembacaan sediaan dahak dilakukan di laboratorium dengan menggunakan mikroskop. Apabila tidak ditemukan BTA minimal dalam 100 lapang pandang berarti BTA negatif, bila ditemukan 1-9 BTA dalam 100 lapang pandang harus dituliskan jumlah BTA yang ditemukan /100 lapang pandang, bila ditemukan 10-99 BTA dalam 100 lapang pandang berarti 1+, dan bila ditemukan 1-10 BTA dalam 1 lapang pandang, periksa minimal 50 lapang pandang berarti 2+ dan lebih dari 10 BTA dalam 1 lapang pandang, periksa minimal 20 lapang pandang berarti 3+. Pencacatan hasil

pembacaan slide dilakukan pada register laboratorium (TB.04). BTA yang ditemukan menegakkan diagnosis TB dan jumlah BTA yang ditemukan menunjukkan beratnya penyakit. Oleh sebab itu pencatatan dengan benar apa yang dilihat sangat penting untuk dilakukan. kemudian pengiriman pelaporan harus dilakukan secepatnya kepada dokter pengirim dan petugas harus menjaga kerahasiaan hasil laboratorium. Slide yang telah dibaca harus disimpan untuk dilakukan *crosscheck* setiap tiga bulan sekali (Departemen Kesehatan RI, 2006).

Hasil pewarnaan pada sediaan dahak disajikan pada gambar berikut:



Gambar 2.3 Hasil pewarnaan sediaan dahak dengan teknik pembuatan yang kurang baik  
(Sumber: Departemen Kesehatan RI, 2006)

g. Menegakkan diagnosis TB sesuai protap

Diagnosis TB Paru dilakukan dengan memeriksa semua suspek TB yang diperiksa 3 spesimen dahaknya dalam waktu 2 hari, yaitu sewaktu-pagi-sewaktu (SPS). Dalam Departemen Kesehatan RI (2008), diagnosis tuberkulosis dibagi menjadi dua yaitu:

1) Diagnosis TB Paru

Diagnosis TB Paru pada orang dewasa ditegakkan dengan ditemukannya kuman TB (BTA). Pada program TB nasional, penemuan BTA melalui pemeriksaan dahak mikroskopis merupakan diagnosis utama. Pemeriksaan lain seperti foto toraks, biakan dan uji kepekaan dapat digunakan sebagai penunjang diagnosis sepanjang sesuai dengan indikasinya. Tidak dibenarkan mendiagnosis TB hanya berdasarkan pemeriksaan foto toraks saja. Foto toraks tidak selalu memberikan gambaran yang khas pada TB paru, sehingga sering terjadi *overdiagnosis*. Gambaran kelainan radiologik Paru tidak selalu menunjukkan aktifitas penyakit.

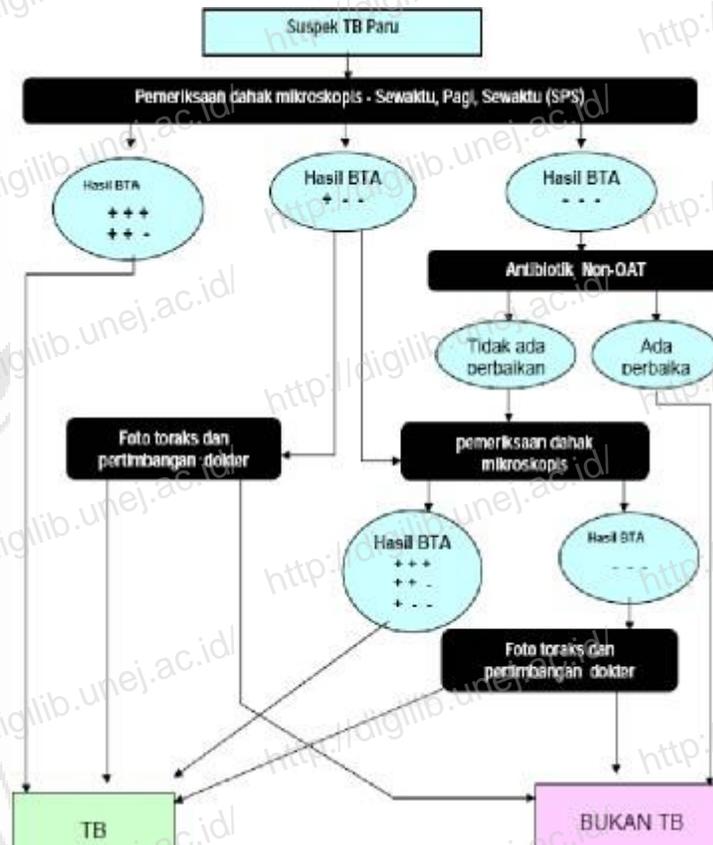
Sedangkan diagnosis TB pada anak sulit sehingga sering terjadi misdiagnosis baik *overdiagnosis* maupun *underdiagnosis*. Pada anak – anak batuk bukan merupakan gejala utama. Pengambilan dahak pada anak biasanya sulit, maka diagnosis TB anak perlu kriteria lain dengan menggunakan sistem skor . Unit Kerja Koordinasi Respirologi PP IDAI telah membuat Pedoman Nasional Tuberkulosis Anak dengan menggunakan sistem skor (*scoring system*), yaitu pembobotan terhadap gejala atau tanda klinis yang dijumpai. Pedoman tersebut secara resmi digunakan oleh program nasional penanggulangan tuberkulosis untuk diagnosis TB anak.

2) Diagnosis TB ekstra paru.

Gejala dan keluhan tergantung organ yang terkena, misalnya kaku kuduk pada meningitis TB, nyeri dada pada TB pleura (pleuritis), pembesaran kelenjar limfe superfisial pada limfadenitis TB dan deformitas tulang belakang (gibbus) pada spondilitis TB dan lainlainnya. Diagnosis pasti sering sulit ditegakkan sedangkan diagnosis kerja dapat ditegakkan berdasarkan gejala klinis TB yang kuat (presumtif) dengan menyingkirkan kemungkinan penyakit lain. Ketepatan diagnosis tergantung

pada metode pengambilan bahan pemeriksaan dan ketersediaan alat-alat diagnostik, misalnya uji mikrobiologi, patologi anatomi, serologi, foto toraks dan lain-lain.

Berikut disajikan alur prosedur diagnostik untuk suspek TB Paru:



Gambar 2.4 Alur Diagnosis TB paru (Sumber: Departemen Kesehatan RI, 2006)

Untuk indikasi pada pemeriksaan foto toraks yaitu sebagai berikut:

- Hanya 1 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif. Pada kasus ini, pemeriksaan foto toraks dada diperlukan untuk mendukung diagnosis TB paru BTA positif.
- Ketiga spesimen dahak hasilnya tetap negatif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT (Obat Anti Tuberkulosis).
- Pasien tersebut diduga mengalami komplikasi sesak nafas berat yang

memerlukan penanganan khusus (seperti pneumotoraks, pleuritis eksudativa, efusi perikarditis atau efusi pleural) dan pasien yang mengalami hemoptisis berat (untuk menyingkirkan bronkiektasis atau aspergiloma) (Departemen Kesehatan RI, 2008).

#### h. Membuat Klasifikasi/Tipe Penderita

Penentuan klasifikasi/tipe penderita penting untuk dilakukan. Klasifikasi/tipe penderita ini menentukan dalam pengobatan penderita. Menurut Departemen Kesehatan RI (2008), penentuan klasifikasi penyakit dan tipe pasien tuberkulosis memerlukan suatu “definisi kasus” yang meliputi empat hal, yaitu:

- 1) Lokasi atau organ tubuh yang sakit (paru atau ekstra paru).
- 2) Bakteriologi (hasil pemeriksaan dahak secara mikroskopis) (BTA positif atau BTA negatif).
- 3) Tingkat keparahan penyakit (ringan atau berat).
- 4) Menentukan prioritas pengobatan TB sebelumnya (baru atau sudah pernah diobati).

Klasifikasi tuberkulosis berdasarkan organ tubuh yang terkena dibagi menjadi dua antara lain:

##### 1) Tuberkulosis Paru

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

##### 2) Tuberkulosis ekstra paru

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

Sedangkan berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis, TB Paru dibagi dalam :

##### 1) Tuberkulosis Paru BTA Positif

- a) Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS (sewaktu-pagi-sewaktu) hasilnya BTA positif.

b) Satu spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto *rontgen* dada menunjukkan gambaran tuberkulosis aktif.

2) Tuberkulosis Paru BTA Negatif

Pemeriksaan 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif dan foto *rontgen* dada menunjukkan gambaran tuberkulosis aktif. TB Paru BTA negatif *rontgen* positif dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu bentuk berat dan ringan.

Bentuk berat, bila gambaran foto *rontgen* dada memperlihatkan gambaran kerusakan paru yang luas (misalnya proses “*far advanced*” atau millier) dan atau keadaan umum penderita buruk.

Klasifikasi berdasarkan tingkat keparahan penyakit yaitu:

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

Sedangkan untuk tipe penderita ditentukan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya. Ada beberapa tipe penderita (Departemen Kesehatan RI, 2008) yaitu:

1) Kasus Baru

Penderita yang belum pernah diobati dengan OAT (Obat Anti Tuberkulosis) atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (30 dosis harian).

2) Kambuh (*Relaps*)

Penderita Tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh, kemudian kembali lagi berobat dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif.

3) Pindah (*Transfer In*)

Penderita yang sedang mendapat pengobatan di suatu kabupaten lain dan kemudian pindah berobat ke kabupaten baru. Penderita pindahan tersebut harus membawa surat rujukan atau pindah.

4) Kasus Berobat Setelah Lalai (Pengobatan setelah *default/ drop-out*)

Penderita yang sudah berobat paling kurang 1 bulan dan berhenti 2 bulan atau lebih, kemudian datang kembali untuk berobat. Umumnya penderita tersebut kembali dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif.

5) Lain-lain

a) Gagal

Penderita BTA positif yang masih tetap positif atau kembali menjadi positif pada akhir bulan ke 5 (satu bulan sebelum akhir pengobatan) atau lebih. Penderita dengan hasil BTA negatif *rontgen* positif menjadi BTA positif pada akhir bulan ke 2 pengobatan.

b) Kronis

Penderita dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulang kategori 2 (Departemen Kesehatan RI, 2006).

i. Mengisi Kartu Penderita (Form TB.01) dan Kartu Identitas Penderita (TB.02)

Kartu penderita harus dimiliki oleh setiap penderita TB yang diperiksa. Dengan memiliki kartu ini identitas dan riwayat mulai dari kapan penemuan dan pengobatan akan jelas. Pengisian identitas ini akan memudahkan dalam pemantauan penderita.

Berikut adalah kartu penderita/ Form TB. 01



lebih dari 1 orang adalah 4 kali dibanding rumah tangga dengan hanya 1 orang penderita TB. Hal tersebut terjadi karena adanya penderita tuberkulosis di rumah dan sekitarnya meningkatkan frekuensi dan durasi kontak dengan kuman tuberkulosis yang merupakan faktor penting patogenesis tuberkulosis (Guwatudde *et al.*, 2003). Pemeriksaan kontak penderita (*contact racing*) dicatat pada kartu pengobatan sebagai berikut:

**KARTU PENGOBATAN PASIEN TB**

**PENANGGULANGAN TB NASIONAL**

Nama Pasien : ..... Telp. ....  
 Alamat Lengkap : .....  
 Nama Pengawas Pengobatan/PMO : ..... Telp. ....  
 Alamat lengkap PMO : .....

Jenis Kelamin : L  P  Umur : .... Ttn. Parut BCG : Jelas  Tdk ada  Meragukan

Riwayat Pengobatan Sebelumnya: Belum pernah/ Kurang dari 1 bulan      Pernah diobati lebih 1 bulan

Tahun : .....  
 No. Reg TB.03 UPK : .....  
 No.Reg. TB Kab/kota : .....  
 Nama Unit Pelayanan Kesehatan : .....

KLASIFIKASI PENYAKIT	
Paru <input type="checkbox"/>	Ekstra Paru <input type="checkbox"/>
Lokasi : .....	

**Catatan:** (untuk hasil pemeriksaan lain, misalnya Rontgen, Biopsi, kultur, item dan skoring TB Anak, dll)

**Pemeriksaan Kontak Serumah :**

No.	Nama	L/P	Umur	Tgl Pemeriksaan	Hasil
1.	.....	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....	.....	.....
5.	.....	.....	.....	.....	.....

Jenis Obat : Kombipak       KDT (FDC)

**I. TAHAP INTENSIF:**

Kategori-1  Kategori-2  Kategori Anak  Sisipan

Bulan ke	HASIL PEMERIKSAAN DAHAK			BB (kg)
	Laboratorium Pembaca			
	Tanggal	No.Reg. lab.	BTA*	
0 (awal)				
2				
3				
4				
5/6				
7/8				
AP				

\* Tulislah 1+, 2+, 3+ atau Neg sesuai dengan hasil pemeriksaan dahak.

BULAN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Jumlah				

Berilah tanda  jika pasien datang mengambil obat atau pengobatan dibawah pengawasan petugas kesehatan.  
 Berilah tanda garis lurus jika obat dibawa pulang dan ditelan sendiri dirumah.

Gambar 2.6 Kartu Pengobatan Pasien (Sumber: Departemen Kesehatan RI, 2006)

k. Memantau Jumlah Suspek yang Diperiksa dan Jumlah Penderita TB yang Ditemukan

Pemantauan dan evaluasi merupakan salah satu fungsi manajemen untuk menilai keberhasilan pelaksanaan program. Pemantauan dilaksanakan secara berkala dan terus menerus, untuk dapat segera mendeteksi bila ada masalah dalam pelaksanaan

kegiatan yang telah direncanakan, supaya dapat dilakukan tindakan perbaikan segera (Departemen Kesehatan RI, 2008). Pemantauan jumlah suspek dan jumlah penderita TB dapat dilakukan secara berkala dan terus menerus untuk mengetahui berapa banyak jumlah supek yang telah ditemukan.

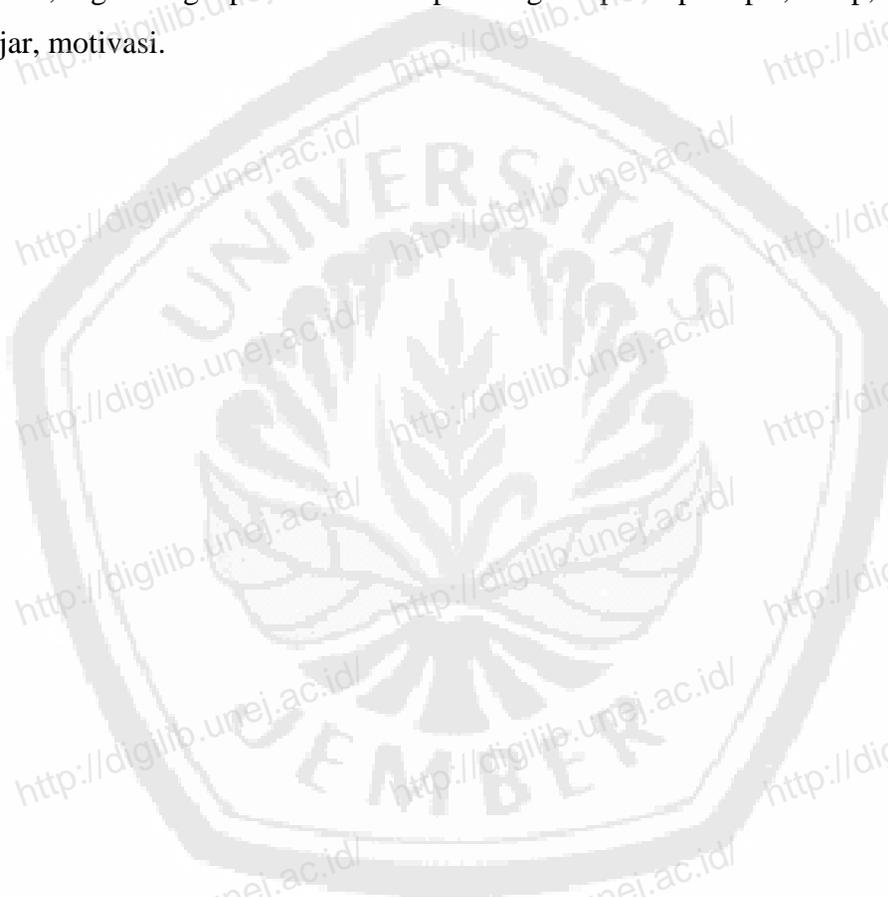
Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menyusun rencana pemantauan dan evaluasi meliputi:

- 1) Jenis-jenis kegiatan dan indikator,
- 2) Cara pemantauan,
- 3) Pelaksana (siapa yang memantau),
- 4) waktu dan frekuensi pemantauan (bulanan/triwulan/tahunan),
- 5) Rencana tindak lanjut hasil pemantauan dan evaluasi.

Selain pemantauan jumlah suspek dan penderita TB. Petugas juga melakukan pemantauan kemajuan hasil pengobatan pada orang dewasa dilaksanakan dengan pemeriksaan ulang dahak secara mikroskopis. Pemeriksaan dahak secara mikroskopis lebih baik dibandingkan dengan pemeriksaan radiologis dalam memantau kemajuan pengobatan. Untuk memantau kemajuan pengobatan dilakukan pemeriksaan spesimen sebanyak dua kali (sewaktu dan pagi). Hasil pemeriksaan dinyatakan negatif bila ke 2 spesimen tersebut negatif. Bila salah satu spesimen positif atau keduanya positif, hasil pemeriksaan ulang dahak tersebut dinyatakan positif (Departemen Kesehatan RI, 2008).

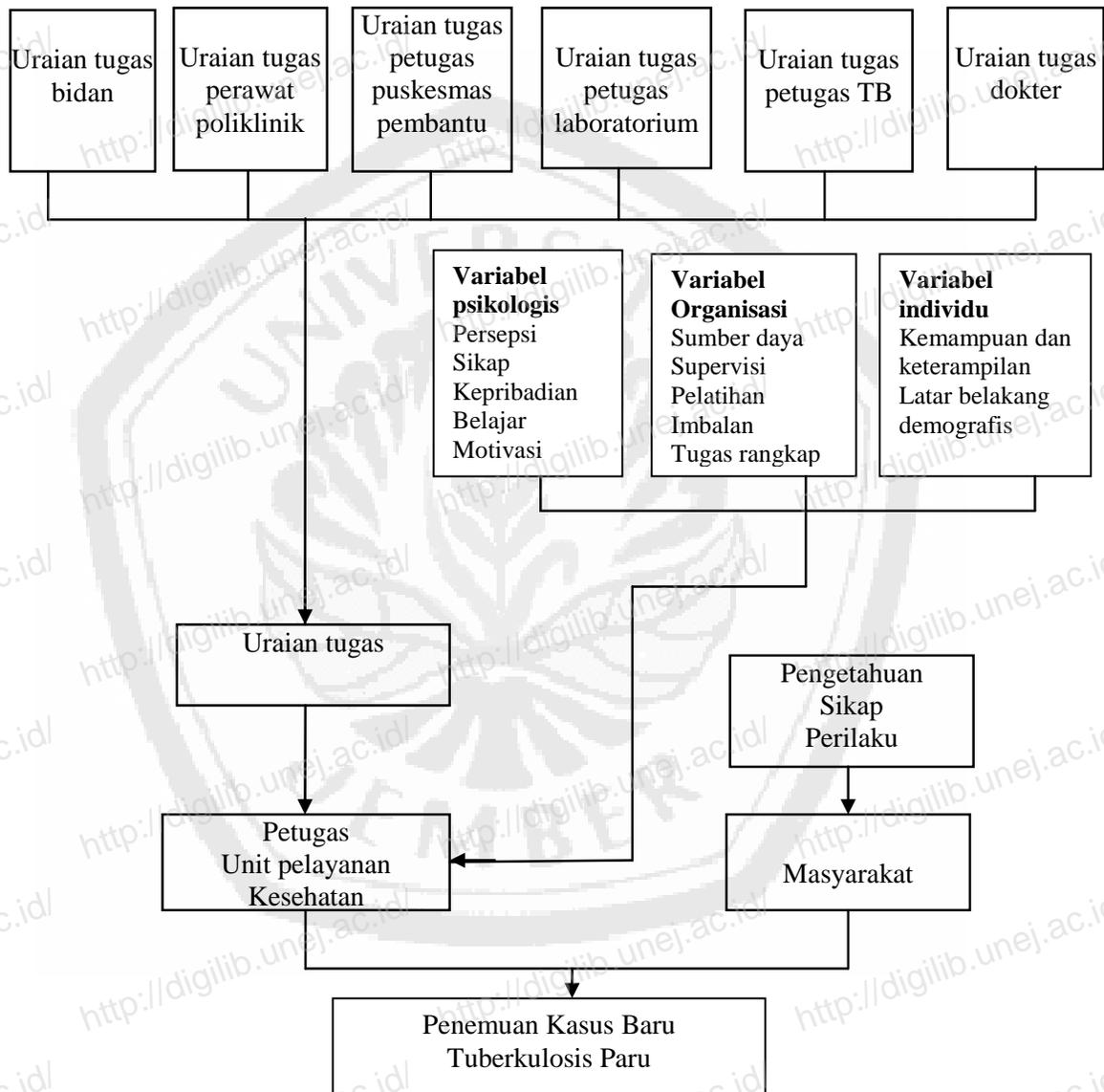
Selain uraian tugas yang program penanggulangan tuberkulosis yang menjadi tanggung dan jawab petugas TB, terdapat hal-hal lain yang dapat mempengaruhi petugas menemukan kasus tuberkulosis paru. Selain partisipasi aktif masyarakat hal tersebut antara lain adalah umur, jenis kelamin, motivasi, supervisi, hasil crosscheck slide dan lain sebagainya. Menurut penelitian Suharjana *et al.*(2008), pada puskesmas penemuan TB rendah supervisi monitoring, dari kabupaten belum optimal, para medis dan dokter yang belum mendapat pelatihan merupakan faktor yang mempengaruhi penemuan penderita. Menurut penelitian Afrimelda & Ekowati RN (2010), faktor-faktor yang berhubungan dengan penemuan kasus baru adalah jenis

kelamin, pengetahuan, pelatihan, sumber daya dan supervisi. Dalam Gibson (1978) faktor tersebut disebutkan secara lengkap dan dikelompok menjadi tiga variabel yaitu variabel individu, yang terdiri dari kemampuan dan keterampilan mental fisik, latar belakang keluarga, tingkat sosial pengalaman dan demografis seperti umur, asal-usul, jenis kelamin. Variabel organisasi yang terdiri dari sumber daya, supervisi, pelatihan, imbalan, tugas rangkap dan variabel psikologis seperti persepsi, sikap, kepribadian, belajar, motivasi.



## 2.5 Kerangka Teori

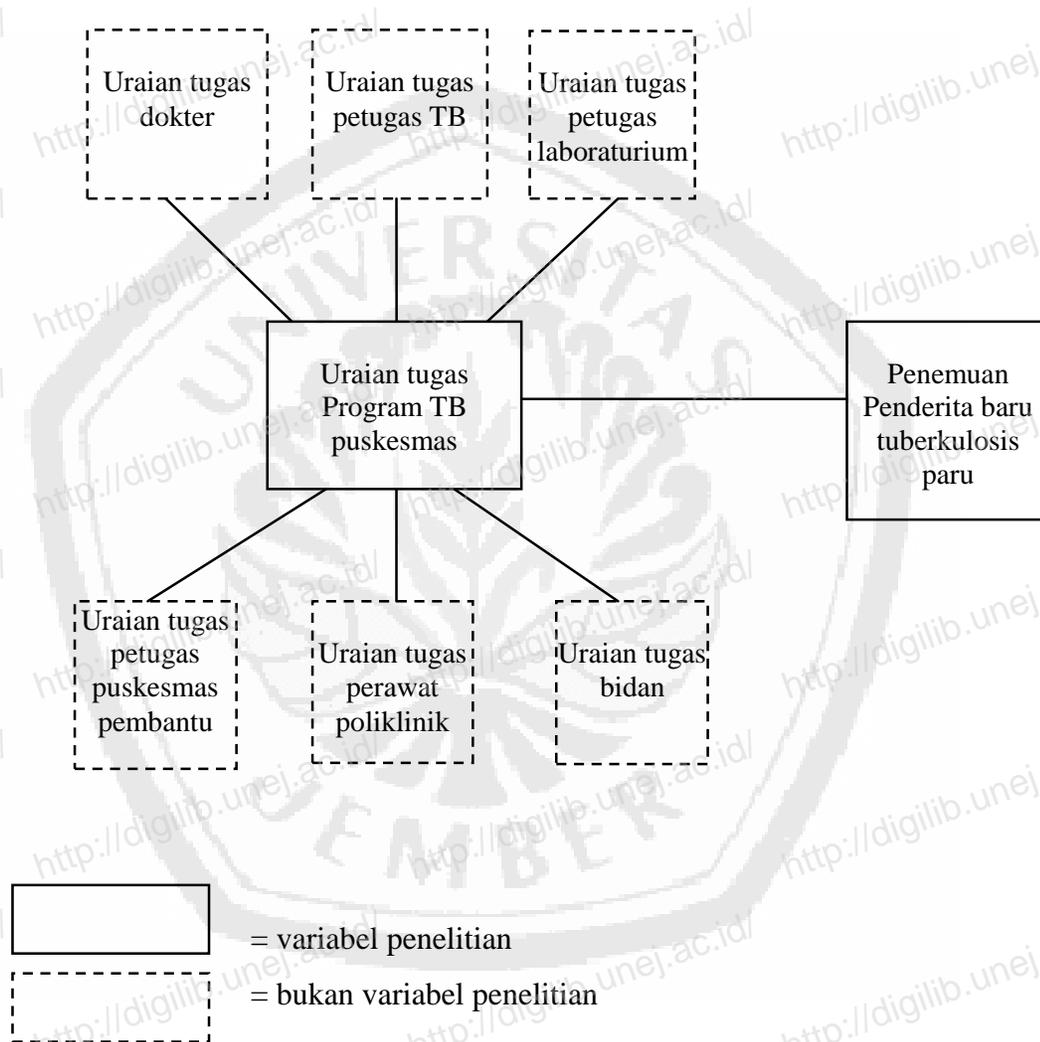
Berdasarkan latar belakang dan tinjauan pustaka dapat disusun suatu kerangka teori sebagai berikut:



Gambar 2.7 Kerangka Teori

## 2.6 Kerangka Konsep

Dari kerangka teori yang ada dapat disusun kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 2.8 Kerangka Konsep

## **BAB 3. METODE PENELITIAN**

### **3.1 Jenis Penelitian**

Jenis Penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang dilakukan dengan tujuan membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara obyektif. Metode penelitian deskriptif dilakukan dengan menempuh langkah-langkah pengumpulan data, klasifikasi, pengolahan atau analisis data, membuat kesimpulan dan laporan (Notoatmodjo, 2002) dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian ini bertujuan untuk membuat gambaran pelaksanaan uraian tugas program TB di Puskesmas berdasarkan uraian tugas petugas TB yang tercantum dalam pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis.

### **3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

#### **3.2.1 Tempat Penelitian**

Dilakukan di wilayah 12 Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM) dan Puskesmas Pelaksana Mandiri (PPM) Kabupaten Banyuwangi yang merupakan puskesmas PPM dan PRM yang mempunyai CDR < 70% yaitu Puskesmas Kebondalem, Jajag, Gitik, Sobo, Sambirejo, Paspas, Tegaldlimo, Sumberberas, Benciluk, Sempu, Genteng Kulon dan Pesanggaran.

#### **3.2.2 Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan pada bulan April-Juli 2012.

### **3.3 Populasi dan Sampel**

Populasi merupakan keseluruhan unit atau individu dalam ruang lingkup yang ingin diteliti (Sugiarto, 2003). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh Puskesmas PPM dan PRM di Kabupaten Banyuwangi sejumlah 21 puskesmas. Sampel diambil dengan cara *purposive sampling* dengan kriteria inklusi puskesmas dengan CDR <

70%. Sehingga didapatkan 12 puskesmas (PPM dan PRM) di wilayah kabupaten Banyuwangi.

### 3.4 Variabel dan Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel atau konstruk dengan cara memberikan arti atau menspesifikasikan kegiatan, ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur konstruk atau variabel tersebut (Nazir, 2003). Definisi operasional dari variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah:

Tabel 3.1 Definisi Operasional

N o	Variabel	Tugas	Definisi Operasional	Sumber Data	Cara pengumpulan data	Cara penilaian
1	Uraian program TB	Tugas	Pedoman yang menunjukkan kegiatan yang harus dilaksanakan oleh pelaksana program TB dalam upaya menemukan penderita tuberkulosis paru	Pedoman nasional Penanggung an Tuberkulosis	Dokumentasi	
2	Uraian tersebut dari	Tugas terdiri	Kegiatan yang harus dilaksanakan oleh Dokter dalam Program TB, yang terdiri dari:	Dokter, petugas TB, petugas laboratorium	Kuesioner	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melaksanakan penyuluhan khusus TB sesuai POA = 2</li> <li>- Melaksanakan penyuluhan khusus TB tidak sesuai POA = 1</li> <li>- Tidak melaksanakan = 0</li> </ul>
	a. Memberikan penyuluhan tentang TB ke masyarakat umum		Pemberian pengetahuan terkait TB kepada sekelompok orang yang belum diketahui jelas riwayat penyakitnya.			
	b. Menjaring suspek TB		Kegiatan yang bertujuan menemukan orang yang dicurigai menderita TB.	Dokter, petugas TB, petugas laboratorium	Kuesioner	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jumlah suspek yang dijaring <math>\geq 70\%</math> = baik = 2</li> <li>Jumlah suspek yang dijaring <math>&lt; 70\%</math> = kurang = 1</li> </ul>

No	Variabel	Definisi Operasional	Sumber Data	Cara pengumpulan data	Cara penilaian
c.	Mengumpul dahak	Kegiatan yang dilakukan untuk memperoleh sputum.	petugas laboratorium	Kuesioner dan form TB.06	Jumlah dahak purulen yang dikumpulkan $\times 100\%$ Jumlah suspek yang ditemukan - Bila $>66,6 =$ baik = 3 - Bila $<33,3-66,6 =$ cukup = 2 - Bila $<33,3 =$ kurang = 1
d.	Mengisi buku daftar suspek Form TB.06	Melakukan pencatatan tersangka TB pada form yang sesuai	Petugas TB, petugas laboratorium	Observasi	- Mengisi dengan lengkap = 2 - Mengisi tidak lengkap = 1 Tidak mengisi = 0
e.	Membuat sediaan hapus dahak	Membuat pola dan fiksasi dari preparat sputum yang telah dikumpulkan.	Petugas laboratorium	Lembar observasi	- Memenuhi 5-6 kriteria = baik - Memenuhi 3-4 kriteria = sedang - Memenuhi 1-2 kriteria = kurang
f.	Mengirim dahak ke laboratorium dengan Form TB.05.	Slide/dahak diantarakan ke laboratorium dengan form yang sesuai.	Petugas TB	Observasi	- Rutin = 3 - Kadang-kadang = 2 - Jarang = 1 - Tidak pernah = 0
g.	Mewarnai dan membaca sediaan dahak,	Memberikan zat warna dan menginterpretasikan slide.	Petugas laboratorium	observasi	- Memenuhi $>8$ kriteria = baik = 3 - Memenuhi 4- 8 kriteria = cukup = 2 - Memenuhi $< 4$ kriteria = kurang = 1
h.	Mengirim balik hasil bacaan,	Mengembalikan hasil pemeriksaan kepada pengirim.	Petugas laboratorium	Kuesioner	- Mengirim hasil bacaan = 1 - Tidak mengirimkan hasil bacaan hari itu juga = 0
i.	Mengisi buku register laboratorium (TB.04),	melakukan pencatatan pada TB.04.	Petugas laboratorium	observasi	- Mengisi buku dengan lengkap = 2 - Mengisi tetapi tidak lengkap = 1 - Tidak melakukan pengisian = 0

No	Variabel	Definisi Operasional	Sumber Data	Cara pengumpulan data	Cara penilaian
j.	Menyimpan sediaan untuk di <i>crosscheck</i>	slide dikumpulkan untuk di lakukan <i>crosscheck</i> .	Petugas laboratorium	Observasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menyimpan dalam kotak sediaan = baik = 2</li> <li>- Menyimpan tidak dalam kotak sediaan= kurang baik= 1</li> <li>- Tidak menyimpan = 0</li> </ul>
k.	Menegakkan diagnosis TB sesuai protap	Menentukan kepastian penyakit TB sesuai ketentuan nasional	Dokter, dan Pengelola program	Kuesioner	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sesuai protap bila semua kriteria terpenuhi= 2</li> <li>- Tidak sesuai protap bila terdapat 1 kriteria yang tidak terpenuhi =1</li> </ul>
l.	Membuat klasifikasi/tipe penderita	Menentukan hasil diagnosis berdasarkan lokasi/organ, bakteriologi, tingkat keparahan penyakit dan prioritas pengobatan	Dokter, dan Pengelola program	Kuesioner	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membuat klasifikasi dan tipe penderita = 2</li> <li>- Membuat klasifikasi/tipe penderita saja= 1</li> <li>- Tidak melaksanakan = 0</li> </ul>
m.	Mengisi kartu penderita (Form TB.01) dan (TB.02)	Melakukan pencatatan identitas dan riwayat pasien mulai ditemukan	Pengelola program	Kuesioner, Form TB.01 dan TB.02	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengisian dilakukan dengan lengkap = 2</li> <li>- Pengisian tidak lengkap = 1</li> <li>- Tidak dilakukan pengisian = 0</li> </ul>
n.	Memeriksa kontak terutama kontak dengan penderita TB BTA Positif	Melakukan pelacakan terhadap orang yang mempunyai hubungan dekat dengan pasien TB	Pengelola program	Kuesioner dan TB.01	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan dengan dokumentasi = 2</li> <li>- Melakukan tanpa dokumentasi = 1</li> <li>- Tidak melakukan = 0</li> </ul>
o.	Memantau jumlah suspek yang diperiksa dan jumlah penderita TB yang ditemukan.	Mengetahui perkembangan jumlah suspek diperiksa	Dokter, dan Pengelola program	Kuesioner dan observasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau dengan dokumentasi = 2</li> <li>- Memantau tanpa ada dokumentasi = 1</li> <li>- Tidak melakukan = 0</li> </ul>

### **3.5 Data dan Sumber Data**

Data yang dikumpulkan ada 2 yaitu data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data yang didapat dari sumber pertama yaitu individu atau perseorangan (Nazir, 2003). Data primer diperoleh melalui wawancara/pengisian kuesioner oleh responden. Responden dalam penelitian ini adalah petugas TB puskesmas yang terdiri dari dokter, petugas pengelola program dan petugas laboratorium.

Data yang dikumpulkan melalui pihak kedua biasanya diperoleh dari instansi terkait yang ada hubungannya dengan proses pengumpulan data baik oleh instansi pemerintah maupun swasta (Sedarmayanti dan Hidayat, 2002). Data sekunder dalam penelitian ini adalah cakupan angka penemuan penderita baru BTA positif (CDR) dan angka penjarangan suspek Kabupaten Banyuwangi tahun 2011.

### **3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data melalui teknik wawancara dengan kuesioner dan observasi dokumen. Wawancara adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab, sambil bertatap muka antara si penanya dengan si penjawab atau responden (Nazir, 2003).

Instrumen yang digunakan untuk pengambilan data adalah kuisisioner dan observasi. Menurut Notoatmojo (2005), kuisisioner diartikan sebagai daftar pertanyaan yang tersusun baik, sudah matang, dimana responden dan interviewer tinggal memberikan jawaban atau dengan memberikan tanda-tanda tertentu. Kuisisioner ini merupakan pengembangan berdasarkan uraian tugas program TB UPK berdasarkan pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis. Sedangkan observasi dilakukan untuk mencari data (dokumen) yang berkaitan dengan penelitian dalam hal ini adalah form/dokumen yang digunakan dalam pelaksanaan penemuan penderita seperti form TB.01, TB. 02, TB.05, TB.06 dan sebagainya.

### 3.7 Teknik Penyajian Data

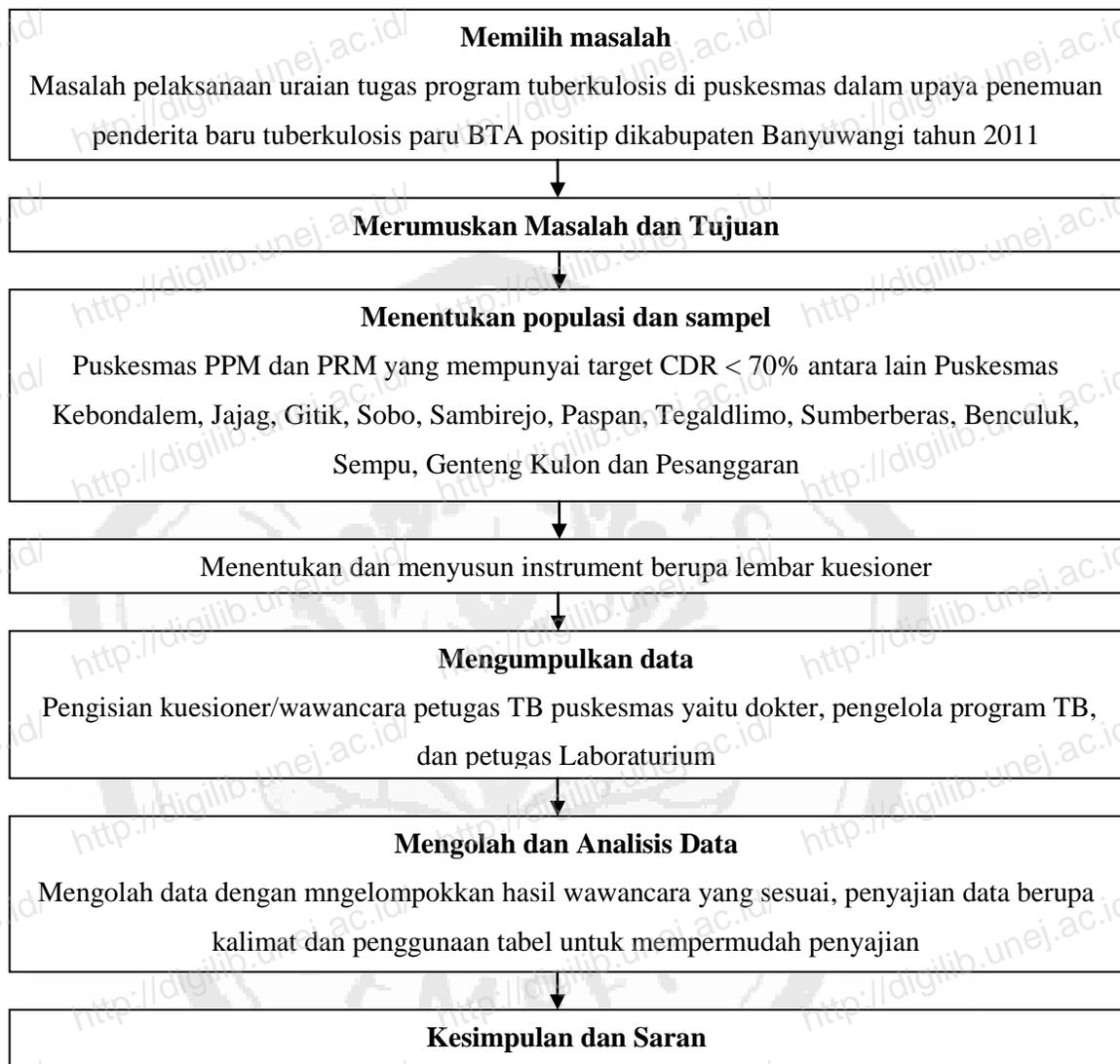
Data yang diperoleh dari wawancara dan observasi disajikan dalam bentuk tabel frekuensi dan *textual*. Penyajian dalam bentuk tabel banyak digunakan pada penulisan laporan penelitian dengan maksud agar orang lebih mudah memperoleh gambaran rinci tentang hasil penelitian yang dilakukan (Budiarto, 2003). Selain data disajikan dalam bentuk tabel juga dalam bentuk kalimat. Penyajian datanya disusun dalam bentuk kalimat-kalimat untuk mengungkapkan data secara tertulis (Subaris dkk, 2004).

### 3.8 Teknik Analisis Data

Analisis data adalah proses mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori dan satuan uraian dasar, sehingga dapat ditemukan tema dan dapat dirumuskan hipotesis kerja seperti yang disarankan oleh data (Moleong, 2009). Data yang diperoleh dari penelitian ini akan dianalisis menggunakan analisis deskriptif yaitu dengan membuat frekuensi, presentase dan tabulasi silang. Kemudian dilakukan analisis uraian tugas yang telah dilaksanakan dengan cakupan CDR puskesmas berdasarkan hasil skoring dari setiap pelaksanaan uraian tugas yang dikelompokkan dalam kategori berikut (Sudjana, 2005):

1. Puskesmas dengan pelaksanaan uraian tugas baik, jika nilai  $> 29$
2. Puskesmas dengan pelaksanaan uraian tugas cukup, jika nilai 20-29
3. Puskesmas dengan pelaksanaan uraian tugas kurang, jika nilai  $< 20$

### 3.9 Alur Penelitian



Gambar 3.2 Alur Penelitian

## BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

### 4.1 Karakteristik Responden

Karakteristik responden merupakan ciri yang dimiliki oleh responden sebagai bagian dari identitasnya. Karakteristik responden yang dilihat dalam penelitian ini meliputi jenis kelamin, umur, lama kerja, pelatihan TB, dan pendidikan dari masing-masing responden. Dalam penelitian ini responden berjumlah 36 orang. Di bawah ini akan dijelaskan karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, umur, lama kerja, pelatihan TB, dan pendidikan.

Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik Responden di 12 Puskesmas Kabupaten Banyuwangi Tahun 2011

Karakteristik Responden	Dokter		Pengelola Program		Petugas Laboratorium		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
<b>Jenis kelamin</b>								
Laki-laki	9	75,00	7	58,33	6	50,00	22	61,11
Perempuan	3	25,00	5	41,67	6	50,00	14	38,89
<b>Umur</b>								
21-30 tahun	1	8,30	1	8,33	3	25,00	5	13,89
31-40 tahun	7	58,33	5	41,67	3	16,67	15	41,67
41-50 tahun	3	25,00	6	50,00	4	33,33	13	36,11
≥ 51 tahun	1	8,33	0	0	2	16,67	3	8,33
<b>Lama kerja</b>								
0-5 tahun	2	16,67	4	33,33	3	25,00	9	25
6-10 tahun	6	41,67	3	25,00	4	25,00	13	36,11
11-20 tahun	2	16,67	3	8,33	3	25,00	8	22,22
>20 tahun	2	16,67	2	16,67	2	16,67	6	16,67
<b>Pelatihan TB</b>								
Ya	10	83,33	10	83,33	10	83,33	30	83,33
Tidak	2	16,67	2	16,67	2	16,67	6	16,67
<b>Pendidikan Terakhir</b>								
Non Kesehatan (SMA)					4	25,00	4	25,00
Kesehatan								
SPK/ sederajat			2	16,67	1	8,33	3	8,33
Diploma (S0)			6	50,00	7	58,33	13	36,11
Sarjana (S1)	12	100	4	33,33			16	44,44

Sumber: data primer (2012)

#### 4.1.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Dari 36 responden dalam penelitian ini terdapat 22 responden berjenis kelamin laki-laki dan 14 responden berjenis kelamin perempuan. Secara keseluruhan persentase laki-laki (61,11%) lebih dominan dari persentase perempuan (38,89%). Hal ini dapat dilihat dari persentase antara jenis kelamin dari dokter dan petugas pengelola program sedangkan untuk petugas laboratorium perbandingan antara jumlah laki-laki dan perempuan mempunyai perbandingan yang sama. Menurut Suparyanto dkk (2005), dalam berbagai penelitian dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan yang membedakan laki-laki dan perempuan dalam produktivitas kerja dan potensi yang sama dalam memeriksa sediaan TB.

#### 4.1.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Berdasarkan tabel 4.1 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden yakni sebanyak 14 orang berada pada usia 31-40 tahun. Bila dilihat dari masing-masing petugas maka sebagian besar dokter berada pada usia antara 31-40 tahun. Sedangkan pada petugas pengelola program dan petugas laboratorium rentang usia terbanyak yaitu pada usia 41-50 tahun. Pada kelompok usia ini responden sudah dianggap dewasa dan sudah dianggap mampu dalam menjalankan tugasnya sebagai petugas TB. Hurlock (1993) menyebutkan bahwa seseorang dengan usia yang lebih tua mempunyai pengalaman yang lebih banyak sehingga memungkinkan untuk mengetahui hal-hal yang lebih banyak pula, namun usia yang lebih muda juga memiliki keunggulan dan kemampuan dalam menangkap informasi yang lebih baik daripada responden yang berusia lebih tua. Menurut Sastrohadiwiryono (2003), faktor umur perlu dipertimbangkan seperlunya, hal ini menghindarkan rendahnya produktivitas yang dihasilkan petugas yang bersangkutan. Namun hasil penelitian Syaefi dan Kusnanta (2005) menyebutkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara umur dengan semua variabel kinerja petugas P2TB puskesmas.

#### 4.1.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Kerja

Sebagian besar responden berada pada lama kerja antara 6-10 tahun dengan prosentase 36,11 %. Namun sedikit berbeda bila dilihat pada prosentase lama kerja petugas pengelola program. Karena sebagian besar lama kerja pengelola program berada pada rentang antara 0-5 tahun. Menurut Tulus MA dalam Mila (2006) lama kerja pada rentang antara 0-5 tahun termasuk dalam masa kerja baru yaitu jika bekerja < 6 tahun.

Bila dilihat dari lama kerja petugas pengelola program TB, maka sebagian besar petugas pengelola program masih tergolong baru. Dalam masa kerja baru petugas masih belajar dan menyesuaikan dengan tugas dan tanggung jawab yang diberikan padanya. Maryoto (2000) berpendapat apabila seseorang bekerja belum cukup lama sedikit banyaknya akan mengakibatkan hal-hal yang kurang baik antara lain belum menghayati pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya. Siagian (2000) menyimpulkan bahwa makin lama kerja seseorang maka akan semakin terampil dan pengalaman menghadapi masalah dalam pekerjaannya. Lama kerja seorang petugas pengelola program pada puskesmas yaitu dihitung dari mulai perawat resmi ditunjuk oleh kepala puskesmas sebagai sebagai pengelola program TB pada puskesmas tersebut.

#### 4.1.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pelatihan Yang Telah Didapat

Bila dilihat dari pernah tidaknya mendapatkan pelatihan maka mayoritas responden telah mendapat pelatihan TB di tingkat propinsi. Jumlah pelatihan yang telah didapat bervariasi antara 1-3 kali pelatihan, dengan sebagian besar responden mendapatkan pelatihan sebanyak satu kali.

Menurut Departemen Kesehatan RI (2008), pelatihan merupakan salah satu upaya peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan petugas dalam rangka meningkatkan mutu dan kinerja petugas. Pelatihan termasuk komponen karakter individu, yang sangat penting dalam peningkatan kinerja. Berkaitan dengan pelatihan,

Havelock dalam Info Diklat (2000) menyebutkan sistem pelatihan adalah suatu sistem sosial dimana secara terus menerus terjadi hubungan timbal balik antar sesama peserta, antara peserta dan pelatih. Melalui interaksi ini diharapkan terjadinya perubahan di bidang pengetahuan, ketrampilan dan perilaku, yang akan mempengaruhi sistem dimana individu itu bekerja. Dari pengetahuan yang baik dari petugas maka akan terjadi transfer pengetahuan yang baik pula terhadap pengetahuan masyarakat melalui penyuluhan aktif. Pelatihan merupakan bagian dari suatu proses pendidikan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan atau keterampilan khusus seseorang atau sekelompok orang. Pelatihan juga dapat merupakan cara untuk membekali tenaga kerja yang tidak mempunyai pendidikan formal sesuai dengan tugasnya, sehingga meningkatkan kualitas pekerjaannya, dalam pelatihan ini diharapkan agar seseorang lebih mudah melaksanakan tugasnya.

Bila dilihat dari perbandingan antara jumlah petugas yang terlatih dan tidak terlatih seharusnya dengan mayoritas petugas yang telah mendapat pelatihan bisa membantu untuk meningkatkan CDR. Tetapi pada tahun 2011 puskesmas belum dapat mencapai target CDR. Hal ini dikarenakan ada faktor lain diluar pendidikan yang mempengaruhi capaian CDR puskesmas.

#### 4.1.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Menurut Undang-Undang Pendidikan tahun 2003, pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara.

Bila dilihat dari pendidikan masing-masing petugas, tingkat pendidikan dokter seluruhnya adalah pada jenjang S1. Pada pengelola program terdapat variasi yaitu pada tingkat pendidikan menengah atas dalam hal ini petugas berasal dari tingkat pendidikan sekolah keperawatan (SPK) sebanyak dua orang, tingkat diploma sebanyak 6 orang dan sarjana sejumlah 4 orang. Sehingga dapat disimpulkan

sebagian besar pengelola program berada pada tingkat pendidikan diploma (S0). Pada petugas laboratorium terdapat dua variasi pendidikan yaitu diploma dan tingkat sekolah menengah atas. Pada tingkat diploma seluruh responden berasal dari pendidikan kesehatan sedangkan pada tingkat menengah atas sebanyak orang 4 berasal dari non kesehatan dan 1 orang berasal dari kesehatan. Namun sebagian besar petugas laboratorium berasal dari pendidikan kesehatan dengan tingkat pendidikan yaitu S0.

Fajarudin Rahmat (2009) menyebutkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan bertambah pengalaman yang mempengaruhi wawasan dan pengetahuan. Pendidikan merupakan faktor yang perlu diperhatikan oleh suatu organisasi atau perusahaan. Dengan pendidikan, dapat diperoleh gambaran tentang pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki tenaga kerja, walaupun tidak mutlak demikian .

## **4.2 Deskripsi Pelaksanaan Uraian Tugas Program Tuberkulosis Puskesmas dalam Upaya Penemuan Penderita Baru Tuberkulosis Paru**

### **4.2.1 Memberikan Penyuluhan Tentang TB Ke Masyarakat Umum**

Penyuluhan kesehatan yang merupakan bagian dari promosi kesehatan merupakan rangkaian kegiatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan dimana individu, kelompok, atau masyarakat secara keseluruhan dapat hidup sehat dengan cara memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatannya (Effendy, 2003).

Dalam Departemen Kesehatan RI (2002) disebutkan bahwa penyuluhan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui tehnik praktek belajar atau instruksi dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia secara individu, kelompok maupun masyarakat untuk dapat lebih mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat. Sehingga penyuluhan TB dapat diartikan sebagai upaya penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang dalam mengenali penyakit TB dengan instruksi yang diberikan oleh petugas dengan tujuan untuk

mempengaruhi perilaku masyarakat untuk hidup sehat bebas dari tuberkulosis. Penyuluhan TB ini perlu dilakukan karena masalah TB banyak berkaitan dengan masalah pengetahuan dan perilaku masyarakat. Tujuan penyuluhan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan peran serta masyarakat dalam penanggulangan TB (Departemen Kesehatan RI, 2000).

Terdapat 3 macam penyuluhan dalam program penanggulangan tuberkulosis yang dilakukan petugas yaitu:

a. Penyuluhan langsung perorangan

Penyuluhan langsung perorangan dilakukan pada penderita tuberkulosis. Penyuluhan ini umumnya diberikan oleh petugas pengelola program. Penyuluhan diberikan untuk memberikan pengetahuan dan pengertian tentang penyakit tuberkulosis dan dibutuhkan waktu yang lama dalam pengobatan. Pemberian penyuluhan ini bertujuan agar penderita yang ditemukan dapat melakukan pengobatan secara teratur sampai benar-benar sembuh.

b. Penyuluhan kepada keluarga/PMO

Penyuluhan ini diberikan kepada penderita dengan menyertakan keluarga penderita. Penyuluhan ini dapat dilakukan di puskesmas atau dirumah penderita. Penyuluhan diberikan agar keluarga memiliki pengetahuan tentang tuberkulosis dan dapat ikut memantau perkembangan dan pengobatan keluarga yang menderita dan dapat melakukan upaya pencegahan terhadap kemungkinan tertular penyakit tuberkulosis.

c. Penyuluhan masyarakat umum

Penyuluhan ini merupakan penyuluhan yang diberikan kepada masyarakat umum. Yang dimaksud masyarakat umum disini adalah orang yang belum diketahui jelas riwayat penyakitnya. Penyuluhan ini diberikan karena penyakit menular termasuk TB bukan hanya merupakan masalah bagi penderita, tetapi juga masalah bagi masyarakat, oleh karena itu keberhasilan penanggulangan TB sangat tergantung tingkat kesadaran dan partisipasi masyarakat. Dengan pemberian

pengetahuan tentang TB kepada masyarakat umum (promosi aktif), diharapkan dapat meningkatkan cakupan penemuan tersangka pasien TB.

Dalam melaksanakan penyuluhan kepada masyarakat umum, dilakukan oleh dokter dan pengelola program dengan materi pemberian berupa apa itu penyakit TB gejala, cara penularan, pencegahan, pengobatan dan ajakan kepada masyarakat untuk menanggulangi TB. Dokter memberikan pengetahuan umum tentang TB sekaligus membuka acara penyuluhan kemudian dilanjutkan pembahasan program akan diberikan oleh pengelola program. Dalam uraian tugas program tuberkulosis di puskesmas petugas laboratorium juga bertugas memberikan penyuluhan kepada masyarakat umum. Namun hanya terdapat 1 petugas laboratorium puskesmas yang ikut serta dalam memberikan penyuluhan. Materi yang diberikan oleh petugas laboratorium ini yaitu cara pengambilan dahak, pentingnya mengambil dahak purulen dan segala sesuatu tentang laboratorium TB. Alasan yang dapat menjelaskan ketidakikutsertaan petugas laboratorium tidak ikut serta dalam memberikan penyuluhan kepada masyarakat umum yaitu umumnya pemberian penyuluhan diberikan saat jam kerja, sehingga memberi keterbatasan pada petugas laboratorium yang hanya bertugas sendirian, selain itu beberapa petugas laboratorium yang berasal dari sekolah non kesehatan mengaku kurang “mumpungi” apabila harus memberikan penyuluhan kepada masyarakat umum. Sehingga petugas laboratorium sesekali memberikan penyuluhan kepada suspek/penderita saja.

Berdasarkan hasil rekapitulasi dari dapat diketahui puskesmas yang mencantumkan pemberian penyuluhan kepada masyarakat umum pada POA sebagai berikut:

Tabel 4.2 Penyuluhan TB pada POA 12 Puskesmas Kabupaten Banyuwangi Tahun 2011

Kategori	n	%
Penyuluhan TB pada POA Puskesmas	7	58,33
Tidak terdapat penyuluhan TB pada POA puskesmas	5	41,67
Jumlah	12	100

Sumber: data primer (2012)

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa penyuluhan kepada masyarakat umum telah diberikan sebagian besar puskesmas. Penyuluhan ini dilaksanakan dengan mengundang masyarakat umum, tokoh masyarakat dan tokoh agama dilingkungannya. Adanya tokoh masyarakat, dan tokoh agama diharapkan dapat memberi panutan kepada masyarakat sekitar. Dan juga selanjutnya dapat berperan aktif menyebarkan informasi yang telah didapat. Penyuluhan ini diadakan puskesmas 1-2 kali dalam setahun. Selain penyuluhan yang dilaksanakan pada POA pemberian penyuluhan TB juga dibantu oleh bidan puskesmas saat posyandu. Pada puskesmas yang tidak mencantumkan penyuluhan pada POA, umumnya penyuluhan sesekali disisipkan saat ada perkumpulan kader, UKS atau pertemuan dikecamatan namun tidak terjadwal. Hal ini dilakukan dengan alasan penghematan biaya dan sulitnya mengumpulkan masyarakat.

Tidak ada ketentuan jelas tentang jumlah penyuluhan yang harus diberikan setiap tahunnya. Penyuluhan tersebut disesuaikan dengan anggaran di puskesmas. Pemberian penyuluhan dianggap boros dalam segi biaya namun bila dilihat dalam segi waktu penyuluhan merupakan kegiatan yang paling efektif. Strategi penemuan TB yaitu *pasif case finding* memberi keterbatasan pada petugas karena petugas hanya menunggu pasien datang ke puskesmas, untuk itu perlu adanya upaya promosi aktif dengan mengadakan penyuluhan kepada masyarakat untuk dapat meningkatkan cakupan penemuan penderita. Untuk itu, petugas TB khususnya pengelola program

perlu menyupayakan agar penyuluhan tentang TB tersebut tercantum dalam POA sehingga penyuluhan kepada masyarakat umum dapat diberikan secara berkala dan terus menerus tiap tahunnya sehingga cakupan CDR puskesmas dapat tercapai.

#### 4.2.2 Menjaring Suspek TB

Penemuan suspek tuberkulosis pada seluruh puskesmas penelitian melakukan secara pasif di tempat pelayanan kesehatan di puskesmas, dan juga melalui puskesmas pembantu bagi puskesmas yang memiliki. Penjaringan suspek dilakukan oleh dokter, petugas pengelola program dan pada beberapa puskesmas juga dibantu oleh perawat BP. Pasien yang datang berkunjung ke puskesmas dengan tanda-tanda batuk lebih dari 2-3 minggu dianggap sebagai suspek dan dilakukan pemeriksaan dahak. Bila pasien datang dengan batuk kurang dari 2 minggu maka akan diberikan obat pereda batuk terlebih dahulu, dan apabila tidak ada perbaikan maka akan disarankan untuk pemeriksaan dahak. Selain itu ketentuan tersebut yaitu batuk > 2-3 minggu, apabila pasien datang dengan gejala batuk 1 minggu namun disertai gejala klinis yang mendukung seperti batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, dan berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik. Maka pasien tersebut akan dijaring sebagai suspek dan dilakukan pemeriksaan dahak. Hal ini dilakukan mengingat umumnya masyarakat baru menganggap dirinya sakit apabila batuk yang diderita sudah parah. Sehingga masa sakit yang di mengerti pasien adalah dimulai saat batuk tersebut sudah parah. Gejala klinis utama pasien TB paru yang dianggap suspek adalah batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan hal ini sesuai dengan Departemen Kesehatan RI (2008). Penjaringan suspek ini dilakukan oleh dokter dan petugas pengelola program secara bersama-sama maupun secara bergantian dan dibantu paramedis yang bertugas di BP, apabila dokter atau petugas pengelola program tidak berada ditempat.

Tabel 4.3 Penjarangan suspek di 12 Puskesmas Kabupaten Banyuwangi tahun 2011

Kategori	n	%
Baik	1	8,33
Kurang	11	91,67
Jumlah	12	100,00

Sumber: data sekunder terolah Dinas Kesehatan Banyuwangi (2012)

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar puskesmas menjarang suspek dalam kategori kurang. Angka penjarangan suspek merupakan jumlah suspek yang diperiksa dahaknya diantara 100.000 penduduk pada suatu wilayah tertentu dalam 1 tahun. Angka ini digunakan untuk mengetahui akses pelayanan dan upaya penemuan pasien dalam suatu wilayah tertentu, dengan memperhatikan kecenderungannya dari waktu ke waktu ( triwulan /tahunan ) (Departemen Kesehatan RI, 2002). Semakin banyak suspek yang dijaring, maka diharapkan semakin banyak pula BTA positif yang ditemukan dengan perbandingan 10 suspek : 1 BTA positif. Keterbatasan penjarangan suspek diakui oleh petugas karena petugas hanya menunggu pasien datang ke puskesmas. Selain itu kebanyakan pasien menganggap bahwa penyakit tuberkulosis atau biasa disebut penyakit paru oleh masyarakat ini adalah penyakit parah dan hanya dapat sembuh apabila dibawa kerumah sakit atau dokter praktek swasta. Hal ini menjadi PR tersendiri oleh puskesmas untuk mendapat kepercayaan dari masyarakat bahwa penyakit tuberkulosis ini kini bukan lagi penyakit yang menakutkan dan sulit disembuhkan tetapi menjadi penyakit yang menakutkan dan dapat disembuhkan. Kesembuhan ini akan didapat apabila pasien datang (dijaring oleh puskesmas) sebagai suspek dan dilakukan pengobatan selama 6 bulan secara gratis di puskesmas. Penyuluhan TB yang diberikan secara berkala oleh Puskesmas dapat menjadi informasi yang berguna bagi masyarakat bahwa kini TB dapat disembuhkan di Puskesmas sehingga suspek datang berkunjung ke Puskesmas.

#### 4.2.3 Mengumpulkan dahak dan Mengisi Buku Daftar Suspek Form TB.06

Pengumpulan dahak pada seluruh puskesmas dilaksanakan oleh petugas laboratorium. Penderita yang dianggap menderita TB (tersangka) diambil dahaknya. Sebelum dilakukan pengambilan dahak, pasien sebelumnya diberi penyuluhan tentang cara pengambilan dahak oleh dokter/pengelola program sesuai jadwal bertugas. Hal ini bertujuan untuk memperoleh dahak yang berkualitas baik (mukopurulen).

Dahak diambil dengan cara SPS, yaitu saat suspek datang pertama kali kemudian saat pulang suspek dibawakan dua pot dahak untuk pengambilan dahak pagi saat bangun tidur dan saat akan pergi kepuskesmas. Pengambilan dahak sewaktu dipuskesmas dilakukan pada ruangan terbuka dibelakang puskesmas atau ditempat terbuka yang terkena sinar matahari dan jauh dari kerumunan orang. Selain cara pengambilan tersebut, beberapa puskesmas menerapkan metode yang berbeda yaitu dahak sewaktu tidak diambil di puskesmas. Suspek dibawakan 3 pot dahak yang sebelumnya suspek diberi pengetahuan tentang cara untuk pengambilan dahak. Cara ini bertujuan untuk menghindari suspek yang malu/merasa tidak nyaman saat harus batuk di puskesmas. Dengan dibawakan pot dirumah diharapkan suspek dapat mengeluarkan dahaknya dengan bebas tanpa harus malu kepada pasien lain di puskesmas sehingga dahak dan bukan air liur yang diserahkan pada petugas.

Cara ini mempunyai kelemahan yaitu petugas tidak dapat melakukan pendampingan kepada pasien saat pengambilan dahak. Dalam Departemen Kesehatan RI (2000), pada pengambilan dahak sewaktu pertama, petugas melakukan pendampingan pada pasien dengan cara berdiri dibelakang pasien. Sehingga apabila pasien mengalami kendala dalam pengambilan dahak, petugas dapat memberikan petunjuk dalam pengambilan dahak. Berikut disajikan tabel pengumpulan dahak di Puskesmas.

Tabel 4.4 Distribusi Pengumpulan Dahak di 12 Puskesmas Kabupaten Banyuwangi tahun 2011

Kategori	n	%
Baik	4	33,33
Cukup	6	50,00
Kurang	2	16,67
Jumlah	12	100

Sumber: data primer (2012)

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa sebagian besar dari jumlah dahak purulen yang dapat diambil adalah dalam kategori cukup. Dahak mukopurulen merupakan dahak yang kental dan berwarna kehijauan. Penting untuk mendapatkan dahak yang benar, bukan ludah ataupun sekret hidung sehingga dapat diketemukan basil tahan asam yang positif.

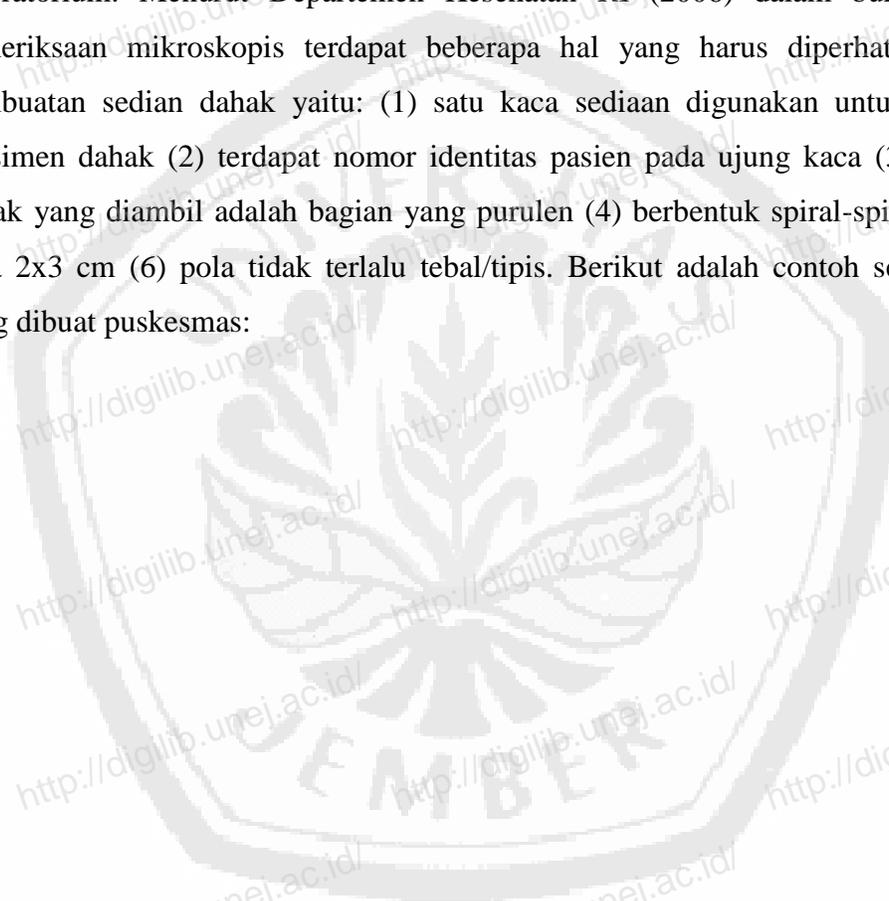
Diakui oleh petugas bahwa banyak dari penderita yang tidak dapat mengeluarkan dahaknya dan memberikan air liurnya untuk dilakukan pemeriksaan BTA. Sehingga petugas terpaksa tetap membuat sediaan dahak walaupun yang diberikan adalah air liur. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Pranowo (2009) menyebutkan bahwa dimana sputum yang didapatkan merupakan dari hasil konvensional yang diperoleh dari pasien dengan cara mengeluarkan dahak semampu pasien, sehingga sputum yang didapatkan kadang-kadang berupa air ludah. Petugas pun kadang-kadang-kadang langsung saja memeriksa tanpa melihat apakah bahan yang dikirim itu ludah atau sputum, sehingga banyak kasus TB Paru diketemukan BTA negatif. Padahal kemungkinan besar jika spesimen yang dikirim benar akan diketemukan BTA positif.

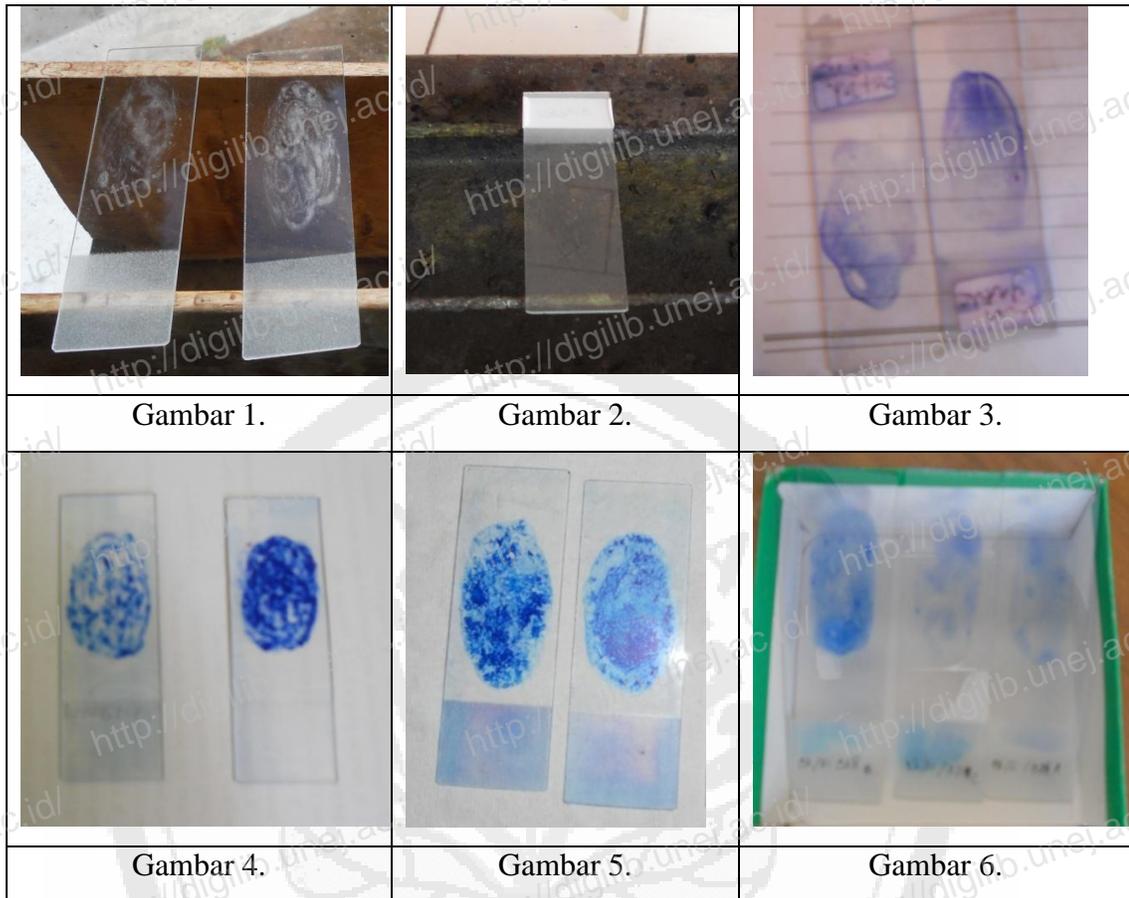
Pasien yang telah diambil dahaknya akan dicatat pada Form TB.06. Untuk pengisian buku daftar suspek seluruh puskesmas telah mengisi buku daftar suspek

dengan lengkap. Pengisian buku daftar suspek dengan lengkap dapat digunakan petugas untuk memantau jumlah penemuan suspek tiap bulan/3 bulan.

#### 4.2.4 Membuat sediaan hapus dahak

Pembuatan sediaan dahak di puskesmas PPM dan PRM dilakukan oleh petugas laboratorium. Menurut Departemen Kesehatan RI (2006) dalam buku panduan pemeriksaan mikroskopis terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan dalam pembuatan sediaan dahak yaitu: (1) satu kaca sediaan digunakan untuk untuk 1 spesimen dahak (2) terdapat nomor identitas pasien pada ujung kaca (3) spesimen dahak yang diambil adalah bagian yang purulen (4) berbentuk spiral-spiral kecil (5) pola 2x3 cm (6) pola tidak terlalu tebal/tipis. Berikut adalah contoh sediaan dahak yang dibuat puskesmas:





Gambar 4.1 Sediaan dahak

Dari gambar tersebut diatas dapat dilihat terdapat beberapa protap belum dilaksanakan yaitu:

1. Satu kaca sediaan telah digunakan untuk satu sediaan dahak (gambar 1,2,3,4,5,6).
2. Masih ditemukan slide yang belum diberi nomor urut sediaan (gambar 1,4 dan 5). Nomor urut sediaan dahak.kode identitas pada slide merupakan salah satu prosedur kerja yang harus dilakukan untuk menghindari slide tertukar.
3. Pola berbentuk apusan, tidak diratakan dengan spiral-spiral kecil (gambar 1,2,3,6).

4. Pola tidak berukuran 2x3 cm (gambar 2,3,6). Pembuatan pola dengan prosedur demikian bertujuan untuk mempermudah dalam proses pembacaan slide TB sehingga bakteri akan lebih mudah terlihat pada 100 lapang pandang.
5. Pola terlalu tebal/tipis (gambar 1,2,3,4,6)

Berikut disajikan tabel kategori pembuatan slide di puskesmas yaitu:

Tabel 4.5 Distribusi Pembuatan Sediaan Dahak di 12 Puskesmas Kabupaten Banyuwangi Tahun 2011

Kategori	n	%
Baik	1	8,30
Cukup	6	50,00
Kurang	5	41,67
Jumlah	12	100,00

Sumber: data primer (2012)

Beberapa kekurangan dalam hasil pembuatan slide yang tidak sesuai dengan petunjuk pembuatan seperti yang telah disebutkan diatas akan dapat mengakibatkan mempengaruhi kualitas sediaan dahak yang dihasilkan. Sehingga pada proses pembacaan dimungkinkan akan terjadi kesalahan pembacaan. Kesalahan tersebut akan menyebabkan kesalahan pembacaan yaitu negatif palsu seperti yang disebutkan dalam preparasi sediaan yang baik oleh Akiko Fujiki (tanpa tahun). Selain itu dalam penelitian Basri (2008), didapatkan hasil bahwa masih banyak petugas laboratorium pada puskesmas dengan *error rate* tinggi melakukan kesalahan mulai dari pengambilan sampel dahak sampai pembacaan hasil dibawah mikroskop. Maka dari itu untuk peningkatan pembuatan sediaan dahak yang baik perlu dilakukan penyegaran dalam pelatihan, supervisi, dan bimbingan intensif pada petugas.

#### 4.2.5 Mengirim dahak ke laboratorium dengan Form TB.05

Dalam buku pedoman penanggulangan tuberkulosis (2008), pengiriman sediaan dahak ke Laboratorium menggunakan form TB. 05 merupakan tugas pengelola program. Form tersebut berisi identitas pasien, nomor identitas sediaan, dan alasan pemeriksaan yang harus diisi oleh petugas pengelola program. Penggunaan form TB. 05 untuk mengirim dahak ke laboratorium disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.6 Distribusi penggunaan form TB. 05 untuk mengirim dahak ke laboratorium di 12 Puskesmas Kabupaten Banyuwangi

Kategori	n	%
Baik	3	25,00
Cukup	2	16,67
Kurang	3	25,00
Tidak menggunakan	4	33,33
Jumlah	12	100

Sumber: data primer, 2012

Dari tabel tersebut dapat dinyatakan bahwa sebagian besar puskesmas tidak menggunakan Form TB.05 untuk mengirimkan dahak ke laboratorium. Suspek diantarkan langsung ke Laboratorium atau dengan membawa kartu rawat jalan/kartu kunjungan dari BP. Penggunaan formulir TB. 05 ini pada program penanggulangan tuberkulosis mempunyai tujuan agar ada informasi yang sama antara pengirim (pengelola program/dokter) dan petugas laboratorium sehingga memudahkan dalam pemeriksaan dan pencatatan sesuai dengan kolom yang sudah tersedia. Dalam form tersebut terdapat kolom yang harus diisi oleh petugas laboratorium yaitu tampak visual dahak yang diperiksa. Namun pada puskesmas yang menggunakan form TB.05 secara rutin, kolom tersebut tidak diisi. Sehingga tidak dapat diketahui tampak visualisasi dahak dari suspek yang diperiksa. Apabila kolom tersebut diisi dengan benar maka akan dapat dilakukan evaluasi hasil dahak yang diperoleh dari pasien. Apabila perbandingan dahak yang didapat pasien lebih banyak air liur daripada dahak

mukopurulen maka berarti petunjuk dalam pengumpulan dahak yang diberikan oleh petugas belum dapat dimengerti pasien.

4.2.6 Mewarnai dan membaca sediaan dahak, mengirim balik hasil bacaan, mengisi buku register laboratorium (TB.04), menyimpan sediaan untuk di crosscheck Dalam penentuan identifikasi bakteri untuk melihat morfologi atau bentuk bakteri diperlukan suatu pewarnaan dengan menggunakan zat-zat warna yang telah ditentukan sesuai dengan metode masing-masing pewarnaan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh puskesmas menggunakan pewarnaan ziehl-neelsen untuk mewarnai sediaan dahak. Berikut hasil pewarnaan sediaan dahak di 12 puskesmas

Tabel 4.7 Distribusi Hasil Pewarnaan Sediaan dahak Puskesmas

Kategori	n	%
Baik	4	33,33
Cukup	7	58,33
Kurang	1	8,34
Jumlah	12	100

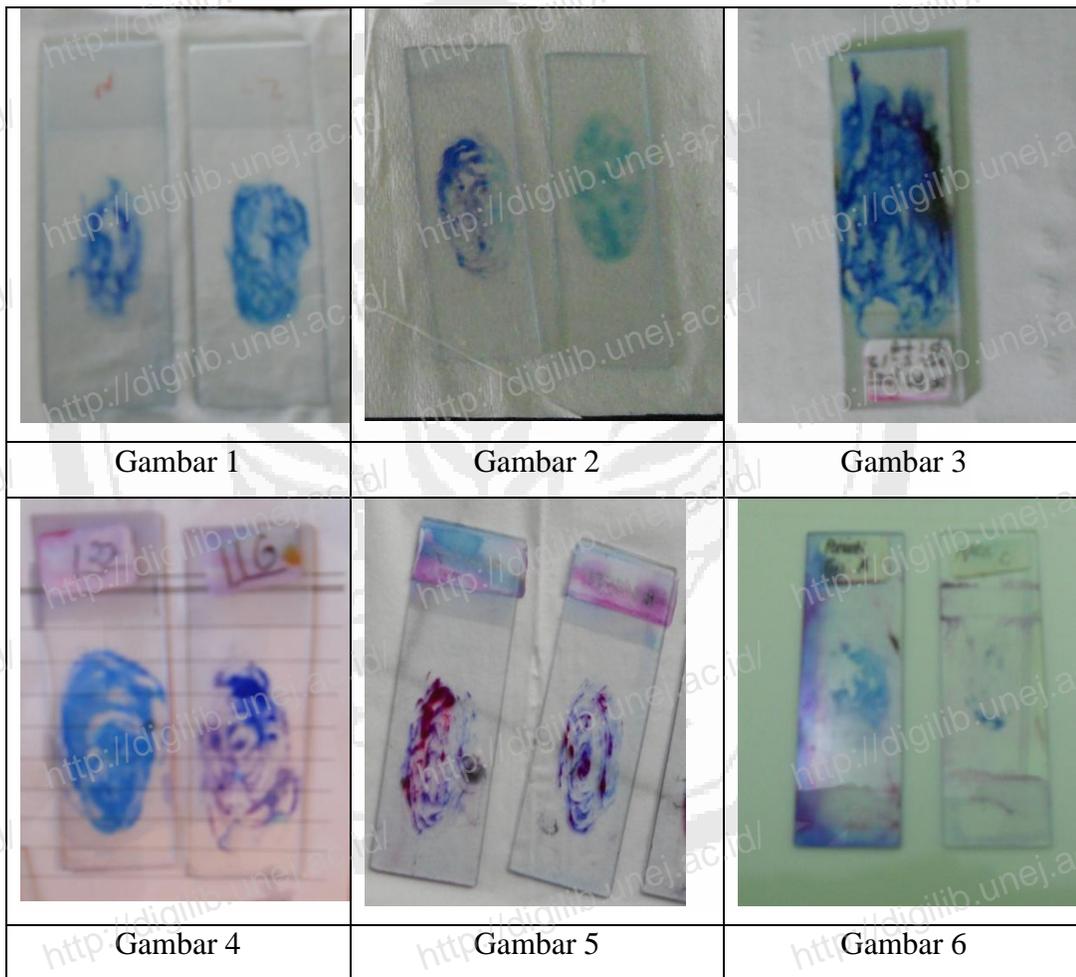
Sumber: data primer (2012)

Dari tabel tabel tersebut diatas dapat diketahui bahwa hasil pewarnaan sediaan dahak sebagian besar puskesmas dalam kategori cukup. Pewarnaan Ziehl Neelsen atau pewarnaan tahan asam memilahkan kelompok Mycobacterium dan Nocandia dengan bakteri lainnya. Kelompok bakteri ini disebut bakteri tahan asam karena dapat mempertahankan zat warna pertama (*carbol fuchsin*) sewaktu dicuci dengan larutan pemucat (alkohol asam). Larutan asam terlihat berwarna merah, sebaliknya pada bakteri yang tidak tahan asam karena larutan pemucat (alkohol asam) akan melakukan reaksi dengan *carbol fuchsin* dengan cepat, sehingga sel bakteri tidak berwarna (Lay, 1994).

*Mycobacterium tuberculosis* merupakan bakteri tahan asam. Yaitu bakteri yang mempertahankan zat warna *carbol fuchsin* meskipun dicuci dengan asam klorida dalam alkohol. Sediaan dahak (bakteri) pada preparat di siram dengan cairan

*carbol fuchsin* kemudian dipanaskan sampai keluar uap. Setelah itu, zat warna dicuci dengan asam alkohol dan diberi warna kontras (biru atau hijau). Dalam memberikan pemanasan tidak boleh terlalu lama karena akan meninggalkan kristal fuchsin yang mengganggu dalam pembacaan slide (Departemen Kesehatan RI, 2006).

Berikut disajikan gambar sediaan dahak yang telah diwarnai dari beberapa pukesmas:



Gambar 4.2 Sediaan dahak yang telah diwarnai

Bila dilihat dari hasil pewarnaan pada sediaan dahak tersebut dapat diidentifikasi sebagai berikut:

1. Pewarnaan tidak merata dan terlihat terkelupas (gambar 1, dan 6)

2. Pewarnaan terlalu tebal/telalu tipis (gambar 2, 3, 5,6)
3. Terdapat sisa-sisa zat warna *fuchsin* serta kristal yang dihasilkan dari pemanasan berlebih saat pewarnaan (gambar 3,5 dan 6)
4. Kurang dekolorisasi (gambar 2, 4b dan 5)

Dari hasil tersebut dapat mengindikasikan bahwa dalam pewarnaan yang dilakukan belum semua langkah sesuai protap yaitu misalnya pada pemanasan ditemui dua macam kesalahan yaitu pemanasan sediaan yang terlalu cepat sehingga warna tidak terdekolorisasi dengan baik dan pemanasan sediaan terlalu lama sehingga terbentuk kristal *fuchsin* pada sediaan.

Menurut Fujiki (tanpa tahun), pengaruh sediaan yang jelek dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.8 Pengaruh preparasi sediaan yang jelek terhadap kesalahan baca

Jenis penilaian	penyebab	Positif palsu (PP)	Negatif Palsu (NP)
Ukuran sediaan	- Terlalu besar - Telalu kecil		* *
Kerataan sediaan	- Tidak rata - Terkelupas		* *
Ketebalan sediaan	- terlalu tebal - Terlalu tipis		* *
Kebersihan sediaan	- Endapan Kristal - Terlalu tipis	* *	
Kualitas dahak	Air liur		*
Pewarnaan	- Pemanasan berlebihan - Waktu pemanasan - Dekolorisasi	* * *	*  *

Dari tabel tersebut diatas dapat diketahui bahwa pewarnaan dapat mengakibatkan kesalahan pembacaan berupa positif palsu. Dalam Departemen Kesehatan RI (2006), jenis kesalahan positif palsu merupakan bentuk kesalahan besar. Kesalahan positif palsu ini akan dapat menjadikan kesalahan dalam pemberian

pengobatan. Dimana orang yang tidak terkena TB didiagnosis dan diobati sebagai penderita TB. Tentu saja ini sangat merugikan bagi pasien maupun petugas.

Sediaan yang telah dilakukan pembacaan akan dicatat pada buku register laboratorium. Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh petugas laboratorium telah melakukan pencatatan pada buku register laboratorium (TB.04). Hasil yang telah dibaca akan dikirimkan kepada pengirim. Pengiriman hasil bacaan dilakukan oleh petugas laboratorium kepada pengelola program, kemudian apabila terdapat hal yang kurang jelas petugas pengelola program akan berdiskusi dengan dokter dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan. Sedangkan sediaan slide disimpan oleh petugas laboratorium untuk dilakukan *crosscheck* setiap tiga bulan sekali.

#### 4.2.7 Menegakkan diagnosis TB sesuai protap

Untuk menegakkan diagnosis TB diperlukan pemeriksaan laboratorium untuk menemukan bakteri BTA positif. Pemeriksaan tersebut dilakukan dengan pemeriksaan dahak. Pemeriksaan lain yang digunakan untuk menegakkan diagnosis TB yaitu misalnya pemeriksaan kultur. Namun pemeriksaan tersebut terlalu mahal dan memerlukan waktu yang lama. Sedangkan pemeriksaan BTA melalui dahak relatif lebih murah dan cepat dan menghasilkan keakuratan yang relatif sama dengan pemeriksaan kultur (Departemen Kesehatan RI, 2008).

Hasil dari penelitian ditemukan bahwa mayoritas puskesmas menegakkan diagnosis tuberkulosis protap dengan pemeriksaan dahak. Apabila ditemukan di temukan BTA positif minimal pada 2 sediaan dahak maka akan ditetapkan sebagai penderita tuberkulosis dan dilakukan pengobatan. Apabila hanya ditemukan satu sediaan yang positif maka akan dilakukan foto *rontgen* atau pemeriksaan dahak ulang. Tetapi bila tidak ditemukan BTA positif pada ketiga sediaan akan diberikan obat non-OAT. Diagnosis TB Paru pada orang dewasa ditegakkan dengan ditemukannya kuman TB (BTA). Pada program TB nasional, penemuan BTA melalui pemeriksaan dahak mikroskopis merupakan diagnosis utama. Pemeriksaan lain seperti foto toraks, biakan dan uji kepekaan dapat digunakan sebagai penunjang

diagnosis sepanjang sesuai dengan indikasinya (Departemen Kesehatan RI, 2008). Penegakkan diagnosis TB dengan pemeriksaan dahak merupakan cara yang efektif. Penegakkan diagnosis ini dilakukan oleh pengelola program dengan persetujuan dokter di puskesmas. Keterbatasan dalam melakukan diagnosis diakui oleh dokter yang juga merangkap sebagai kepala puskesmas. Sehingga penegakkan diagnosis dilakukan oleh pengelola program. Hal ini dikarenakan dokter maupun pengelola program TB telah ada asumsi yang sama antara pengelola program dan dokter yang telah mendapatkan pelatihan untuk penegakkan diagnosis TB secara akurat.

#### 4.2.8 Membuat klasifikasi/tipe penderita

Membuat klasifikasi penderita diartikan sebagai menggolongkan penderita yang didapatkan berdasarkan organ yang terkena dan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh puskesmas telah menentukan klasifikasi dan tipe penderita. Klasifikasi dan tipe penderita ini dibuat untuk menentukan pengobatan yang sesuai. Klasifikasi dan tipe penderita ini ditentukan oleh dokter/pengelola program setelah pemeriksaan dahak. Penentuan klasifikasi paru/ekstra paru ditentukan berdasarkan hasil pemeriksaan dan foto *rontgen*. Foto *rontgen* di puskesmas umumnya dilakukan dengan melakukan rujukan pada puskesmas yang mempunyai fasilitas *rontgen* atau pada rumah sakit terdekat. Untuk penentuan tipe penderita, petugas melakukan wawancara kepada penderita mengenai riwayat pengobatan sebelumnya. Apabila belum mendapatkan pengobatan akan digolongkan sebagai penderita baru. Kendala ditemui apabila pasien sudah berusia lanjut dan tidak mengetahui riwayat pengobatan sebelumnya. Usaha yang dilakukan petugas yaitu dengan memanggil keluarga terdekat pasien. Menentukan klasifikasi dan tipe penderita mempunyai manfaat dan tujuan. Manfaat dan tujuan tersebut dalam Departemen Kesehatan RI (2008) adalah menentukan paduan pengobatan yang sesuai, registrasi kasus secara benar, menentukan prioritas pengobatan TB BTA positif, analisis kohort hasil pengobatan.

#### 4.2.9 Mengisi kartu penderita (Form TB.01) dan kartu identitas penderita (TB.02)

Pengisian kartu penderita dan kartu identitas penderita dilakukan saat penderita telah didiagnosis sebagai penderita tuberkulosis. Kartu penderita berisi nama penderita, alamat rumah, dan nomor telpon yang bisa dihubungi dan lain sebagainya. Pengisian kartu penderita dengan lengkap bertujuan agar diperoleh informasi secara jelas tentang identitas penderita, dan petugas dapat melakukan kunjungan rumah/pelacakan saat penderita mangkir.

Tabel 4.9 Pengisian kartu penderita (Form TB.01) dan kartu identitas penderita (TB.02)

Kategori	n	%
Mengisi dengan lengkap	12	100
Mengisi tidak lengkap	0	0
Tidak melakukan pengisian	0	0
Jumlah	12	100

Sumber: data primer (2012)

Dari tabel tersebut dapat diketahui bahwa pengisian kartu penderita telah dilakukan secara lengkap pada seluruh puskesmas. pencatatan yang kurang umumnya ditemukan pada kolom rujukan, riwayat pengobatan sebelumnya, klasifikasi penderita dan nomor telepon. Selain itu masih ditemukan puskesmas yang menggunakan kartu pengobatan dengan format lama sehingga tidak ditemukan adanya pencatatan nomor HP pasien. Pengisian yang lengkap memudahkan petugas dalam memonitoring penderita. Apabila terjadi penderita mangkir/DO petugas dapat melacak pasien kerumahnya atau dapat menghubungi nomor telepon yang terdapat pada Form TB.01, sehingga kelanjutan pengobatan pasien tetap berlangsung berikut adalah beberapa contoh pengisian TB.01 antara lain:

Gambar 4.3 Form TB.01 yang telah diisi

#### 4.2.10 Memeriksa kontak terutama kontak dengan penderita TB BTA Positif

Sumber penularan adalah penderita dengan TB BTA positif, yang dapat menularkan TB kepada orang disekelilingnya, terutama kontak erat. Pada waktu batuk atau bersin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk *droplet nuclei* (percikan dahak). Sekali batuk dapat dikeluarkan 3000 droplet. Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Resiko tertular tergantung dari tingkat pajanan dengan percikan dahak. Pasien TB paru dengan BTA positif memberikan kemungkinan resiko penularan lebih besar dari pasien TB paru dengan BTA negatif.

Dalam SPC (2010) menyebutkan bahwa TB menular melalui udara dari pasien menular kepada orang-orang dalam jarak dekat (yaitu kontak). Setelah kontak

dengan kasus menular, 1-2% kontak akan mengembangkan TB, sepertiga akan terinfeksi TB (tetapi tidak akan mengalami TB) dan dua pertiga akan tetap tidak terinfeksi. Dari ketiga orang yang terinfeksi, 5-10% akan mengembangkan penyakit TB pada tahap tertentu selama hidup mereka dan beberapa orang lebih mungkin mengembangkan TB daripada yang lain.

Pemeriksaan kontak terutama kontak dengan penderita TB BTA positif biasa disebut petugas sebagai *contact tracing*. *contact tracing* atau pelacakan kontak adalah komponen penting dari penanggulangan tuberkulosis. *Contact racing* dilaksanakan dengan petugas mendatangi rumah pasien untuk melakukan observasi sumber penularan dari pasien atau keluarga yang mempunyai kontak erat dengan pasien yang mungkin tertular. Pemeriksaan kontak terutama kontak dengan penderita TB BTA positif yang dilakukan petugas terdapat dua macam cara yaitu:

1. Petugas mendata nama-nama keluarga pasien, kemudian menanyakan apakah ada dari nama-nama tersebut ada yang mempunyai gejala yang sama, apabila ada maka keluarga dianjurkan untuk datang ke puskesmas untuk dilakukan pemeriksaan.
2. Petugas mendatangi rumah pasien untuk dilakukan observasi dan wawancara terhadap keluarga pasien. Kemudian apabila ditemukan gejala petugas akan meminta untuk datang ke puskesmas untuk dilakukan pemeriksaan.

Tidak ada format khusus dalam pelaksanaan *contact tracing*, sehingga beberapa petugas menggunakan menggunakan dokumen askep sebagai bukti bahwa telah melakukan *contact racing* atau dengan format sendiri untuk melaporkan kepada kepala puskesmas. Apabila ada keluarga pasien yang melakukan pemeriksaan maka hasil pemeriksaan dicatat pada form TB.01 kolom pemeriksaan kontak serumah. Dari hasil *contact tracing* umumnya tidak semua keluarga yang tinggal dengan pasien mempunyai gejala yang sama atau mempunyai BTA positif. Hal ini sesuai dengan penelitian Andhika Kesuma Putra (2010) yang menyebutkan bahwa walaupun anggota keluarga tinggal serumah dengan penderita TB paru BTA positif, tetapi untuk menjadi sakit tidaklah mudah. Terutama pada orang dewasa yang dilakukan

pemeriksaan pewarnaan langsung sputum BTA, sebanyak 78 orang yang diperiksa tidak dijumpai BTA. Namun pada anak bawah lima tahun didapati 3 dari 4 anak yang menunjukkan hasil baca tes tuberkulin dengan diameter lebih dari 10 mm. Untuk itu dalam melakukan *contact tracing* petugas perlu memberikan perhatian khusus apabila pada rumah pasien terdapat anak-anak.

#### 4.2.11 Memantau jumlah suspek yang diperiksa dan memantau jumlah penderita TB yang ditemukan

Hasil penelitian bahwa seluruh puskesmas melakukan memantau jumlah suspek yang diperiksa dan memantau jumlah penderita TB yang ditemukan. Pemantauan diartikan sebagai mengetahui perkembangan jumlah suspek yang diperiksa dan memantau jumlah penderita TB yang ditemukan. Pemantauan dilaksanakan oleh petugas pengelola program dengan melihat catatan tentang jumlah suspek (form TB. 06) dan jumlah penderita TB yang telah ditemukan dan diobati (form TB.01). Dengan dilakukan pencatatan secara lengkap pada form tersebut akan memudahkan dalam melakukan pemantauan. Hasil pemantauan yang dilakukan akan dilaporkan dalam rapat bulanan di puskesmas dan setiap 3 bulan sekali dilaporkan pada kabupaten.

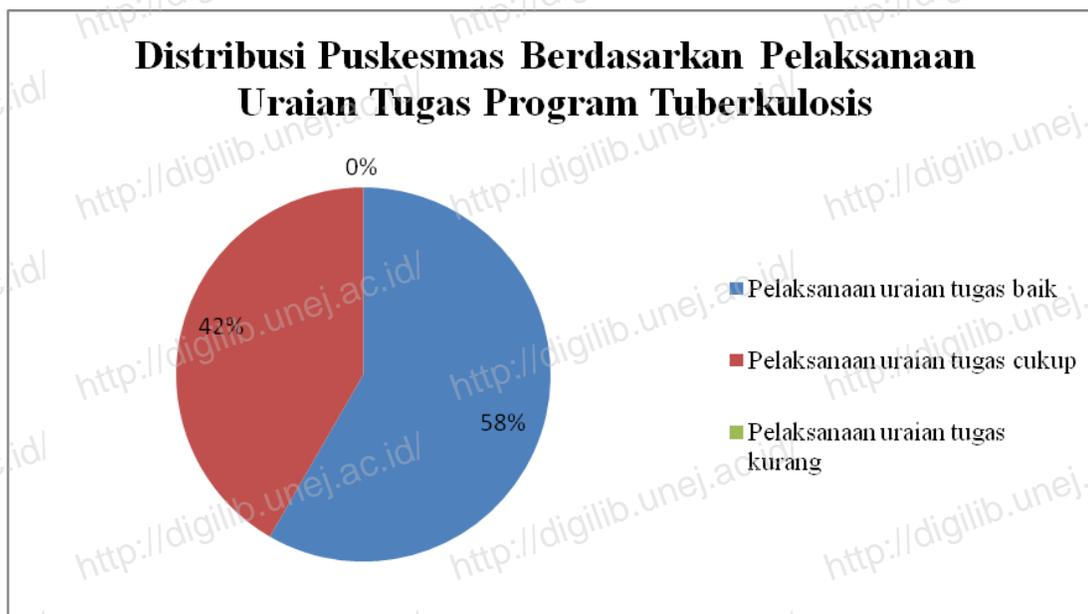
Dalam Departemen Kesehatan RI (2008), terdapat hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menyusun rencana pemantauan dan evaluasi meliputi jenis-jenis kegiatan dan indikator, cara pemantauan, pelaksana (siapa yang memantau), waktu dan frekuensi pemantauan (bulanan/triwulan/tahunan), rencana tindak lanjut hasil pemantauan dan evaluasi.

Dalam memantau jumlah suspek yang diperiksa dan memantau jumlah penderita TB yang ditemukan terdapat indikator yang diperhatikan yaitu angka penjarangan suspek dan angka penemuan kasus. Angka ini merupakan indikator nasional dalam program penanggulangan tuberkulosis. Hasil pemantauan pada masing-masing indikator tersebut akan dirundingkan pada rapat bulanan untuk

menentukan rencana tindak lanjut yang akan diambil oleh puskesmas dalam upaya penemuan penderita baru tuberkulosis paru.

#### **4.3 Analisis Pelaksanaan Uraian Tugas program TB di Puskesmas Dalam Upaya Penemuan Penderita Baru Tuberkulosis Paru Terhadap Pencapaian CDR Puskesmas Kabupaten Banyuwangi tahun 2011**

Dari hasil pelaksanaan uraian tugas program TB yang terdiri dari memberikan penyuluhan tentang TB kepada masyarakat umum, menjangring suspek (penderita tersangka) TB, mengumpulkan dahak dan mengisi buku daftar suspek Form TB.06, membuat sediaan hapus dahak, mengirim sediaan hapus dahak ke laboratorium dengan Form TB.05, mewarnai dan membaca sediaan dahak, mengirim balik hasil bacaan, mengisi buku register laboratorium (TB.04), menyimpan sediaan untuk di crosscheck, menegakkan diagnosis TB sesuai protap, membuat klasifikasi/type penderita, mengisi kartu penderita (Form TB.01) dan kartu identitas penderita (TB.02), memeriksa kontak terutama kontak dengan penderita TB BTA Positif, serta memantau jumlah suspek yang diperiksa dan jumlah penderita TB yang ditemukan dilakukan skoring. Hasil skoring digunakan untuk menentukan hasil pelaksanaan uraian tugas puskesmas. Dari hasil skoring tabel 4.11 ditemukan 7 puskesmas dengan pelaksanaan uraian tugas baik dan 5 puskesmas dengan pelaksanaan uraian tugas cukup yang disajikan pada diagram berikut:



Sumber : data primer (2012)

Gambar 4.4 Grafik Puskesmas Berdasarkan Pelaksanaan Uraian Tugas Program Tuberkulosis.

Dari pelaksanaan uraian tugas yang telah sesuai dengan pedoman penanggulangan tuberkulosis dalam upaya menemukan penderita baru, seharusnya puskesmas sudah dapat mencapai target CDR namun tidak terjadi demikian. Beberapa hal yang dapat diindikasikan perlu peningkatan atau modifikasi untuk tercapainya target CDR puskesmas pada 7 puskesmas dengan pelaksanaan uraian tugas baik yang tersaji dalam tabel berikut:

Tabel 4.10 Distribusi pelaksanaan uraian tugas dalam upaya pencapaian target CDR puskesmas Tahun 2011

Inisial Puskesmas	Jumlah penduduk	Penyuluhan khusus TB	Penjaringan suspek	Pengambilan sedian dahak purulen	Pemeriksaan <i>contact tracing</i>	Proporsi CDR terhadap suspek
Puskesmas 1	54.945	2 kali	Baik	Cukup	Ya	Longgar
Puskesmas 3	45.231	1 kali	Kurang	Baik	Ya	Longgar
Puskesmas 5	28.262	0 kali	Kurang	Baik	Ya	Longgar
Puskesmas 6	30.539	1 kali	Kurang	Baik	Ya	Ketat
Puskesmas 8	45.916	2 kali	Kurang	Cukup	Ya	Longgar
Puskesmas 9	28.903	2 kali	Kurang	Cukup	Ya	Ketat
Puskesmas 10	20.770	2 kali	Kurang	Cukup	Ya	Longgar

Sumber: data primer (2012) dan data sekunder Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi (2012)

Dari tabel tersebut diatas terlihat bahwa mayoritas puskesmas telah memberikan penyuluhan khusus TB. Bila dilihat dari jumlah pemberian penyuluhan pada masing-masing puskesmas terdapat puskesmas 1, 8, 9, 10 yang telah memberikan penyuluhan khusus TB sebanyak 2 kali dalam setahun namun dengan hasil penjaringan suspek yang berbeda padahal pada pengambilan dahak dan pemeriksaan *contact racing* telah dilakukan.

Puskesmas 1 dengan memberikan penyuluhan sebanyak 2 kali dalam setahun seperti puskesmas 8,9,10 namun dapat melakukan penjaringan dengan baik. Dari hasil wawancara yang dilakukan pada petugas pengelola program didapat bahwa pada Puskesmas 1, pelaksanaan penyuluhan TB dilakukan 2 kali di aula kecamatan dengan mengundang masyarakat dan tokoh masyarakat. Sedikit berbeda dengan puskesmas 8, 9 dan 10 yang mengadakan penyuluhan di aula puskesmas. Pemberian penyuluhan yang berada di kecamatan ini memudahkan para tokoh masyarakat terutama tokoh masyarakat yang berada di kecamatan untuk hadir pada kegiatan penyuluhan TB, mengingat umumnya para tokoh masyarakat ini mempunyai banyak kegiatan dan terkadang sulit untuk hadir didalam suatu pertemuan. Pemberian informasi tentang

TB dari tokoh masyarakat atau tokoh agama dilingkungannya dapat mempengaruhi perilaku masyarakat lebih cepat karena tokoh masyarakat atau tokoh agama ini dianggap lebih memahami karakteristik masyarakat sekitar dan merupakan tokoh panutan dilingkungannya. Notoadmodjo (2007) menyebutkan bahwa terdapat tiga faktor utama yang mempengaruhi perubahan perilaku yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat. Tokoh panutan termasuk dalam faktor penguat dalam perubahan perilaku masyarakat yaitu dalam hal ini peningkatan kesadaran masyarakat untuk memeriksakan diri dan memilih puskesmas sebagai tempat pertama untuk berobat saat sakit TB. Lawrence Green dalam Notoadmodjo (2007) menyatakan bahwa faktor penguat dalam perubahan perilaku meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat (TOMA), tokoh agama (TOGA), sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan.

Pemberian penyuluhan merupakan bentuk pemberian informasi yang dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat. Dengan jumlah penduduk pada masing-masing Puskesmas yang lebih dari 20.000 seperti yang terlihat pada tabel 4.10 diatas. Pemberian penyuluhan yang hanya 1-2 kali dalam setahun belum dapat menjangkau seluruh masyarakat pada masing-masing desa pada puskesmas. Selain pada aula kecamatan, pada puskesmas 1 pemberian penyuluhan khusus TB juga diberikan oleh bidan-bidan saat posyandu. Profesi pengelola program sebagai seorang bidan memudahkan petugas untuk berkerjasama dengan bidan desa untuk memberikan penyuluhan. Pemberian penyuluhan TB pada saat posyandu ini yaitu dijadwalkan setiap awal bulan pada minggu pertama dan kedua. Muninjaya (2004) mengungkapkan bahwa penyuluhan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik belajar atau instruksi dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia baik secara individu, kelompok maupun masyarakat untuk meningkatkan kesadaran akan nilai kesehatan sehingga dengan sadar mau mengubah perilakunya menjadi perilaku sehat. Pemberian informasi secara berkala dan terus menerus akan membentuk kesadaran dari masyarakat untuk datang ke puskesmas. Sehingga pemberian penyuluhan TB

yang diberikan secara merata pada masing-masing desa ini secara tidak langsung dapat menjadi sumber informasi yang mendorong masyarakat untuk memeriksakan diri saat sakit.

Berdasarkan hal tersebut kegiatan penyuluhan TB harus ditambahkan frekwensinya sehingga informasi tentang TB dapat tersebar pada merata pada masing-masing desa. Dalam melakukan penyuluhan perlu diupayakan agar penduduk dari masing-masing desa dapat tercakup. Penambahan jumlah tokoh masyarakat juga perlu dalam kegiatan penyuluhan. Penambahan dalam jumlah tokoh agama dan tokoh masyarakat akan meningkatkan kesadaran masyarakat dalam melakukan pemeriksaan TB karena semakin banyak jumlah tokoh panutan yang diberikan penyuluhan TB maka akan semakin mempermudah dalam penyebaran informasi tentang TB. Peran tokoh panutan terhadap perilaku masyarakat sesuai dengan teori ahli WHO dalam Setiyorini (2009) bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku karena adanya empat alasan pokok yaitu pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*), orang-orang penting sebagai referensi (guru, alim ulama, kepala adat (suku), kepala desa dan sebagainya), sumber daya (*resources*) dan kebudayaan.

Penyuluhan tentang TB ke masyarakat umum secara berkala dapat menjadi sumber informasi masyarakat untuk menjadikan tempat untuk melakukan pemeriksaan dengan gejala-gejala yang mengarah pada tuberkulosis. Pasien yang datang ke puskesmas dengan gejala TB dapat ditetapkan sebagai suspek. Hasil penelitian didapatkan penjarangan suspek dilakukan seluruh puskesmas dengan cara pasif yaitu dengan menunggu pasien datang ke puskesmas. Kriteria penjarangan yang ditetapkan yaitu batuk 2-3 minggu. Penjarangan suspek belum maksimal, karena hanya mengandalkan penemuan secara pasif tanpa dibantu dengan promosi yang aktif pada merata beberapa puskesmas. Penjarangan suspek yang dilakukan secara pasif memberikan keterbatasan pada petugas untuk menemukan suspek karena hanya menunggu keinginan masyarakat untuk memeriksakan sakitnya ke puskesmas. Hal ini terlihat pada tabel 4.10 hanya ditemui satu puskesmas yang dapat menjaring suspek dengan baik.

Dalam Departemen Kesehatan RI (2008) disebutkan bahwa penemuan penderita dalam program penanggulangan tuberkulosis dengan *passive case finding*. Penemuan dengan cara pasif ini bertujuan agar pasien datang ke puskesmas dengan kesadaran sendiri untuk menghindari *drop out* pada pasien yang telah mendapat pengobatan dan angka kesembuhanpun tercapai. Seperti yang disebutkan dalam data Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi (2012), angka kesembuhan dalam tiga tahun terakhir ini selalu mencapai target yang ditentukan yaitu sebesar 85% dan pada tahun 2011 angka kesembuhan penderita tuberkulosis paru BTA positif telah mencapai angka 89%. Sehingga diperlukan suatu alternatif program untuk mendukung penjangkaran dalam upaya penemuan penderita tuberkulosis paru.

Alternatif program penanggulangan TB yaitu penemuan penderita TB paru secara aktif di masyarakat sangat diperlukan. Alternatif program penanggulangan TB paru adalah DOTS dengan *active case finding* dengan melibatkan peran serta masyarakat. Program *active case finding* adalah cara menjangkari penderita TB Paru dengan melibatkan peran kader masyarakat yaitu kader Posyandu. Kader Posyandu di masing-masing wilayah diberikan pendidikan kesehatan mengenai TB paru yang selanjutnya secara aktif mencari, memotivasi dan melakukan supervisi terhadap pengawas menelan obat/PMO. Dengan pengetahuan yang telah didapat kader Posyandu diharapkan dapat mengenali tanda dan gejala dini dari TB paru untuk segera diobati di unit pelayanan kesehatan (UPK) terdekat. Kerjasama yang baik antara petugas kesehatan dan kader Posyandu tersebut dapat menunjang keberhasilan program *active case finding* (Efendi dan Cahyadi, 2005).

Kelebihan dari *active case finding* adalah dapat menemukan secara tepat dan cepat penderita TB paru di masyarakat yang enggan berobat. Mereka dapat terjaring oleh kader posyandu yang kemudian di *follow up* supaya mereka bersedia memeriksakan diri ke UPK. Pemanfaatan strategi DOTS secara *active case finding* berbasis masyarakat ini diharapkan dapat meningkatkan cakupan DOTS sehingga lebih banyak penderita yang ditangani, mencegah terjadinya penularan dan dampak lebih lanjut akibat TB (Efendi dan Cahyadi, 2005).

Suspek yang telah ditemukan kemudian akan dilakukan pengambilan dahak untuk pemeriksaan BTA. Seperti yang tercantum pada tabel 4.10, pengambilan dahak pada puskesmas yang telah memberikan penyuluhan TB sebanyak 2 kali adalah dalam kategori cukup sedangkan pada puskesmas 3, 5, 6 yang memberikan penyuluhan kurang dari 2 kali selama setahun dalam kategori baik. Pengambilan dahak dilakukan dengan cukup artinya jumlah perbandingan dahak purulen yang didapat dari pasien sebesar antara 60-55% dan masih ditemukan dahak yang berupa air liur yang dibuat untuk sediaan dahak. Dan petugas tetap membuat sediaan dahak yang berupa air liur.

Hasil penelitian penelitian Kalma (2010) menyebutkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara pemeriksaan mikroskopis BTA dengan spesimen dahak dan spesimen air liur (saliva). Diagnosis tuberkulosis paru dengan menggunakan spesimen dahak lebih teliti dibandingkan dengan saliva. Sehingga pengumpulan dahak yang belum dapat seluruhnya baik dapat menjadi salah satu penyebab penemuan BTA positif yang belum mencapai target. Pengambilan dahak yang baik ditentukan dari kualitas batuk yang dilakukan (Pranowo, 2009). Penelitian tersebut menyebutkan bahwa ada perbedaan yang bermakna setelah suspek diberikan pelatihan tentang bagaimanan cara batuk yang efektif. Sehingga untuk mendapatkan dahak yang purulen petugas perlu memberikan pelatihan tentang cara bagaimana batuk yang efektif tidak hanya memberikan pengetahuan tentang cara pengeluaran dahak tetapi juga menunjukkan bagaimanan cara batuk yang efektif agar dahak yang dikeluarkan dapat maksimal dan mendukung penemuan penderita baru tuberkulosis paru BTA positif. Selanjutnya dalam membuat sediaan dahakpun petugas perlu memperhatikan protap dalam pembuatan sediaan dahak. Dalam Departemen Kesehatan RI (2006), dahak yang diambil dalam pembuatan sediaan dahak adalah bagian dahak yang purulen. Dari hasil observasi penelitian masih ditemui petugas yang tidak mengambil bagian dahak yang purulen dari dahak. Sehingga dengan kata lain pembuatan sediaan yang baik dapat menentukan ada tidaknya maupun

banyaknya jumlah bakteri yang akan dibaca. Jenis pemeriksaan/diagnostik dengan kesahihan pembacaan hasil sangat tergantung pada kondisi dahak yang diperiksa, teknik pembuatan slide BTA dan teknik pembacaan slide BTA (Risksedas, 2010).

Selain dengan pemberian penyuluhan TB, upaya penemuan penderita juga dapat dilakukan dengan cara memeriksa kontak terutama kontak dengan BTA positif. Pemeriksaan kontak terutama kontak dengan penderita BTA positif ini disebut sebagai *contact tracing*. Yaitu dilakukan dengan cara mendatangi rumah pasien dan melakukan penelusuran terhadap sumber penularan dan penularannya terhadap orang-orang terdekat. Cara ini merupakan penemuan penderita dengan cara aktif selektif

Memeriksa kontak terutama kontak BTA positif telah dilakukan oleh seluruh puskesmas. Namun ternyata pemeriksaan kontak (*contact tracing*) ini dilakukan dengan cara yang berbeda. Puskesmas 1, 3, 6, dan 8 telah melaksanakan pemeriksaan kontak dengan cara mendatangi rumah pasien dengan disertai dokumen saat melakukan kunjungan. Dalam hal ini puskesmas melakukan *contact tracing* dengan menggunakan dokumen askep dan atau bersama dengan petugas PSN mengunjungi rumah penderita dan melakukan penelusuran dan wawancara kepada keluarga penderita. Pada teori konseptual sehat-sakit, keluarga merupakan orang terdekat dari seseorang yang menderita penyakit TB atau dalam keadaan sakit. keluarga merupakan salah satu indikator dalam masyarakat baik masyarakat sehat atau sakit (Effendi, 1998). Penularan TB terjadi karena lama paparan kontak dengan pasien. Semua petugas yang melayani pasien TB harus memastikan bahwa individu yang punya kontak dengan pasien TB harus dievaluasi (terutama anak usia dibawah 5 tahun dan penyandang HIV) Pada semua anak, terutama balita yang tinggal serumah atau kontak erat dengan penderita TB dengan BTA positif, perlu dilakukan pemeriksaan menggunakan sistem skoring. Bila hasil evaluasi dengan skoring sistem didapat skor < 5, kepada anak tersebut diberikan isoniazid (INH) dengan dosis 5 – 10 mg/kg BB/hari selama 6 bulan. Bila anak tersebut belum pernah mendapat imunisasi BCG, imunisasi BCG dilakukan setelah pengobatan pencegahan selesai (Departemen Kesehatan RI, 2007). Dengan melakukan penelusuran tersebut petugas

mengidentifikasi hal-hal apa saja yang menyebabkan TB dapat menular sekaligus menelusuri penularannya. Untuk puskesmas yang belum melakukan pemeriksaan kontak dengan dokumentasi, puskesmas dapat melakukan kolaborasi dengan petugas PSN seperti puskesmas yang telah melaksanakan untuk melakukan inspeksi sanitasi ke rumah penderita dan lingkungan rumah penderita tuberkulosis BTA positif. Dan di upayakan pemeriksaan *contact tracing* dapat dilakukan pada seluruh pasien dengan BTA positif. Cara ini merupakan suatu cara untuk memantau faktor resiko terhadap penyakit tuberkulosis. Untuk mencegah dan mengurangi penularan penyakit tuberkulosis, maka faktor resiko yang terdapat di masyarakat harus diminimalkan).

Dari hasil proporsi penemuan penderita baru BTA positif diantara suspek pada masing-masing puskesmas sebagian besar adalah longgar. Proporsi pasien TB BTA positif diantara suspek adalah persentase pasien BTA positif yang ditemukan diantara seluruh suspek yang diperiksa dahaknya. Angka ini sekitar 5 - 15%. Bila angka ini terlalu kecil ( $< 5\%$ ) berarti penjarangan terlalu longgar dan bila angka ini terlalu besar ( $> 15\%$ ) berarti penjarangan terlalu ketat (Departemen Kesehatan RI, 2007). Dari hasil pada setiap puskesmas yang telah memberikan penyuluhan, melakukan penjarangan suspek, dan pemeriksaan *contact racing* namun ternyata pada proporsi angka penemuan penderita baru BTA positif diantara suspek baik pada puskesmas dengan penjarangan suspek baik/kurang, pengambilan dahak baik/kurang, melakukan *contact racing* namun angka penemuan penderita baru BTA positif diantara suspek masih terlalu longgar (5 Puskesmas) dan Terlalu ketat (2 Puskesmas). Angka ini menggambarkan mutu dari proses penemuan sampai diagnosis pasien, serta kepekaan menetapkan kriteria suspek (Departemen Kesehatan RI, 2008). Belum tercapainya angka ini menunjukkan belum baiknya mutu dari proses penemuan sampai diagnosis pasien, serta kepekaan menetapkan kriteria suspek.

Selain hal tersebut diatas, ditemukan bahwa jumlah semua kasus TB yang besar. Kasus tersebut adalah kasus BTA negatif dengan *rontgen* positif (Departemen Kesehatan RI, 2007). Hal ini berarti pasien yang datang ke Puskesmas adalah pasien yang telah terpapar pengobatan sebelum ditemukan oleh puskesmas (Antoni S., dkk.,

2009) sehingga BTA positif tidak lagi ditemukan dalam pemeriksaan BTA sehingga tidak tercakup dalam pelaporan CDR.

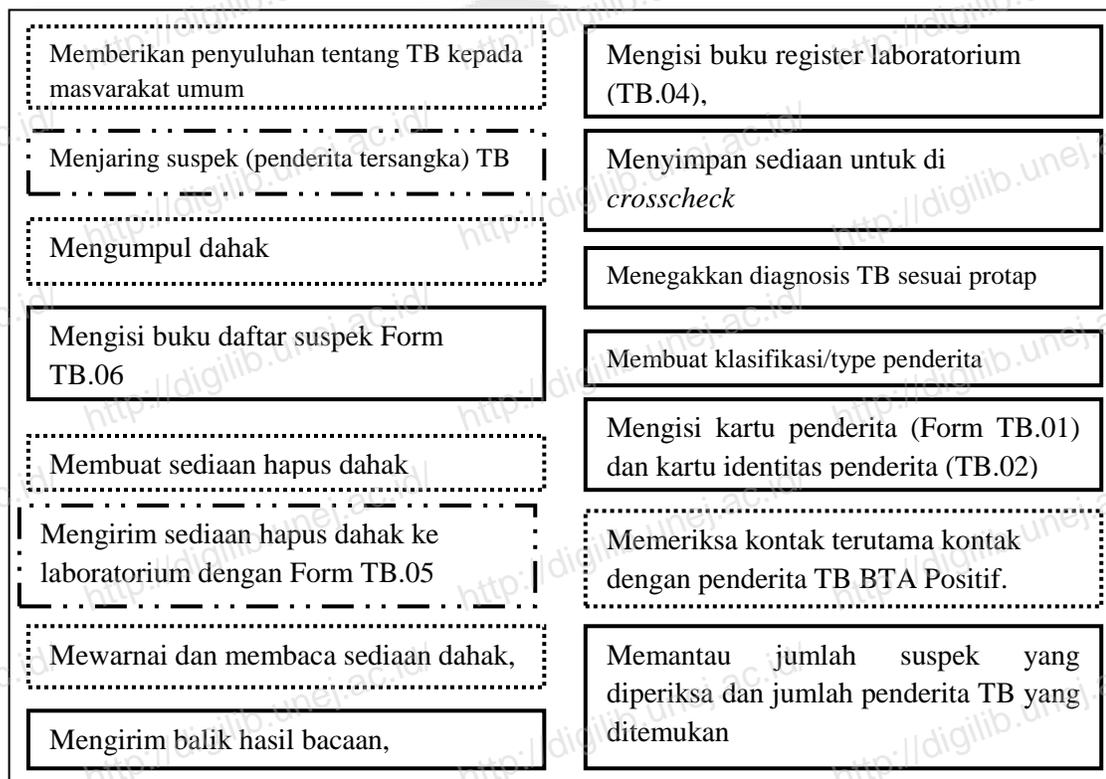
Berdasarkan hasil wawancara petugas menyatakan kebanyakan dari pasien yang datang adalah pasien yang telah dilakukan pengobatan sebelumnya. Pasien lebih memilih untuk datang ke Rumah Sakit swasta atau dokter swasta karena dianggap penyakit paru merupakan penyakit yang parah dan pelayanan dari rumah sakit swasta dan dokter praktik swasta yang lebih nyaman dan lebih cepat. Hal ini menunjukkan belum terciptanya kemitraan yang baik antara puskesmas dengan pelayanan kesehatan swasta. Mengingat besar dan luasnya masalah TB, maka penanggulangan TB harus dilakukan melalui kemitraan dengan berbagai sektor baik pemerintah, swasta maupun lembaga masyarakat. Hal ini sangat penting untuk mendukung keberhasilan program dalam melakukan ekspansi maupun kesinambungannya (Departemen Kesehatan RI, 2006).

Hal ini juga sesuai dengan penelitian Antoni S., dkk (2009), yang menyebutkan bahwa berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa kemitraan antara puskesmas dengan praktisi swasta dalam hal ini dokter praktik swasta, bidan praktik swasta, perawat praktik swasta dan organisasi profesi kesehatan dalam program penanggulangan tuberkulosis belum berjalan dengan baik. Hal ini tercermin dari tidak adanya nota kesepakatan antara puskesmas dengan praktisi swasta sehingga masing-masing pihak belum memiliki peran yang jelas. Kemitraan baru dilakukan secara lisan tanpa adanya kesepakatan secara tertulis. Mengingat beban masalah penyakit tuberkulosis yang tinggi serta keterbatasan sektor pemerintah maka kemitraan dengan praktisi swasta sangat diperlukan agar program penanggulangan tuberkulosis terus berlanjut. Kemitraan dengan praktisi swasta dalam program penanggulangan tuberkulosis jika terlaksana dengan baik akan mampu meningkatkan penemuan penderita tuberkulosis serta dapat melaksanakan pengobatan berdasarkan strategi DOTS. Perlunya di terapkan suatu kebijakan yang bersifat bottom up dalam penemuan suspek tuberkulosis di puskesmas yang sesuai dengan kondisi masing-

masing puskesmas dengan meningkatkan peran Wasor TB kabupaten dalam melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan program penanggulangan tuberkulosis.

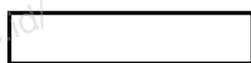
#### 4.4 Bagan Hasil Penelitian

Dalam bagan berikut disajikan ringkasan hasil penelitian untuk memudahkan pembaca dalam memahami isi hasil penelitian:



Gambar 4.5 Bagan hasil penelitian pelaksanaan uraian tugas program tuberkulosis di puskesmas dalam upaya penemuan penderita baru tuberkulosis paru

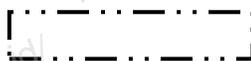
Keterangan:



= Pelaksanaan Baik



= Pelaksanaan Cukup Baik



= Pelaksanaan Kurang Baik

#### 4.5 Keterbatasan Penelitian

Dari hasil penelitian ini yang telah dilakukan tidak lepas dari beberapa keterbatasan anantara lain:

- a. Deskripsi yang dibuat oleh peneliti didasarkan pada jawaban responden sehingga tergantung dari kesesuaian antara jawaban masing-masing responden. Usaha yang telah dilakukan untuk mengurangi keterbatasan meng*crosscheck*kan jawaban dari masing-masing petugas pada satu puskesmas tersebut dan mencari bukti fisik bila ada.
- b. Instrument yang dibuat kemungkinan belum mendetail karena instrument dibuat sendiri oleh peneliti disesuaikan dengan buku pedoman penanggulangan tuberkulosis tahun 2008 dan buku-buku terkait.
- c. Peneliti belum dapat menjelaskan secara lebih mendalam dan terperinci tentang penyebab cakupan CDR puskesmas yang belum tercapai meskipun telah terdapat perbedaan pada pelaksanaan beberapa uraian tugas. Hal ini dikarenakan peneliti membatasi penelitian hanya pada studi deskriptif, sehingga kurang mendalam dan terperinci dalam menjelaskan penyebab yang terjadi.

## BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

### 4.1 Karakteristik Responden

Karakteristik responden merupakan ciri yang dimiliki oleh responden sebagai bagian dari identitasnya. Karakteristik responden yang dilihat dalam penelitian ini meliputi jenis kelamin, umur, lama kerja, pelatihan TB, dan pendidikan dari masing-masing responden. Dalam penelitian ini responden berjumlah 36 orang. Di bawah ini akan dijelaskan karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, umur, lama kerja, pelatihan TB, dan pendidikan.

Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik Responden di 12 Puskesmas Kabupaten Banyuwangi Tahun 2011

Karakteristik Responden	Dokter		Pengelola Program		Petugas Laboratorium		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
<b>Jenis kelamin</b>								
Laki-laki	9	75,00	7	58,33	6	50,00	22	61,11
Perempuan	3	25,00	5	41,67	6	50,00	14	38,89
<b>Umur</b>								
21-30 tahun	1	8,30	1	8,33	3	25,00	5	13,89
31-40 tahun	7	58,33	5	41,67	3	16,67	15	41,67
41-50 tahun	3	25,00	6	50,00	4	33,33	13	36,11
≥ 51 tahun	1	8,33	0	0	2	16,67	3	8,33
<b>Lama kerja</b>								
0-5 tahun	2	16,67	4	33,33	3	25,00	9	25
6-10 tahun	6	41,67	3	25,00	4	25,00	13	36,11
11-20 tahun	2	16,67	3	8,33	3	25,00	8	22,22
>20 tahun	2	16,67	2	16,67	2	16,67	6	16,67
<b>Pelatihan TB</b>								
Ya	10	83,33	10	83,33	10	83,33	30	83,33
Tidak	2	16,67	2	16,67	2	16,67	6	16,67
<b>Pendidikan Terakhir</b>								
Non Kesehatan (SMA)					4	25,00	4	25,00
Kesehatan								
SPK/ sederajat			2	16,67	1	8,33	3	8,33
Diploma (S0)			6	50,00	7	58,33	13	36,11
Sarjana (S1)	12	100	4	33,33			16	44,44

Sumber: data primer (2012)

#### 4.1.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Dari 36 responden dalam penelitian ini terdapat 22 responden berjenis kelamin laki-laki dan 14 responden berjenis kelamin perempuan. Secara keseluruhan persentase laki-laki (61,11%) lebih dominan dari persentase perempuan (38,89%). Hal ini dapat dilihat dari persentase antara jenis kelamin dari dokter dan petugas pengelola program sedangkan untuk petugas laboratorium perbandingan antara jumlah laki-laki dan perempuan mempunyai perbandingan yang sama. Menurut Suparyanto dkk (2005), dalam berbagai penelitian dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan yang membedakan laki-laki dan perempuan dalam produktivitas kerja dan potensi yang sama dalam memeriksa sediaan TB.

#### 4.1.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Berdasarkan tabel 4.1 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden yakni sebanyak 14 orang berada pada usia 31-40 tahun. Bila dilihat dari masing-masing petugas maka sebagian besar dokter berada pada usia antara 31-40 tahun. Sedangkan pada petugas pengelola program dan petugas laboratorium rentang usia terbanyak yaitu pada usia 41-50 tahun. Pada kelompok usia ini responden sudah dianggap dewasa dan sudah dianggap mampu dalam menjalankan tugasnya sebagai petugas TB. Hurlock (1993) menyebutkan bahwa seseorang dengan usia yang lebih tua mempunyai pengalaman yang lebih banyak sehingga memungkinkan untuk mengetahui hal-hal yang lebih banyak pula, namun usia yang lebih muda juga memiliki keunggulan dan kemampuan dalam menangkap informasi yang lebih baik daripada responden yang berusia lebih tua. Menurut Sastrohadiwiryo (2003), faktor umur perlu dipertimbangkan seperlunya, hal ini menghindarkan rendahnya produktivitas yang dihasilkan petugas yang bersangkutan. Namun hasil penelitian Syafei dan Kusnanta (2005) menyebutkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara umur dengan semua variabel kinerja petugas P2TB puskesmas.

#### 4.1.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Kerja

Sebagian besar responden berada pada lama kerja antara 6-10 tahun dengan prosentase 36,11 %. Namun sedikit berbeda bila dilihat pada prosentase lama kerja petugas pengelola program. Karena sebagian besar lama kerja pengelola program berada pada rentang antara 0-5 tahun. Menurut Tulus MA dalam Mila (2006) lama kerja pada rentang antara 0-5 tahun termasuk dalam masa kerja baru yaitu jika bekerja < 6 tahun.

Bila dilihat dari lama kerja petugas pengelola program TB, maka sebagian besar petugas pengelola program masih tergolong baru. Dalam masa kerja baru petugas masih belajar dan menyesuaikan dengan tugas dan tanggung jawab yang diberikan padanya. Maryoto (2000) berpendapat apabila seseorang bekerja belum cukup lama sedikit banyaknya akan mengakibatkan hal-hal yang kurang baik antara lain belum menghayati pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya. Siagian (2000) menyimpulkan bahwa makin lama kerja seseorang maka akan semakin terampil dan pengalaman menghadapi masalah dalam pekerjaannya. Lama kerja seorang petugas pengelola program pada puskesmas yaitu dihitung dari mulai perawat resmi ditunjuk oleh kepala puskesmas sebagai sebagai pengelola program TB pada puskesmas tersebut.

#### 4.1.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pelatihan Yang Telah Didapat

Bila dilihat dari pernah tidaknya mendapatkan pelatihan maka mayoritas responden telah mendapat pelatihan TB di tingkat propinsi. Jumlah pelatihan yang telah didapat bervariasi antara 1-3 kali pelatihan, dengan sebagian besar responden mendapatkan pelatihan sebanyak satu kali.

Menurut Departemen Kesehatan RI (2008), pelatihan merupakan salah satu upaya peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan petugas dalam rangka meningkatkan mutu dan kinerja petugas. Pelatihan termasuk komponen karakter individu, yang sangat penting dalam peningkatan kinerja. Berkaitan dengan pelatihan,

Havelock dalam Info Diklat (2000) menyebutkan sistem pelatihan adalah suatu sistem sosial dimana secara terus menerus terjadi hubungan timbal balik antar sesama peserta, antara peserta dan pelatih. Melalui interaksi ini diharapkan terjadinya perubahan di bidang pengetahuan, ketrampilan dan perilaku, yang akan mempengaruhi sistem dimana individu itu bekerja. Dari pengetahuan yang baik dari petugas maka akan terjadi transfer pengetahuan yang baik pula terhadap pengetahuan masyarakat melalui penyuluhan aktif. Pelatihan merupakan bagian dari suatu proses pendidikan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan atau keterampilan khusus seseorang atau sekelompok orang. Pelatihan juga dapat merupakan cara untuk membekali tenaga kerja yang tidak mempunyai pendidikan formal sesuai dengan tugasnya, sehingga meningkatkan kualitas pekerjaannya, dalam pelatihan ini diharapkan agar seseorang lebih mudah melaksanakan tugasnya.

Bila dilihat dari perbandingan antara jumlah petugas yang terlatih dan tidak terlatih seharusnya dengan mayoritas petugas yang telah mendapat pelatihan bisa membantu untuk meningkatkan CDR. Tetapi pada tahun 2011 puskesmas belum dapat mencapai target CDR. Hal ini dikarenakan ada faktor lain diluar pendidikan yang mempengaruhi capaian CDR puskesmas.

#### 4.1.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Menurut Undang-Undang Pendidikan tahun 2003, pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara.

Bila dilihat dari pendidikan masing-masing petugas, tingkat pendidikan dokter seluruhnya adalah pada jenjang S1. Pada pengelola program terdapat variasi yaitu pada tingkat pendidikan menengah atas dalam hal ini petugas berasal dari tingkat pendidikan sekolah keperawatan (SPK) sebanyak dua orang, tingkat diploma sebanyak 6 orang dan sarjana sejumlah 4 orang. Sehingga dapat disimpulkan

sebagian besar pengelola program berada pada tingkat pendidikan diploma (S0). Pada petugas laboratorium terdapat dua variasi pendidikan yaitu diploma dan tingkat sekolah menengah atas. Pada tingkat diploma seluruh responden berasal dari pendidikan kesehatan sedangkan pada tingkat menengah atas sebanyak orang 4 berasal dari non kesehatan dan 1 orang berasal dari kesehatan. Namun sebagian besar petugas laboratorium berasal dari pendidikan kesehatan dengan tingkat pendidikan yaitu S0.

Fajarudin Rahmat (2009) menyebutkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan bertambah pengalaman yang mempengaruhi wawasan dan pengetahuan. Pendidikan merupakan faktor yang perlu diperhatikan oleh suatu organisasi atau perusahaan. Dengan pendidikan, dapat diperoleh gambaran tentang pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki tenaga kerja, walaupun tidak mutlak demikian .

## **4.2 Deskripsi Pelaksanaan Uraian Tugas Program Tuberkulosis Puskesmas dalam Upaya Penemuan Penderita Baru Tuberkulosis Paru**

### **4.2.1 Memberikan Penyuluhan Tentang TB Ke Masyarakat Umum**

Penyuluhan kesehatan yang merupakan bagian dari promosi kesehatan merupakan rangkaian kegiatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan dimana individu, kelompok, atau masyarakat secara keseluruhan dapat hidup sehat dengan cara memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatannya (Effendy, 2003).

Dalam Departemen Kesehatan RI (2002) disebutkan bahwa penyuluhan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui tehnik praktek belajar atau instruksi dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia secara individu, kelompok maupun masyarakat untuk dapat lebih mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat. Sehingga penyuluhan TB dapat diartikan sebagai upaya penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang dalam mengenali penyakit TB dengan instruksi yang diberikan oleh petugas dengan tujuan untuk

mempengaruhi perilaku masyarakat untuk hidup sehat bebas dari tuberkulosis. Penyuluhan TB ini perlu dilakukan karena masalah TB banyak berkaitan dengan masalah pengetahuan dan perilaku masyarakat. Tujuan penyuluhan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan peran serta masyarakat dalam penanggulangan TB (Departemen Kesehatan RI, 2000).

Terdapat 3 macam penyuluhan dalam program penanggulangan tuberkulosis yang dilakukan petugas yaitu:

a. Penyuluhan langsung perorangan

Penyuluhan langsung perorangan dilakukan pada penderita tuberkulosis. Penyuluhan ini umumnya diberikan oleh petugas pengelola program. Penyuluhan diberikan untuk memberikan pengetahuan dan pengertian tentang penyakit tuberkulosis dan dibutuhkan waktu yang lama dalam pengobatan. Pemberian penyuluhan ini bertujuan agar penderita yang ditemukan dapat melakukan pengobatan secara teratur sampai benar-benar sembuh.

b. Penyuluhan kepada keluarga/PMO

Penyuluhan ini diberikan kepada penderita dengan menyertakan keluarga penderita. Penyuluhan ini dapat dilakukan di puskesmas atau dirumah penderita. Penyuluhan diberikan agar keluarga memiliki pengetahuan tentang tuberkulosis dan dapat ikut memantau perkembangan dan pengobatan keluarga yang menderita dan dapat melakukan upaya pencegahan terhadap kemungkinan tertular penyakit tuberkulosis.

c. Penyuluhan masyarakat umum

Penyuluhan ini merupakan penyuluhan yang diberikan kepada masyarakat umum. Yang dimaksud masyarakat umum disini adalah orang yang belum diketahui jelas riwayat penyakitnya. Penyuluhan ini diberikan karena penyakit menular termasuk TB bukan hanya merupakan masalah bagi penderita, tetapi juga masalah bagi masyarakat, oleh karena itu keberhasilan penanggulangan TB sangat tergantung tingkat kesadaran dan partisipasi masyarakat. Dengan pemberian

pengetahuan tentang TB kepada masyarakat umum (promosi aktif), diharapkan dapat meningkatkan cakupan penemuan tersangka pasien TB.

Dalam melaksanakan penyuluhan kepada masyarakat umum, dilakukan oleh dokter dan pengelola program dengan materi pemberian berupa apa itu penyakit TB gejala, cara penularan, pencegahan, pengobatan dan ajakan kepada masyarakat untuk menanggulangi TB. Dokter memberikan pengetahuan umum tentang TB sekaligus membuka acara penyuluhan kemudian dilanjutkan pembahasan program akan diberikan oleh pengelola program. Dalam uraian tugas program tuberkulosis di puskesmas petugas laboratorium juga bertugas memberikan penyuluhan kepada masyarakat umum. Namun hanya terdapat 1 petugas laboratorium puskesmas yang ikut serta dalam memberikan penyuluhan. Materi yang diberikan oleh petugas laboratorium ini yaitu cara pengambilan dahak, pentingnya mengambil dahak purulen dan segala sesuatu tentang laboratorium TB. Alasan yang dapat menjelaskan ketidakikutsertaan petugas laboratorium tidak ikut serta dalam memberikan penyuluhan kepada masyarakat umum yaitu umumnya pemberian penyuluhan diberikan saat jam kerja, sehingga memberi keterbatasan pada petugas laboratorium yang hanya bertugas sendirian, selain itu beberapa petugas laboratorium yang berasal dari sekolah non kesehatan mengaku kurang “mumpungi” apabila harus memberikan penyuluhan kepada masyarakat umum. Sehingga petugas laboratorium sesekali memberikan penyuluhan kepada suspek/penderita saja.

Berdasarkan hasil rekapitulasi dari dapat diketahui puskesmas yang mencantumkan pemberian penyuluhan kepada masyarakat umum pada POA sebagai berikut:

Tabel 4.2 Penyuluhan TB pada POA 12 Puskesmas Kabupaten Banyuwangi Tahun 2011

Kategori	n	%
Penyuluhan TB pada POA Puskesmas	7	58,33
Tidak terdapat penyuluhan TB pada POA puskesmas	5	41,67
Jumlah	12	100

Sumber: data primer (2012)

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa penyuluhan kepada masyarakat umum telah diberikan sebagian besar puskesmas. Penyuluhan ini dilaksanakan dengan mengundang masyarakat umum, tokoh masyarakat dan tokoh agama dilingkungannya. Adanya tokoh masyarakat, dan tokoh agama diharapkan dapat memberi panutan kepada masyarakat sekitar. Dan juga selanjutnya dapat berperan aktif menyebarkan informasi yang telah didapat. Penyuluhan ini diadakan puskesmas 1-2 kali dalam setahun. Selain penyuluhan yang dilaksanakan pada POA pemberian penyuluhan TB juga dibantu oleh bidan puskesmas saat posyandu. Pada puskesmas yang tidak mencantumkan penyuluhan pada POA, umumnya penyuluhan sesekali disisipkan saat ada perkumpulan kader, UKS atau pertemuan dikecamatan namun tidak terjadwal. Hal ini dilakukan dengan alasan penghematan biaya dan sulitnya mengumpulkan masyarakat.

Tidak ada ketentuan jelas tentang jumlah penyuluhan yang harus diberikan setiap tahunnya. Penyuluhan tersebut disesuaikan dengan anggaran di puskesmas. Pemberian penyuluhan dianggap boros dalam segi biaya namun bila dilihat dalam segi waktu penyuluhan merupakan kegiatan yang paling efektif. Strategi penemuan TB yaitu *pasif case finding* memberi keterbatasan pada petugas karena petugas hanya menunggu pasien datang ke puskesmas, untuk itu perlu adanya upaya promosi aktif dengan mengadakan penyuluhan kepada masyarakat untuk dapat meningkatkan cakupan penemuan penderita. Untuk itu, petugas TB khususnya pengelola program

perlu menyupayakan agar penyuluhan tentang TB tersebut tercantum dalam POA sehingga penyuluhan kepada masyarakat umum dapat diberikan secara berkala dan terus menerus tiap tahunnya sehingga cakupan CDR puskesmas dapat tercapai.

#### 4.2.2 Menjaring Suspek TB

Penemuan suspek tuberkulosis pada seluruh puskesmas penelitian melakukan secara pasif di tempat pelayanan kesehatan di puskesmas, dan juga melalui puskesmas pembantu bagi puskesmas yang memiliki. Penjaringan suspek dilakukan oleh dokter, petugas pengelola program dan pada beberapa puskesmas juga dibantu oleh perawat BP. Pasien yang datang berkunjung ke puskesmas dengan tanda-tanda batuk lebih dari 2-3 minggu dianggap sebagai suspek dan dilakukan pemeriksaan dahak. Bila pasien datang dengan batuk kurang dari 2 minggu maka akan diberikan obat pereda batuk terlebih dahulu, dan apabila tidak ada perbaikan maka akan disarankan untuk pemeriksaan dahak. Selain itu ketentuan tersebut yaitu batuk > 2-3 minggu, apabila pasien datang dengan gejala batuk 1 minggu namun disertai gejala klinis yang mendukung seperti batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, dan berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik. Maka pasien tersebut akan dijaring sebagai suspek dan dilakukan pemeriksaan dahak. Hal ini dilakukan mengingat umumnya masyarakat baru menganggap dirinya sakit apabila batuk yang diderita sudah parah. Sehingga masa sakit yang di mengerti pasien adalah dimulai saat batuk tersebut sudah parah. Gejala klinis utama pasien TB paru yang dianggap suspek adalah batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan hal ini sesuai dengan Departemen Kesehatan RI (2008). Penjaringan suspek ini dilakukan oleh dokter dan petugas pengelola program secara bersama-sama maupun secara bergantian dan dibantu paramedis yang bertugas di BP, apabila dokter atau petugas pengelola program tidak berada ditempat.

Tabel 4.3 Penjarangan suspek di 12 Puskesmas Kabupaten Banyuwangi tahun 2011

Kategori	n	%
Baik	1	8,33
Kurang	11	91,67
Jumlah	12	100,00

Sumber: data sekunder terolah Dinas Kesehatan Banyuwangi (2012)

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar puskesmas menjarang suspek dalam kategori kurang. Angka penjarangan suspek merupakan jumlah suspek yang diperiksa dahaknya diantara 100.000 penduduk pada suatu wilayah tertentu dalam 1 tahun. Angka ini digunakan untuk mengetahui akses pelayanan dan upaya penemuan pasien dalam suatu wilayah tertentu, dengan memperhatikan kecenderungannya dari waktu ke waktu ( triwulan /tahunan ) (Departemen Kesehatan RI, 2002). Semakin banyak suspek yang dijaring, maka diharapkan semakin banyak pula BTA positif yang ditemukan dengan perbandingan 10 suspek : 1 BTA positif. Keterbatasan penjarangan suspek diakui oleh petugas karena petugas hanya menunggu pasien datang ke puskesmas. Selain itu kebanyakan pasien menganggap bahwa penyakit tuberkulosis atau biasa disebut penyakit paru oleh masyarakat ini adalah penyakit parah dan hanya dapat sembuh apabila dibawa kerumah sakit atau dokter praktek swasta. Hal ini menjadi PR tersendiri oleh puskesmas untuk mendapat kepercayaan dari masyarakat bahwa penyakit tuberkulosis ini kini bukan lagi penyakit yang menakutkan dan sulit disembuhkan tetapi menjadi penyakit yang menakutkan dan dapat disembuhkan. Kesembuhan ini akan didapat apabila pasien datang (dijaring oleh puskesmas) sebagai suspek dan dilakukan pengobatan selama 6 bulan secara gratis di puskesmas. Penyuluhan TB yang diberikan secara berkala oleh Puskesmas dapat menjadi informasi yang berguna bagi masyarakat bahwa kini TB dapat disembuhkan di Puskesmas sehingga suspek datang berkunjung ke Pukesmas.

#### 4.2.3 Mengumpulkan dahak dan Mengisi Buku Daftar Suspek Form TB.06

Pengumpulan dahak pada seluruh puskesmas dilaksanakan oleh petugas laboratorium. Penderita yang dianggap menderita TB (tersangka) diambil dahaknya. Sebelum dilakukan pengambilan dahak, pasien sebelumnya diberi penyuluhan tentang cara pengambilan dahak oleh dokter/pengelola program sesuai jadwal bertugas. Hal ini bertujuan untuk memperoleh dahak yang berkualitas baik (mukopurulen).

Dahak diambil dengan cara SPS, yaitu saat suspek datang pertama kali kemudian saat pulang suspek dibawakan dua pot dahak untuk pengambilan dahak pagi saat bangun tidur dan saat akan pergi kepuskesmas. Pengambilan dahak sewaktu dipuskesmas dilakukan pada ruangan terbuka dibelakang puskesmas atau ditempat terbuka yang terkena sinar matahari dan jauh dari kerumunan orang. Selain cara pengambilan tersebut, beberapa puskesmas menerapkan metode yang berbeda yaitu dahak sewaktu tidak diambil di puskesmas. Suspek dibawakan 3 pot dahak yang sebelumnya suspek diberi pengetahuan tentang cara untuk pengambilan dahak. Cara ini bertujuan untuk menghindari suspek yang malu/merasa tidak nyaman saat harus batuk di puskesmas. Dengan dibawakan pot dirumah diharapkan suspek dapat mengeluarkan dahaknya dengan bebas tanpa harus malu kepada pasien lain di puskesmas sehingga dahak dan bukan air liur yang diserahkan pada petugas.

Cara ini mempunyai kelemahan yaitu petugas tidak dapat melakukan pendampingan kepada pasien saat pengambilan dahak. Dalam Departemen Kesehatan RI (2000), pada pengambilan dahak sewaktu pertama, petugas melakukan pendampingan pada pasien dengan cara berdiri dibelakang pasien. Sehingga apabila pasien mengalami kendala dalam pengambilan dahak, petugas dapat memberikan petunjuk dalam pengambilan dahak. Berikut disajikan tabel pengumpulan dahak di Puskesmas.

Tabel 4.4 Distribusi Pengumpulan Dahak di 12 Puskesmas Kabupaten Banyuwangi tahun 2011

Kategori	n	%
Baik	4	33,33
Cukup	6	50,00
Kurang	2	16,67
Jumlah	12	100

Sumber: data primer (2012)

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa sebagian besar dari jumlah dahak purulen yang dapat diambil adalah dalam kategori cukup. Dahak mukopurulen merupakan dahak yang kental dan berwarna kehijauan. Penting untuk mendapatkan dahak yang benar, bukan ludah ataupun sekret hidung sehingga dapat diketemukan basil tahan asam yang positif.

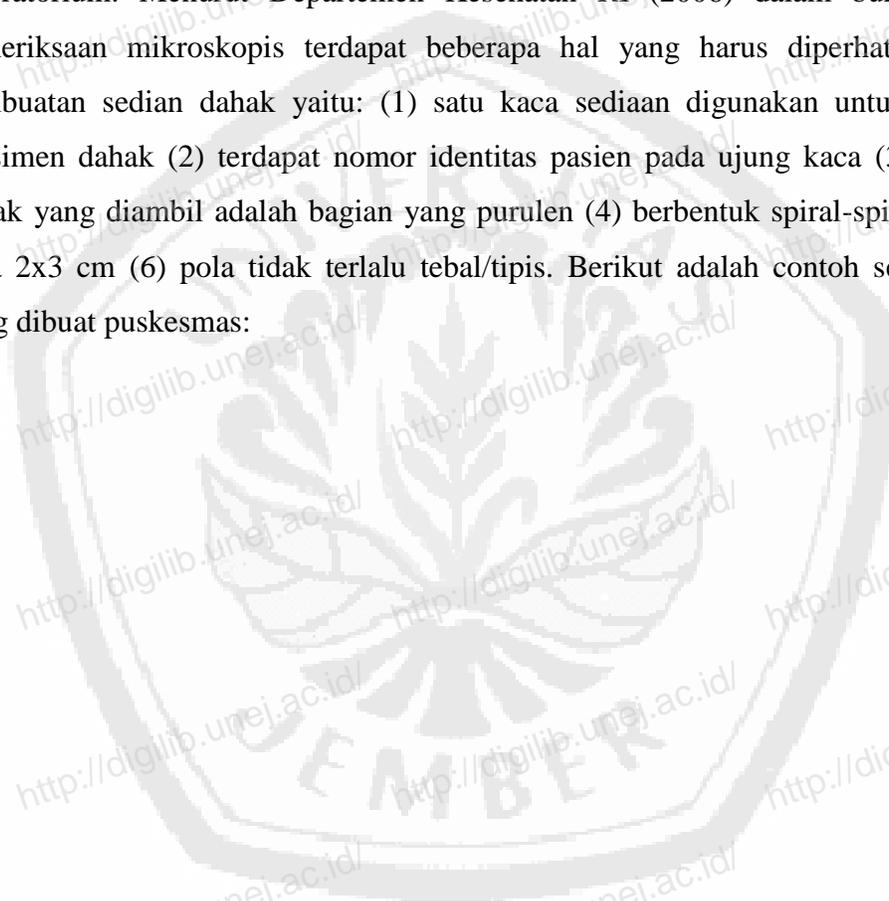
Diakui oleh petugas bahwa banyak dari penderita yang tidak dapat mengeluarkan dahaknya dan memberikan air liurnya untuk dilakukan pemeriksaan BTA. Sehingga petugas terpaksa tetap membuat sediaan dahak walaupun yang diberikan adalah air liur. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Pranowo (2009) menyebutkan bahwa dimana sputum yang didapatkan merupakan dari hasil konvensional yang diperoleh dari pasien dengan cara mengeluarkan dahak semampu pasien, sehingga sputum yang didapatkan kadang-kadang berupa air ludah. Petugas pun kadang-kadang-kadang langsung saja memeriksa tanpa melihat apakah bahan yang dikirim itu ludah atau sputum, sehingga banyak kasus TB Paru diketemukan BTA negatif. Padahal kemungkinan besar jika spesimen yang dikirim benar akan diketemukan BTA positif.

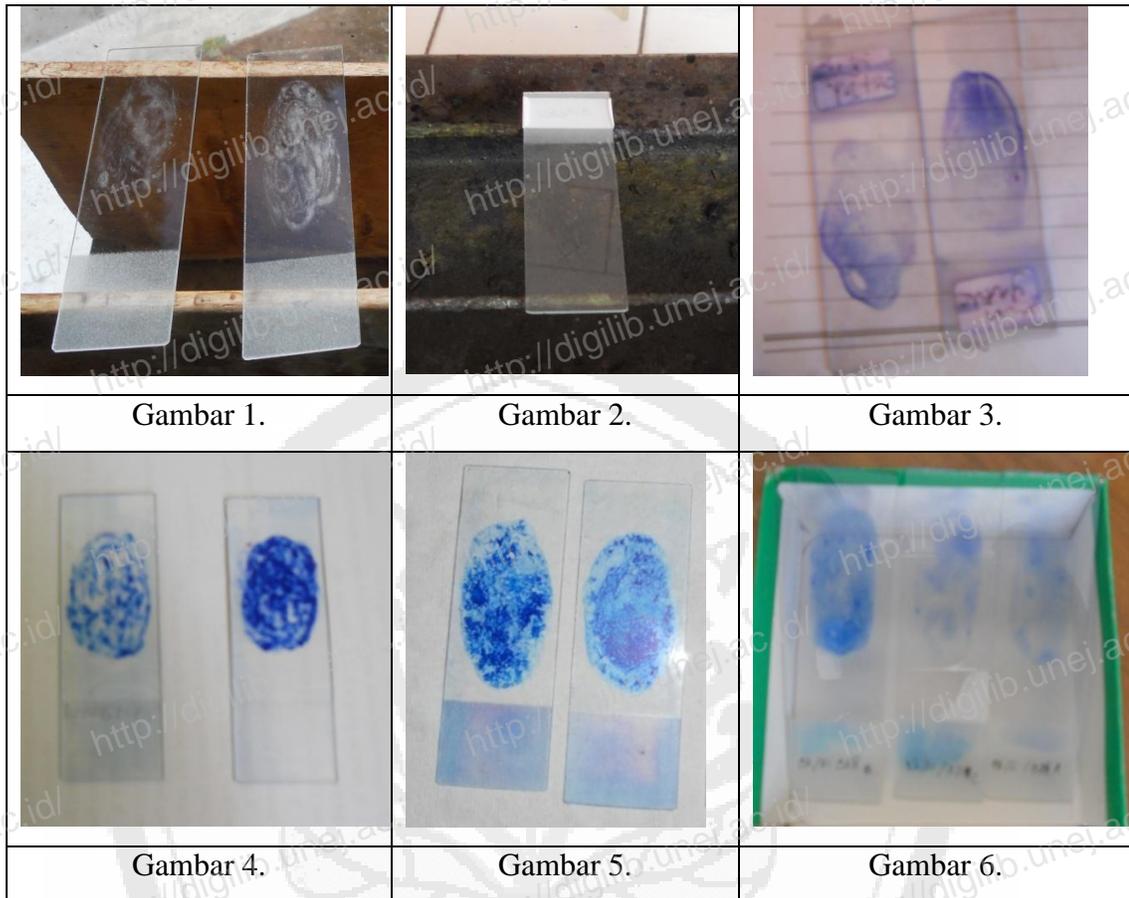
Pasien yang telah diambil dahaknya akan dicatat pada Form TB.06. Untuk pengisian buku daftar suspek seluruh puskesmas telah mengisi buku daftar suspek

dengan lengkap. Pengisian buku daftar suspek dengan lengkap dapat digunakan petugas untuk memantau jumlah penemuan suspek tiap bulan/3 bulan.

#### 4.2.4 Membuat sediaan hapus dahak

Pembuatan sediaan dahak di puskesmas PPM dan PRM dilakukan oleh petugas laboratorium. Menurut Departemen Kesehatan RI (2006) dalam buku panduan pemeriksaan mikroskopis terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan dalam pembuatan sediaan dahak yaitu: (1) satu kaca sediaan digunakan untuk untuk 1 spesimen dahak (2) terdapat nomor identitas pasien pada ujung kaca (3) spesimen dahak yang diambil adalah bagian yang purulen (4) berbentuk spiral-spiral kecil (5) pola 2x3 cm (6) pola tidak terlalu tebal/tipis. Berikut adalah contoh sediaan dahak yang dibuat puskesmas:





Gambar 4.1 Sediaan dahak

Dari gambar tersebut diatas dapat dilihat terdapat beberapa protap belum dilaksanakan yaitu:

1. Satu kaca sediaan telah digunakan untuk satu sediaan dahak (gambar 1,2,3,4,5,6).
2. Masih ditemukan slide yang belum diberi nomor urut sediaan (gambar 1,4 dan 5). Nomor urut sediaan dahak.kode identitas pada slide merupakan salah satu prosedur kerja yang harus dilakukan untuk menghindari slide tertukar.
3. Pola berbentuk apusan, tidak diratakan dengan spiral-spiral kecil (gambar 1,2,3,6).

4. Pola tidak berukuran 2x3 cm (gambar 2,3,6). Pembuatan pola dengan prosedur demikian bertujuan untuk mempermudah dalam proses pembacaan slide TB sehingga bakteri akan lebih mudah terlihat pada 100 lapang pandang.
5. Pola terlalu tebal/tipis (gambar 1,2,3,4,6)

Berikut disajikan tabel kategori pembuatan slide di puskesmas yaitu:

Tabel 4.5 Distribusi Pembuatan Sediaan Dahak di 12 Puskesmas Kabupaten Banyuwangi Tahun 2011

Kategori	n	%
Baik	1	8,30
Cukup	6	50,00
Kurang	5	41,67
Jumlah	12	100,00

Sumber: data primer (2012)

Beberapa kekurangan dalam hasil pembuatan slide yang tidak sesuai dengan petunjuk pembuatan seperti yang telah disebutkan diatas akan dapat mengakibatkan mempengaruhi kualitas sediaan dahak yang dihasilkan. Sehingga pada proses pembacaan dimungkinkan akan terjadi kesalahan pembacaan. Kesalahan tersebut akan menyebabkan kesalahan pembacaan yaitu negatif palsu seperti yang disebutkan dalam preparasi sediaan yang baik oleh Akiko Fujiki (tanpa tahun). Selain itu dalam penelitian Basri (2008), didapatkan hasil bahwa masih banyak petugas laboratorium pada puskesmas dengan *error rate* tinggi melakukan kesalahan mulai dari pengambilan sampel dahak sampai pembacaan hasil dibawah mikroskop. Maka dari itu untuk peningkatan pembuatan sediaan dahak yang baik perlu dilakukan penyegaran dalam pelatihan, supervisi, dan bimbingan intensif pada petugas.

#### 4.2.5 Mengirim dahak ke laboratorium dengan Form TB.05

Dalam buku pedoman penanggulangan tuberkulosis (2008), pengiriman sediaan dahak ke Laboratorium menggunakan form TB. 05 merupakan tugas pengelola program. Form tersebut berisi identitas pasien, nomor identitas sediaan, dan alasan pemeriksaan yang harus diisi oleh petugas pengelola program. Penggunaan form TB. 05 untuk mengirim dahak ke laboratorium disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.6 Distribusi penggunaan form TB. 05 untuk mengirim dahak ke laboratorium di 12 Puskesmas Kabupaten Banyuwangi

Kategori	n	%
Baik	3	25,00
Cukup	2	16,67
Kurang	3	25,00
Tidak menggunakan	4	33,33
Jumlah	12	100

Sumber: data primer, 2012

Dari tabel tersebut dapat dinyatakan bahwa sebagian besar puskesmas tidak menggunakan Form TB.05 untuk mengirimkan dahak ke laboratorium. Suspek diantarkan langsung ke Laboratorium atau dengan membawa kartu rawat jalan/kartu kunjungan dari BP. Penggunaan formulir TB. 05 ini pada program penanggulangan tuberkulosis mempunyai tujuan agar ada informasi yang sama antara pengirim (pengelola program/dokter) dan petugas laboratorium sehingga memudahkan dalam pemeriksaan dan pencatatan sesuai dengan kolom yang sudah tersedia. Dalam form tersebut terdapat kolom yang harus diisi oleh petugas laboratorium yaitu tampak visual dahak yang diperiksa. Namun pada puskesmas yang menggunakan form TB.05 secara rutin, kolom tersebut tidak diisi. Sehingga tidak dapat diketahui tampak visualisasi dahak dari suspek yang diperiksa. Apabila kolom tersebut diisi dengan benar maka akan dapat dilakukan evaluasi hasil dahak yang diperoleh dari pasien. Apabila perbandingan dahak yang didapat pasien lebih banyak air liur daripada dahak

mukopurulen maka berarti petunjuk dalam pengumpulan dahak yang diberikan oleh petugas belum dapat dimengerti pasien.

4.2.6 Mewarnai dan membaca sediaan dahak, mengirim balik hasil bacaan, mengisi buku register laboratorium (TB.04), menyimpan sediaan untuk di crosscheck Dalam penentuan identifikasi bakteri untuk melihat morfologi atau bentuk bakteri diperlukan suatu pewarnaan dengan menggunakan zat-zat warna yang telah ditentukan sesuai dengan metode masing-masing pewarnaan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh puskesmas menggunakan pewarnaan ziehl-neelsen untuk mewarnai sediaan dahak. Berikut hasil pewarnaan sediaan dahak di 12 puskesmas

Tabel 4.7 Distribusi Hasil Pewarnaan Sediaan dahak Puskesmas

Kategori	n	%
Baik	4	33,33
Cukup	7	58,33
Kurang	1	8,34
Jumlah	12	100

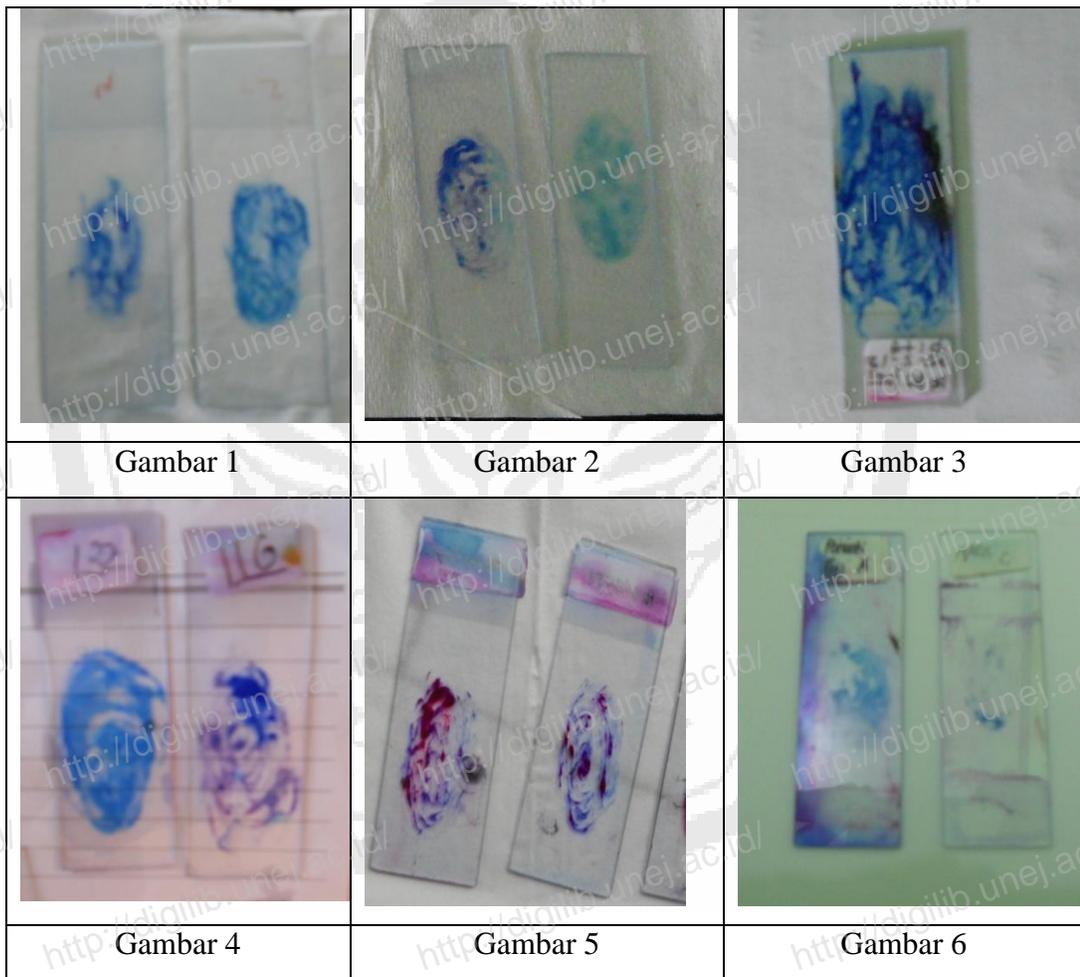
Sumber: data primer (2012)

Dari tabel tabel tersebut diatas dapat diketahui bahwa hasil pewarnaan sediaan dahak sebagian besar puskesmas dalam kategori cukup. Pewarnaan Ziehl Neelsen atau pewarnaan tahan asam memilahkan kelompok Mycobacterium dan Nocandia dengan bakteri lainnya. Kelompok bakteri ini disebut bakteri tahan asam karena dapat mempertahankan zat warna pertama (*carbol fuchsin*) sewaktu dicuci dengan larutan pemucat (alkohol asam). Larutan asam terlihat berwarna merah, sebaliknya pada bakteri yang tidak tahan asam karena larutan pemucat (alkohol asam) akan melakukan reaksi dengan *carbol fuchsin* dengan cepat, sehingga sel bakteri tidak berwarna (Lay, 1994).

*Mycobacterium tuberculosis* merupakan bakteri tahan asam. Yaitu bakteri yang mempertahankan zat warna *carbol fuchsin* meskipun dicuci dengan asam klorida dalam alkohol. Sediaan dahak (bakteri) pada preparat di siram dengan cairan

*carbol fuchsin* kemudian dipanaskan sampai keluar uap. Setelah itu, zat warna dicuci dengan asam alkohol dan diberi warna kontras (biru atau hijau). Dalam memberikan pemanasan tidak boleh terlalu lama karena akan meninggalkan kristal fuchsin yang mengganggu dalam pembacaan slide (Departemen Kesehatan RI, 2006).

Berikut disajikan gambar sediaan dahak yang telah diwarnai dari beberapa pukesmas:



Gambar 4.2 Sediaan dahak yang telah diwarnai

Bila dilihat dari hasil pewarnaan pada sediaan dahak tersebut dapat diidentifikasi sebagai berikut:

1. Pewarnaan tidak merata dan terlihat terkelupas (gambar 1,dan 6)

2. Pewarnaan terlalu tebal/telalu tipis (gambar 2, 3, 5,6)
3. Terdapat sisa-sisa zat warna *fuchsin* serta kristal yang dihasilkan dari pemanasan berlebih saat pewarnaan (gambar 3,5 dan 6)
4. Kurang dekolorisasi (gambar 2, 4b dan 5)

Dari hasil tersebut dapat mengindikasikan bahwa dalam pewarnaan yang dilakukan belum semua langkah sesuai protap yaitu misalnya pada pemanasan ditemui dua macam kesalahan yaitu pemanasan sediaan yang terlalu cepat sehingga warna tidak terdekolorisasi dengan baik dan pemanasan sediaan terlalu lama sehingga terbentuk kristal *fuchsin* pada sediaan.

Menurut Fujiki (tanpa tahun), pengaruh sediaan yang jelek dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.8 Pengaruh preparasi sediaan yang jelek terhadap kesalahan baca

Jenis penilaian	penyebab	Positif palsu (PP)	Negatif Palsu (NP)
Ukuran sediaan	- Terlalu besar - Telalu kecil		* *
Kerataan sediaan	- Tidak rata - Terkelupas		* *
Ketebalan sediaan	- terlalu tebal - Terlalu tipis		* *
Kebersihan sediaan	- Endapan Kristal - Terlalu tipis	* *	
Kualitas dahak	Air liur		*
Pewarnaan	- Pemanasan berlebihan - Waktu pemanasan - Dekolorisasi	* * *	*  *

Dari tabel tersebut diatas dapat diketahui bahwa pewarnaan dapat mengakibatkan kesalahan pembacaan berupa positif palsu. Dalam Departemen Kesehatan RI (2006), jenis kesalahan positif palsu merupakan bentuk kesalahan besar. Kesalahan positif palsu ini akan dapat menjadikan kesalahan dalam pemberian

pengobatan. Dimana orang yang tidak terkena TB didiagnosis dan diobati sebagai penderita TB. Tentu saja ini sangat merugikan bagi pasien maupun petugas.

Sediaan yang telah dilakukan pembacaan akan dicatat pada buku register laboratorium. Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh petugas laboratorium telah melakukan pencatatan pada buku register laboratorium (TB.04). Hasil yang telah dibaca akan dikirimkan kepada pengirim. Pengiriman hasil bacaan dilakukan oleh petugas laboratorium kepada pengelola program, kemudian apabila terdapat hal yang kurang jelas petugas pengelola program akan berdiskusi dengan dokter dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan. Sedangkan sediaan slide disimpan oleh petugas laboratorium untuk dilakukan *crosscheck* setiap tiga bulan sekali.

#### 4.2.7 Menegakkan diagnosis TB sesuai protap

Untuk menegakkan diagnosis TB diperlukan pemeriksaan laboratorium untuk menemukan bakteri BTA positif. Pemeriksaan tersebut dilakukan dengan pemeriksaan dahak. Pemeriksaan lain yang digunakan untuk menegakkan diagnosis TB yaitu misalnya pemeriksaan kultur. Namun pemeriksaan tersebut terlalu mahal dan memerlukan waktu yang lama. Sedangkan pemeriksaan BTA melalui dahak relatif lebih murah dan cepat dan menghasilkan keakuratan yang relatif sama dengan pemeriksaan kultur (Departemen Kesehatan RI, 2008).

Hasil dari penelitian ditemukan bahwa mayoritas puskesmas menegakkan diagnosis tuberkulosis protap dengan pemeriksaan dahak. Apabila ditemukan di temukan BTA positif minimal pada 2 sediaan dahak maka akan ditetapkan sebagai penderita tuberkulosis dan dilakukan pengobatan. Apabila hanya ditemukan satu sediaan yang positif maka akan dilakukan foto *rontgen* atau pemeriksaan dahak ulang. Tetapi bila tidak ditemukan BTA positif pada ketiga sediaan akan diberikan obat non-OAT. Diagnosis TB Paru pada orang dewasa ditegakkan dengan ditemukannya kuman TB (BTA). Pada program TB nasional, penemuan BTA melalui pemeriksaan dahak mikroskopis merupakan diagnosis utama. Pemeriksaan lain seperti foto toraks, biakan dan uji kepekaan dapat digunakan sebagai penunjang

diagnosis sepanjang sesuai dengan indikasinya (Departemen Kesehatan RI, 2008). Penegakkan diagnosis TB dengan pemeriksaan dahak merupakan cara yang efektif. Penegakkan diagnosis ini dilakukan oleh pengelola program dengan persetujuan dokter di puskesmas. Keterbatasan dalam melakukan diagnosis diakui oleh dokter yang juga merangkap sebagai kepala puskesmas. Sehingga penegakkan diagnosis dilakukan oleh pengelola program. Hal ini dikarenakan dokter maupun pengelola program TB telah ada asumsi yang sama antara pengelola program dan dokter yang telah mendapatkan pelatihan untuk penegakkan diagnosis TB secara akurat.

#### 4.2.8 Membuat klasifikasi/tipe penderita

Membuat klasifikasi penderita diartikan sebagai menggolongkan penderita yang didapatkan berdasarkan organ yang terkena dan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh puskesmas telah menentukan klasifikasi dan tipe penderita. Klasifikasi dan tipe penderita ini dibuat untuk menentukan pengobatan yang sesuai. Klasifikasi dan tipe penderita ini ditentukan oleh dokter/pengelola program setelah pemeriksaan dahak. Penentuan klasifikasi paru/ekstra paru ditentukan berdasarkan hasil pemeriksaan dan foto *rontgen*. Foto *rontgen* di puskesmas umumnya dilakukan dengan melakukan rujukan pada puskesmas yang mempunyai fasilitas *rontgen* atau pada rumah sakit terdekat. Untuk penentuan tipe penderita, petugas melakukan wawancara kepada penderita mengenai riwayat pengobatan sebelumnya. Apabila belum mendapatkan pengobatan akan digolongkan sebagai penderita baru. Kendala ditemui apabila pasien sudah berusia lanjut dan tidak mengetahui riwayat pengobatan sebelumnya. Usaha yang dilakukan petugas yaitu dengan memanggil keluarga terdekat pasien. Menentukan klasifikasi dan tipe penderita mempunyai manfaat dan tujuan. Manfaat dan tujuan tersebut dalam Departemen Kesehatan RI (2008) adalah menentukan paduan pengobatan yang sesuai, registrasi kasus secara benar, menentukan prioritas pengobatan TB BTA positif, analisis kohort hasil pengobatan.

#### 4.2.9 Mengisi kartu penderita (Form TB.01) dan kartu identitas penderita (TB.02)

Pengisian kartu penderita dan kartu identitas penderita dilakukan saat penderita telah didiagnosis sebagai penderita tuberkulosis. Kartu penderita berisi nama penderita, alamat rumah, dan nomor telpon yang bisa dihubungi dan lain sebagainya. Pengisian kartu penderita dengan lengkap bertujuan agar diperoleh informasi secara jelas tentang identitas penderita, dan petugas dapat melakukan kunjungan rumah/pelacakan saat penderita mangkir.

Tabel 4.9 Pengisian kartu penderita (Form TB.01) dan kartu identitas penderita (TB.02)

Kategori	n	%
Mengisi dengan lengkap	12	100
Mengisi tidak lengkap	0	0
Tidak melakukan pengisian	0	0
Jumlah	12	100

Sumber: data primer (2012)

Dari tabel tersebut dapat diketahui bahwa pengisian kartu penderita telah dilakukan secara lengkap pada seluruh puskesmas. pencatatan yang kurang umumnya ditemukan pada kolom rujukan, riwayat pengobatan sebelumnya, klasifikasi penderita dan nomor telepon. Selain itu masih ditemukan puskesmas yang menggunakan kartu pengobatan dengan format lama sehingga tidak ditemukan adanya pencatatan nomor HP pasien. Pengisian yang lengkap memudahkan petugas dalam memonitoring penderita. Apabila terjadi penderita mangkir/DO petugas dapat melacak pasien kerumahnya atau dapat menghubungi nomor telepon yang terdapat pada Form TB.01, sehingga kelanjutan pengobatan pasien tetap berlangsung berikut adalah beberapa contoh pengisian TB.01 antara lain:

Gambar 4.3 Form TB.01 yang telah diisi

#### 4.2.10 Memeriksa kontak terutama kontak dengan penderita TB BTA Positif

Sumber penularan adalah penderita dengan TB BTA positif, yang dapat menularkan TB kepada orang disekelilingnya, terutama kontak erat. Pada waktu batuk atau bersin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk *droplet nuclei* (percikan dahak). Sekali batuk dapat dikeluarkan 3000 droplet. Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Resiko tertular tergantung dari tingkat pajanan dengan percikan dahak. Pasien TB paru dengan BTA positif memberikan kemungkinan resiko penularan lebih besar dari pasien TB paru dengan BTA negatif.

Dalam SPC (2010) menyebutkan bahwa TB menular melalui udara dari pasien menular kepada orang-orang dalam jarak dekat (yaitu kontak). Setelah kontak

dengan kasus menular, 1-2% kontak akan mengembangkan TB, sepertiga akan terinfeksi TB (tetapi tidak akan mengalami TB) dan dua pertiga akan tetap tidak terinfeksi. Dari ketiga orang yang terinfeksi, 5-10% akan mengembangkan penyakit TB pada tahap tertentu selama hidup mereka dan beberapa orang lebih mungkin mengembangkan TB daripada yang lain.

Pemeriksaan kontak terutama kontak dengan penderita TB BTA positif biasa disebut petugas sebagai *contact tracing*. *contact tracing* atau pelacakan kontak adalah komponen penting dari penanggulangan tuberkulosis. *Contact racing* dilaksanakan dengan petugas mendatangi rumah pasien untuk melakukan observasi sumber penularan dari pasien atau keluarga yang mempunyai kontak erat dengan pasien yang mungkin tertular. Pemeriksaan kontak terutama kontak dengan penderita TB BTA positif yang dilakukan petugas terdapat dua macam cara yaitu:

1. Petugas mendata nama-nama keluarga pasien, kemudian menanyakan apakah ada dari nama-nama tersebut ada yang mempunyai gejala yang sama, apabila ada maka keluarga dianjurkan untuk datang ke puskesmas untuk dilakukan pemeriksaan.
2. Petugas mendatangi rumah pasien untuk dilakukan observasi dan wawancara terhadap keluarga pasien. Kemudian apabila ditemukan gejala petugas akan meminta untuk datang ke puskesmas untuk dilakukan pemeriksaan.

Tidak ada format khusus dalam pelaksanaan *contact tracing*, sehingga beberapa petugas menggunakan menggunakan dokumen askep sebagai bukti bahwa telah melakukan *contact racing* atau dengan format sendiri untuk melaporkan kepada kepala puskesmas. Apabila ada keluarga pasien yang melakukan pemeriksaan maka hasil pemeriksaan dicatat pada form TB.01 kolom pemeriksaan kontak serumah. Dari hasil *contact tracing* umumnya tidak semua keluarga yang tinggal dengan pasien mempunyai gejala yang sama atau mempunyai BTA positif. Hal ini sesuai dengan penelitian Andhika Kesuma Putra (2010) yang menyebutkan bahwa walaupun anggota keluarga tinggal serumah dengan penderita TB paru BTA positif, tetapi untuk menjadi sakit tidaklah mudah. Terutama pada orang dewasa yang dilakukan

pemeriksaan pewarnaan langsung sputum BTA, sebanyak 78 orang yang diperiksa tidak dijumpai BTA. Namun pada anak bawah lima tahun didapati 3 dari 4 anak yang menunjukkan hasil baca tes tuberkulin dengan diameter lebih dari 10 mm. Untuk itu dalam melakukan *contact tracing* petugas perlu memberikan perhatian khusus apabila pada rumah pasien terdapat anak-anak.

#### 4.2.11 Memantau jumlah suspek yang diperiksa dan memantau jumlah penderita TB yang ditemukan

Hasil penelitian bahwa seluruh puskesmas melakukan memantau jumlah suspek yang diperiksa dan memantau jumlah penderita TB yang ditemukan. Pemantauan diartikan sebagai mengetahui perkembangan jumlah suspek yang diperiksa dan memantau jumlah penderita TB yang ditemukan. Pemantauan dilaksanakan oleh petugas pengelola program dengan melihat catatan tentang jumlah suspek (form TB. 06) dan jumlah penderita TB yang telah ditemukan dan diobati (form TB.01). Dengan dilakukan pencatatan secara lengkap pada form tersebut akan memudahkan dalam melakukan pemantauan. Hasil pemantauan yang dilakukan akan dilaporkan dalam rapat bulanan di puskesmas dan setiap 3 bulan sekali dilaporkan pada kabupaten.

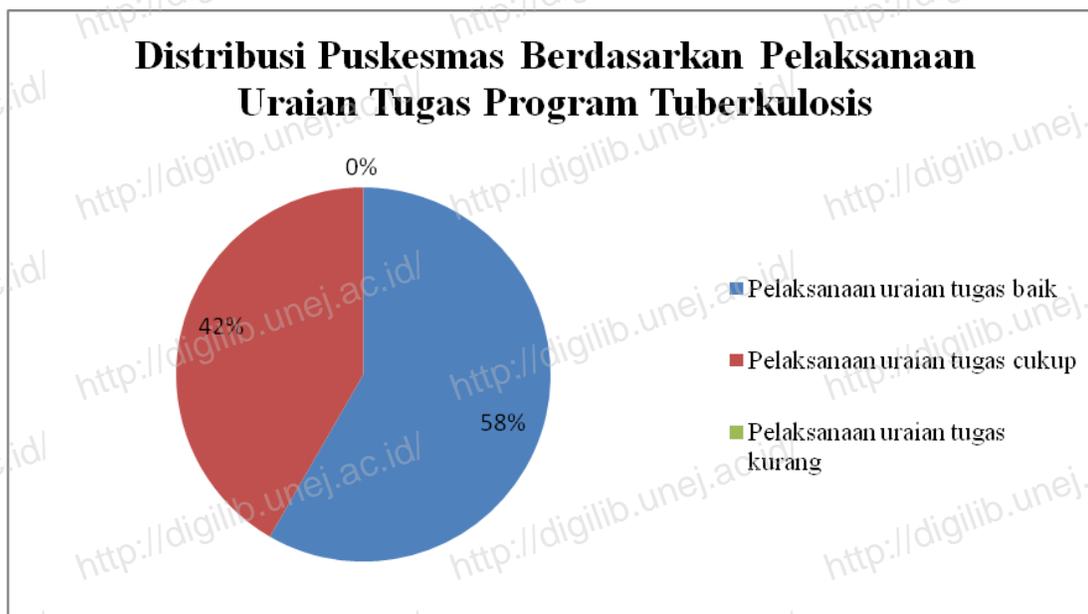
Dalam Departemen Kesehatan RI (2008), terdapat hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menyusun rencana pemantauan dan evaluasi meliputi jenis-jenis kegiatan dan indikator, cara pemantauan, pelaksana (siapa yang memantau), waktu dan frekuensi pemantauan (bulanan/triwulan/tahunan), rencana tindak lanjut hasil pemantauan dan evaluasi.

Dalam memantau jumlah suspek yang diperiksa dan memantau jumlah penderita TB yang ditemukan terdapat indikator yang diperhatikan yaitu angka penjarangan suspek dan angka penemuan kasus. Angka ini merupakan indikator nasional dalam program penanggulangan tuberkulosis. Hasil pemantauan pada masing-masing indikator tersebut akan dirundingkan pada rapat bulanan untuk

menentukan rencana tindak lanjut yang akan diambil oleh puskesmas dalam upaya penemuan penderita baru tuberkulosis paru.

#### **4.3 Analisis Pelaksanaan Uraian Tugas program TB di Puskesmas Dalam Upaya Penemuan Penderita Baru Tuberkulosis Paru Terhadap Pencapaian CDR Puskesmas Kabupaten Banyuwangi tahun 2011**

Dari hasil pelaksanaan uraian tugas program TB yang terdiri dari memberikan penyuluhan tentang TB kepada masyarakat umum, menjangring suspek (penderita tersangka) TB, mengumpulkan dahak dan mengisi buku daftar suspek Form TB.06, membuat sediaan hapus dahak, mengirim sediaan hapus dahak ke laboratorium dengan Form TB.05, mewarnai dan membaca sediaan dahak, mengirim balik hasil bacaan, mengisi buku register laboratorium (TB.04), menyimpan sediaan untuk di crosscheck, menegakkan diagnosis TB sesuai protap, membuat klasifikasi/type penderita, mengisi kartu penderita (Form TB.01) dan kartu identitas penderita (TB.02), memeriksa kontak terutama kontak dengan penderita TB BTA Positif, serta memantau jumlah suspek yang diperiksa dan jumlah penderita TB yang ditemukan dilakukan skoring. Hasil skoring digunakan untuk menentukan hasil pelaksanaan uraian tugas puskesmas. Dari hasil skoring tabel 4.11 ditemukan 7 puskesmas dengan pelaksanaan uraian tugas baik dan 5 puskesmas dengan pelaksanaan uraian tugas cukup yang disajikan pada diagram berikut:



Sumber : data primer (2012)

Gambar 4.4 Grafik Puskesmas Berdasarkan Pelaksanaan Uraian Tugas Program Tuberkulosis.

Dari pelaksanaan uraian tugas yang telah sesuai dengan pedoman penanggulangan tuberkulosis dalam upaya menemukan penderita baru, seharusnya puskesmas sudah dapat mencapai target CDR namun tidak terjadi demikian. Beberapa hal yang dapat diindikasikan perlu peningkatan atau modifikasi untuk tercapainya target CDR puskesmas pada 7 puskesmas dengan pelaksanaan uraian tugas baik yang tersaji dalam tabel berikut:

Tabel 4.10 Distribusi pelaksanaan uraian tugas dalam upaya pencapaian target CDR puskesmas Tahun 2011

Inisial Puskesmas	Jumlah penduduk	Penyuluhan khusus TB	Penjaringan suspek	Pengambilan sedian dahak purulen	Pemeriksaan <i>contact tracing</i>	Proporsi CDR terhadap suspek
Puskesmas 1	54.945	2 kali	Baik	Cukup	Ya	Longgar
Puskesmas 3	45.231	1 kali	Kurang	Baik	Ya	Longgar
Puskesmas 5	28.262	0 kali	Kurang	Baik	Ya	Longgar
Puskesmas 6	30.539	1 kali	Kurang	Baik	Ya	Ketat
Puskesmas 8	45.916	2 kali	Kurang	Cukup	Ya	Longgar
Puskesmas 9	28.903	2 kali	Kurang	Cukup	Ya	Ketat
Puskesmas 10	20.770	2 kali	Kurang	Cukup	Ya	Longgar

Sumber: data primer (2012) dan data sekunder Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi (2012)

Dari tabel tersebut diatas terlihat bahwa mayoritas puskesmas telah memberikan penyuluhan khusus TB. Bila dilihat dari jumlah pemberian penyuluhan pada masing-masing puskesmas terdapat puskesmas 1, 8, 9, 10 yang telah memberikan penyuluhan khusus TB sebanyak 2 kali dalam setahun namun dengan hasil penjaringan suspek yang berbeda padahal pada pengambilan dahak dan pemeriksaan *contact racing* telah dilakukan.

Puskesmas 1 dengan memberikan penyuluhan sebanyak 2 kali dalam setahun seperti puskesmas 8,9,10 namun dapat melakukan penjaringan dengan baik. Dari hasil wawancara yang dilakukan pada petugas pengelola program didapat bahwa pada Puskesmas 1, pelaksanaan penyuluhan TB dilakukan 2 kali di aula kecamatan dengan mengundang masyarakat dan tokoh masyarakat. Sedikit berbeda dengan puskesmas 8, 9 dan 10 yang mengadakan penyuluhan di aula puskesmas. Pemberian penyuluhan yang berada di kecamatan ini memudahkan para tokoh masyarakat terutama tokoh masyarakat yang berada di kecamatan untuk hadir pada kegiatan penyuluhan TB, mengingat umumnya para tokoh masyarakat ini mempunyai banyak kegiatan dan terkadang sulit untuk hadir didalam suatu pertemuan. Pemberian informasi tentang

TB dari tokoh masyarakat atau tokoh agama dilingkungannya dapat mempengaruhi perilaku masyarakat lebih cepat karena tokoh masyarakat atau tokoh agama ini dianggap lebih memahami karakteristik masyarakat sekitar dan merupakan tokoh panutan dilingkungannya. Notoadmodjo (2007) menyebutkan bahwa terdapat tiga faktor utama yang mempengaruhi perubahan perilaku yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat. Tokoh panutan termasuk dalam faktor penguat dalam perubahan perilaku masyarakat yaitu dalam hal ini peningkatan kesadaran masyarakat untuk memeriksakan diri dan memilih puskesmas sebagai tempat pertama untuk berobat saat sakit TB. Lawrence Green dalam Notoadmodjo (2007) menyatakan bahwa faktor penguat dalam perubahan perilaku meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat (TOMA), tokoh agama (TOGA), sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan.

Pemberian penyuluhan merupakan bentuk pemberian informasi yang dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat. Dengan jumlah penduduk pada masing-masing Puskesmas yang lebih dari 20.000 seperti yang terlihat pada tabel 4.10 diatas. Pemberian penyuluhan yang hanya 1-2 kali dalam setahun belum dapat menjangkau seluruh masyarakat pada masing-masing desa pada puskesmas. Selain pada aula kecamatan, pada puskesmas 1 pemberian penyuluhan khusus TB juga diberikan oleh bidan-bidan saat posyandu. Profesi pengelola program sebagai seorang bidan memudahkan petugas untuk berkerjasama dengan bidan desa untuk memberikan penyuluhan. Pemberian penyuluhan TB pada saat posyandu ini yaitu dijadwalkan setiap awal bulan pada minggu pertama dan kedua. Muninjaya (2004) mengungkapkan bahwa penyuluhan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik belajar atau instruksi dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia baik secara individu, kelompok maupun masyarakat untuk meningkatkan kesadaran akan nilai kesehatan sehingga dengan sadar mau mengubah perilakunya menjadi perilaku sehat. Pemberian informasi secara berkala dan terus menerus akan membentuk kesadaran dari masyarakat untuk datang ke puskesmas. Sehingga pemberian penyuluhan TB

yang diberikan secara merata pada masing-masing desa ini secara tidak langsung dapat menjadi sumber informasi yang mendorong masyarakat untuk memeriksakan diri saat sakit.

Berdasarkan hal tersebut kegiatan penyuluhan TB harus ditambahkan frekwensinya sehingga informasi tentang TB dapat tersebar pada merata pada masing-masing desa. Dalam melakukan penyuluhan perlu diupayakan agar penduduk dari masing-masing desa dapat tercakup. Penambahan jumlah tokoh masyarakat juga perlu dalam kegiatan penyuluhan. Penambahan dalam jumlah tokoh agama dan tokoh masyarakat akan meningkatkan kesadaran masyarakat dalam melakukan pemeriksaan TB karena semakin banyak jumlah tokoh panutan yang diberikan penyuluhan TB maka akan semakin mempermudah dalam penyebaran informasi tentang TB. Peran tokoh panutan terhadap perilaku masyarakat sesuai dengan teori ahli WHO dalam Setiyorini (2009) bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku karena adanya empat alasan pokok yaitu pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*), orang-orang penting sebagai referensi (guru, alim ulama, kepala adat (suku), kepala desa dan sebagainya), sumber daya (*resources*) dan kebudayaan.

Penyuluhan tentang TB ke masyarakat umum secara berkala dapat menjadi sumber informasi masyarakat untuk menjadikan tempat untuk melakukan pemeriksaan dengan gejala-gejala yang mengarah pada tuberkulosis. Pasien yang datang ke puskesmas dengan gejala TB dapat ditetapkan sebagai suspek. Hasil penelitian didapatkan penjarangan suspek dilakukan seluruh puskesmas dengan cara pasif yaitu dengan menunggu pasien datang ke puskesmas. Kriteria penjarangan yang ditetapkan yaitu batuk 2-3 minggu. Penjarangan suspek belum maksimal, karena hanya mengandalkan penemuan secara pasif tanpa dibantu dengan promosi yang aktif pada merata beberapa puskesmas. Penjarangan suspek yang dilakukan secara pasif memberikan keterbatasan pada petugas untuk menemukan suspek karena hanya menunggu keinginan masyarakat untuk memeriksakan sakitnya ke puskesmas. Hal ini terlihat pada tabel 4.10 hanya ditemui satu puskesmas yang dapat menjaring suspek dengan baik.

Dalam Departemen Kesehatan RI (2008) disebutkan bahwa penemuan penderita dalam program penanggulangan tuberkulosis dengan *passive case finding*. Penemuan dengan cara pasif ini bertujuan agar pasien datang ke puskesmas dengan kesadaran sendiri untuk menghindari *drop out* pada pasien yang telah mendapat pengobatan dan angka kesembuhanpun tercapai. Seperti yang disebutkan dalam data Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi (2012), angka kesembuhan dalam tiga tahun terakhir ini selalu mencapai target yang ditentukan yaitu sebesar 85% dan pada tahun 2011 angka kesembuhan penderita tuberkulosis paru BTA positif telah mencapai angka 89%. Sehingga diperlukan suatu alternatif program untuk mendukung penjangkaran dalam upaya penemuan penderita tuberkulosis paru.

Alternatif program penanggulangan TB yaitu penemuan penderita TB paru secara aktif di masyarakat sangat diperlukan. Alternatif program penanggulangan TB paru adalah DOTS dengan *active case finding* dengan melibatkan peran serta masyarakat. Program *active case finding* adalah cara menjangkarkan penderita TB Paru dengan melibatkan peran kader masyarakat yaitu kader Posyandu. Kader Posyandu di masing-masing wilayah diberikan pendidikan kesehatan mengenai TB paru yang selanjutnya secara aktif mencari, memotivasi dan melakukan supervisi terhadap pengawas menelan obat/PMO. Dengan pengetahuan yang telah didapat kader Posyandu diharapkan dapat mengenali tanda dan gejala dini dari TB paru untuk segera diobati di unit pelayanan kesehatan (UPK) terdekat. Kerjasama yang baik antara petugas kesehatan dan kader Posyandu tersebut dapat menunjang keberhasilan program *active case finding* (Efendi dan Cahyadi, 2005).

Kelebihan dari *active case finding* adalah dapat menemukan secara tepat dan cepat penderita TB paru di masyarakat yang enggan berobat. Mereka dapat terjaring oleh kader posyandu yang kemudian di *follow up* supaya mereka bersedia memeriksakan diri ke UPK. Pemanfaatan strategi DOTS secara *active case finding* berbasis masyarakat ini diharapkan dapat meningkatkan cakupan DOTS sehingga lebih banyak penderita yang ditangani, mencegah terjadinya penularan dan dampak lebih lanjut akibat TB (Efendi dan Cahyadi, 2005).

Suspek yang telah ditemukan kemudian akan dilakukan pengambilan dahak untuk pemeriksaan BTA. Seperti yang tercantum pada tabel 4.10, pengambilan dahak pada puskesmas yang telah memberikan penyuluhan TB sebanyak 2 kali adalah dalam kategori cukup sedangkan pada puskesmas 3, 5, 6 yang memberikan penyuluhan kurang dari 2 kali selama setahun dalam kategori baik. Pengambilan dahak dilakukan dengan cukup artinya jumlah perbandingan dahak purulen yang didapat dari pasien sebesar antara 60-55% dan masih ditemukan dahak yang berupa air liur yang dibuat untuk sediaan dahak. Dan petugas tetap membuat sediaan dahak yang berupa air liur.

Hasil penelitian penelitian Kalma (2010) menyebutkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara pemeriksaan mikroskopis BTA dengan spesimen dahak dan spesimen air liur (saliva). Diagnosis tuberkulosis paru dengan menggunakan spesimen dahak lebih teliti dibandingkan dengan saliva. Sehingga pengumpulan dahak yang belum dapat seluruhnya baik dapat menjadi salah satu penyebab penemuan BTA positif yang belum mencapai target. Pengambilan dahak yang baik ditentukan dari kualitas batuk yang dilakukan (Pranowo, 2009). Penelitian tersebut menyebutkan bahwa ada perbedaan yang bermakna setelah suspek diberikan pelatihan tentang bagaimanapun cara batuk yang efektif. Sehingga untuk mendapatkan dahak yang purulen petugas perlu memberikan pelatihan tentang cara bagaimana batuk yang efektif tidak hanya memberikan pengetahuan tentang cara pengeluaran dahak tetapi juga menunjukkan bagaimanapun cara batuk yang efektif agar dahak yang dikeluarkan dapat maksimal dan mendukung penemuan penderita baru tuberkulosis paru BTA positif. Selanjutnya dalam membuat sediaan dahakpun petugas perlu memperhatikan protap dalam pembuatan sediaan dahak. Dalam Departemen Kesehatan RI (2006), dahak yang diambil dalam pembuatan sediaan dahak adalah bagian dahak yang purulen. Dari hasil observasi penelitian masih ditemui petugas yang tidak mengambil bagian dahak yang purulen dari dahak. Sehingga dengan kata lain pembuatan sediaan yang baik dapat menentukan ada tidaknya maupun

banyaknya jumlah bakteri yang akan dibaca. Jenis pemeriksaan/diagnostik dengan kesahihan pembacaan hasil sangat tergantung pada kondisi dahak yang diperiksa, teknik pembuatan slide BTA dan teknik pembacaan slide BTA (Riskasdas, 2010).

Selain dengan pemberian penyuluhan TB, upaya penemuan penderita juga dapat dilakukan dengan cara memeriksa kontak terutama kontak dengan BTA positif. Pemeriksaan kontak terutama kontak dengan penderita BTA positif ini disebut sebagai *contact tracing*. Yaitu dilakukan dengan cara mendatangi rumah pasien dan melakukan penelusuran terhadap sumber penularan dan penularannya terhadap orang-orang terdekat. Cara ini merupakan penemuan penderita dengan cara aktif selektif

Memeriksa kontak terutama kontak BTA positif telah dilakukan oleh seluruh puskesmas. Namun ternyata pemeriksaan kontak (*contact tracing*) ini dilakukan dengan cara yang berbeda. Puskesmas 1, 3, 6, dan 8 telah melaksanakan pemeriksaan kontak dengan cara mendatangi rumah pasien dengan disertai dokumen saat melakukan kunjungan. Dalam hal ini puskesmas melakukan *contact tracing* dengan menggunakan dokumen askep dan atau bersama dengan petugas PSN mengunjungi rumah penderita dan melakukan penelusuran dan wawancara kepada keluarga penderita. Pada teori konseptual sehat-sakit, keluarga merupakan orang terdekat dari seseorang yang menderita penyakit TB atau dalam keadaan sakit. keluarga merupakan salah satu indikator dalam masyarakat baik masyarakat sehat atau sakit (Effendi, 1998). Penularan TB terjadi karena lama paparan kontak dengan pasien. Semua petugas yang melayani pasien TB harus memastikan bahwa individu yang punya kontak dengan pasien TB harus dievaluasi (terutama anak usia dibawah 5 tahun dan penyandang HIV) Pada semua anak, terutama balita yang tinggal serumah atau kontak erat dengan penderita TB dengan BTA positif, perlu dilakukan pemeriksaan menggunakan sistem skoring. Bila hasil evaluasi dengan skoring sistem didapat skor < 5, kepada anak tersebut diberikan isoniazid (INH) dengan dosis 5 – 10 mg/kg BB/hari selama 6 bulan. Bila anak tersebut belum pernah mendapat imunisasi BCG, imunisasi BCG dilakukan setelah pengobatan pencegahan selesai (Departemen Kesehatan RI, 2007). Dengan melakukan penelusuran tersebut petugas

mengidentifikasi hal-hal apa saja yang menyebabkan TB dapat menular sekaligus menelusuri penularannya. Untuk puskesmas yang belum melakukan pemeriksaan kontak dengan dokumentasi, puskesmas dapat melakukan kolaborasi dengan petugas PSN seperti puskesmas yang telah melaksanakan untuk melakukan inspeksi sanitasi ke rumah penderita dan lingkungan rumah penderita tuberkulosis BTA positif. Dan di upayakan pemeriksaan *contact tracing* dapat dilakukan pada seluruh pasien dengan BTA positif. Cara ini merupakan suatu cara untuk memantau faktor resiko terhadap penyakit tuberkulosis. Untuk mencegah dan mengurangi penularan penyakit tuberkulosis, maka faktor resiko yang terdapat di masyarakat harus diminimalkan).

Dari hasil proporsi penemuan penderita baru BTA positif diantara suspek pada masing-masing puskesmas sebagian besar adalah longgar. Proporsi pasien TB BTA positif diantara suspek adalah persentase pasien BTA positif yang ditemukan diantara seluruh suspek yang diperiksa dahaknya. Angka ini sekitar 5 - 15%. Bila angka ini terlalu kecil ( $< 5\%$ ) berarti penjarangan terlalu longgar dan bila angka ini terlalu besar ( $> 15\%$ ) berarti penjarangan terlalu ketat (Departemen Kesehatan RI, 2007). Dari hasil pada setiap puskesmas yang telah memberikan penyuluhan, melakukan penjarangan suspek, dan pemeriksaan *contact racing* namun ternyata pada proporsi angka penemuan penderita baru BTA positif diantara suspek baik pada puskesmas dengan penjarangan suspek baik/kurang, pengambilan dahak baik/kurang, melakukan *contact racing* namun angka penemuan penderita baru BTA positif diantara suspek masih terlalu longgar (5 Puskesmas) dan Terlalu ketat (2 Puskesmas). Angka ini menggambarkan mutu dari proses penemuan sampai diagnosis pasien, serta kepekaan menetapkan kriteria suspek (Departemen Kesehatan RI, 2008). Belum tercapainya angka ini menunjukkan belum baiknya mutu dari proses penemuan sampai diagnosis pasien, serta kepekaan menetapkan kriteria suspek.

Selain hal tersebut diatas, ditemukan bahwa jumlah semua kasus TB yang besar. Kasus tersebut adalah kasus BTA negatif dengan *rontgen* positif (Departemen Kesehatan RI, 2007). Hal ini berarti pasien yang datang ke Puskesmas adalah pasien yang telah terpapar pengobatan sebelum ditemukan oleh puskesmas (Antoni S., dkk.,

2009) sehingga BTA positif tidak lagi ditemukan dalam pemeriksaan BTA sehingga tidak tercakup dalam pelaporan CDR.

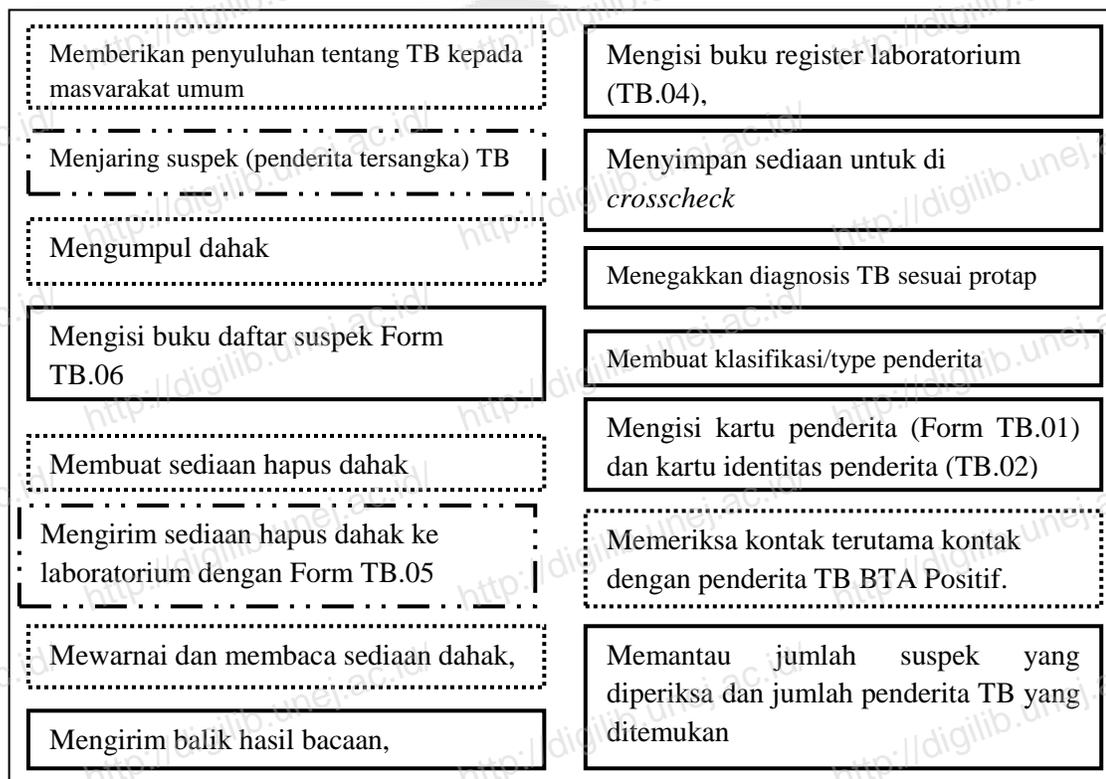
Berdasarkan hasil wawancara petugas menyatakan kebanyakan dari pasien yang datang adalah pasien yang telah dilakukan pengobatan sebelumnya. Pasien lebih memilih untuk datang ke Rumah Sakit swasta atau dokter swasta karena dianggap penyakit paru merupakan penyakit yang parah dan pelayanan dari rumah sakit swasta dan dokter praktik swasta yang lebih nyaman dan lebih cepat. Hal ini menunjukkan belum terciptanya kemitraan yang baik antara puskesmas dengan pelayanan kesehatan swasta. Mengingat besar dan luasnya masalah TB, maka penanggulangan TB harus dilakukan melalui kemitraan dengan berbagai sektor baik pemerintah, swasta maupun lembaga masyarakat. Hal ini sangat penting untuk mendukung keberhasilan program dalam melakukan ekspansi maupun kesinambungannya (Departemen Kesehatan RI, 2006).

Hal ini juga sesuai dengan penelitian Antoni S., dkk (2009), yang menyebutkan bahwa berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa kemitraan antara puskesmas dengan praktisi swasta dalam hal ini dokter praktik swasta, bidan praktik swasta, perawat praktik swasta dan organisasi profesi kesehatan dalam program penanggulangan tuberkulosis belum berjalan dengan baik. Hal ini tercermin dari tidak adanya nota kesepakatan antara puskesmas dengan praktisi swasta sehingga masing-masing pihak belum memiliki peran yang jelas. Kemitraan baru dilakukan secara lisan tanpa adanya kesepakatan secara tertulis. Mengingat beban masalah penyakit tuberkulosis yang tinggi serta keterbatasan sektor pemerintah maka kemitraan dengan praktisi swasta sangat diperlukan agar program penanggulangan tuberkulosis terus berlanjut. Kemitraan dengan praktisi swasta dalam program penanggulangan tuberkulosis jika terlaksana dengan baik akan mampu meningkatkan penemuan penderita tuberkulosis serta dapat melaksanakan pengobatan berdasarkan strategi DOTS. Perlunya di terapkan suatu kebijakan yang bersifat bottom up dalam penemuan suspek tuberkulosis di puskesmas yang sesuai dengan kondisi masing-

masing puskesmas dengan meningkatkan peran Wasor TB kabupaten dalam melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan program penanggulangan tuberkulosis.

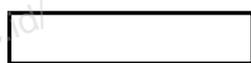
#### 4.4 Bagan Hasil Penelitian

Dalam bagan berikut disajikan ringkasan hasil penelitian untuk memudahkan pembaca dalam memahami isi hasil penelitian:



Gambar 4.5 Bagan hasil penelitian pelaksanaan uraian tugas program tuberkulosis di puskesmas dalam upaya penemuan penderita baru tuberkulosis paru

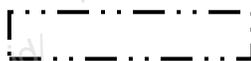
Keterangan:



= Pelaksanaan Baik



= Pelaksanaan Cukup Baik



= Pelaksanaan Kurang Baik

#### 4.5 Keterbatasan Penelitian

Dari hasil penelitian ini yang telah dilakukan tidak lepas dari beberapa keterbatasan antara lain:

- a. Deskripsi yang dibuat oleh peneliti didasarkan pada jawaban responden sehingga tergantung dari kesesuaian antara jawaban masing-masing responden. Usaha yang telah dilakukan untuk mengurangi keterbatasan meng*crosscheck* jawaban dari masing-masing petugas pada satu puskesmas tersebut dan mencari bukti fisik bila ada.
- b. Instrument yang dibuat kemungkinan belum mendetail karena instrument dibuat sendiri oleh peneliti disesuaikan dengan buku pedoman penanggulangan tuberkulosis tahun 2008 dan buku-buku terkait.
- c. Peneliti belum dapat menjelaskan secara lebih mendalam dan terperinci tentang penyebab cakupan CDR puskesmas yang belum tercapai meskipun telah terdapat perbedaan pada pelaksanaan beberapa uraian tugas. Hal ini dikarenakan peneliti membatasi penelitian hanya pada studi deskriptif, sehingga kurang mendalam dan terperinci dalam menjelaskan penyebab yang terjadi.

## BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

### 5.1 KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian tentang pelaksanaan uraian tugas program TB di Puskesmas dalam upaya penemuan penderita baru tuberkulosis paru di Kabupaten Banyuwangi dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Secara keseluruhan, berdasarkan jenis kelamin sebagian besar responden adalah laki-laki, umur sebagian besar responden yakni sebanyak 14 orang berada pada usia 31-40 tahun, dan sebagian besar responden mempunyai lama kerja antara 6-10 tahun. Bila dilihat dari pernah tidaknya mendapatkan pelatihan maka mayoritas responden (83,33) telah mendapat pelatihan TB. Dan prosentase pendidikan terbesar yaitu S1 pada dokter, D3 pada Pengelola Program dan SMA pada petugas laboratorium.
2. Berdasarkan hasil deskripsi pelaksanaan uraian tugas yang terdiri dari 15 tugas dalam upaya penemuan penderita baru tuberkulosis paru sebagian besar telah dilaksanakan sesuai protap nasional pada masing-masing puskesmas. Namun terdapat beberapa tugas yang belum dapat dilaksanakan secara optimal antara lain adalah penyuluhan khusus TB, penjarangan suspek, pengambilan dan pembuatan sediaan dahak, penggunaan form TB.05 serta pemeriksaan *contact tracing*.
3. Berdasarkan hasil analisa uraian tugas terhadap pencapaian CDR maka, diperlukan suatu peningkatan/alternatif program yaitu antara lain perlunya penambahan frekwensi penyuluhan TB kepada masyarakat umum, penjarangan suspek dilakukan dengan cara *active case finding* dan peningkatan kepekaan penemuan suspek, dan peningkatan *contact racing* dengan cara *active selective*.

## 5.2 SARAN

Berdasarkan kesimpulan hasil penelitian maka saran yang dapat diberikan sebagai masukan dalam perbaikan pelaksanaan uraian tugas program tuberkulosis di puskesmas adalah sebagai berikut:

1. Bagi Dinas Kesehatan,

Perlu memberikan ketentuan dalam pelaksanaan program penanggulangan TB yang disesuaikan dengan keadaan masing-masing puskesmas dengan meningkatkan pengawasan dari Wasor TB.

2. Bagi puskesmas,

- a. Penemuan penderita dengan cara pasif dengan promosi aktif dengan memberikan penyuluhan khusus TB kepada masyarakat dan meningkatkan frekwensinya agar penduduk disetiap desa dapat tercakup penyuluhan TB dengan mencantumkan pada POA puskesmas, penemuan penderita dengan cara *active case finding* dan *active selective* dapat menjadi alternatif program yang diterapkan dan ditingkatkan untuk mendukung penemuan penderita.

- b. Bagi petugas laboratorium puskesmas, menerapkan seluruh langkah-langkah dalam pembuatan dan pewarnaan sesuai dengan protap/pelatihan yang telah didapat dan meminta form TB.05 sebelum melakukan pemeriksaan dahak.

3. Untuk penelitian selanjutnya, kategori puskesmas yang telah baik dan cukup mengindikasikan ada faktor lain diluar puskesmas yang mempengaruhi penemuan penderita baru sehingga perlu ditambahkan pada variabel penelitian seperti partisipasi masyarakat untuk berkunjung ke puskesmas, peran lintas sektor dan variabel lain yang sesuai.

## DAFTAR PUSTAKA

Achmadi, U.F. 2005. *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*. Jakarta: Kompas.

Afrimelda dan Ekowati RN. 2010. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan case detection rate program tuberkulosis paru puskesmas propinsi sumatra selatan tahun 2009*. [serial on line] [www.amarmuntaha.com/wp-content/uploads/2012/.../Afrimelda.pdf](http://www.amarmuntaha.com/wp-content/uploads/2012/.../Afrimelda.pdf) [2 Maret 2012].

Antoni, SY., dkk. 2009. Implementasi Penemuan Suspek Tuberkulosis Di Puskesmas Kabupaten Pesisir Selatan. [serial on line]. [www.lrc-kmpk.ugm.ac.id/id/.../No.14\\_syahrizal\\_antoni\\_01\\_09.pdf](http://www.lrc-kmpk.ugm.ac.id/id/.../No.14_syahrizal_antoni_01_09.pdf) [2 Maret 2012].

Arikunto, Suharsimi. 2002. *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta

Budiarto, E. 2003. *Metodologi Penelitian Kedokteran*. Jakarta: EGC.

Coker et al. 2006. Risk factors for pulmonary tuberculosis in Russia : case-control study. *BritMed J. Jurnal*. [serial on line] <http://www.bmj.com/content/332/7533/85.full>[2 Mei 2012].

Departemen Kesehatan RI. 2000. Program Penanggulangan Tuberkulosis. [serial on line] <http://yumizone.files.wordpress.com/2008/12/tbc.pdf> [30 Mei 2012].

\_\_\_\_\_. 2002. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Edisi Kedua. Cetakan Pertama [serial on line]. [http://tbcindonesia.or.id/pdf/BUKU\\_PEDOMAN\\_NASIONAL.pdf](http://tbcindonesia.or.id/pdf/BUKU_PEDOMAN_NASIONAL.pdf) [2 Maret 2012].

\_\_\_\_\_. 2005. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Edisi Kedua. Cetakan Pertama [serial on line]. [http://tbcindonesia.or.id/pdf/BUKU\\_PEDOMAN\\_NASIONAL.pdf](http://tbcindonesia.or.id/pdf/BUKU_PEDOMAN_NASIONAL.pdf) [2 Maret 2012].

\_\_\_\_\_. 2006. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Cetakan ke 1. Jakarta: Departemen Kesehatan RI

\_\_\_\_\_. 2006. *Pemeriksaan Mikroskopis Tuberkulosis Bagi Petugas Laboraturium*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan dan Global Fund

- \_\_\_\_\_. 2007. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Edisi Kedua. Cetakan Pertama [serial on line]. [http://tbcindonesia.or.id/pdf/BUKU\\_PEDOMAN\\_NASIONAL.pdf](http://tbcindonesia.or.id/pdf/BUKU_PEDOMAN_NASIONAL.pdf) [2 Maret 2012].
- \_\_\_\_\_. 2008. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta: Bakti Husada.
- Dessler, Gary. 2004. *Manajemen Sumber Daya Manusia Edisi Kesembilan Jilid satu*. Jakarta: Gramedia
- Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi. 2010. *Profil Kesehatan Kabupaten Banyuwangi*. Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi. 2012. *Rekapitulasi Pencapaian Penemuan Penderita Penyakit Tuberkulosis di Kabupaten Banyuwangi*. Tidak dipublikasikan : Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi.
- Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur. 2006. *Profil Kesehatan Propinsi Jawa Timur Indonesia*.
- Dinas Komunikasi dan Informasi Jawatimur. 2012. *Hari Tuberkulosis Sedunia 2012 Surabaya Peringkat Pertama Penyumbang Kasus TB Di Jatim*. [serial online]. <http://kominfo.jatimprov.go.id/watch/30443> [22 Maret 2012]
- Dinas Komunikasi dan Informasi Jawatimur. 2012. *Hari Tuberkulosis Sedunia 2012 Surabaya Peringkat Pertama Penyumbang Kasus TB Di Jatim*. [serial online]. <http://kominfo.jatimprov.go.id/watch/30443> [22 Maret 2012]
- Effendy. 2003. *Ilmu, Teori dan Filsafat Komunikasi Bandung*: PT. Citra Aditya Bakti.
- Efendi, F. dan Cahyadi, A. 2005. Strategi Active Case Finding Berbasis Masyarakat Sebagai Upaya Peningkatan Cakupan Directly Observed Treatment Shortcourse (DOTS), *Lingua, Media Kedokteran dan Kesehatan*, Edisi XXXII, September-Oktober 2005,. Surabaya: Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
- Fajarudin, Rahmat. 2009. Pengaruh Latar Belakang Pendidikan dan Kinerja Pegawai Terhadap Penempatan Posisi Tenaga Kerja Di Kantor Garment Pt. Dan Liris Sukoharjo 2008. *Skripsi*. [serial online] [Etd.Eprints.Ums.Ac.Id/3813/1/A210050039.Pdf](http://Etd.Eprints.Ums.Ac.Id/3813/1/A210050039.Pdf) [27 Maret 2012]
- Fujiko, Akiki. Tanpa tahun. Preparasi Sediaan Dahak BTA yang Baik. Alih Bahasa: Tim Penterjemah Subdit TB Ditjen PP dan PL. [serial on line] [tbindonesia.or.id/pdf/GreyBook.pdf](http://tbindonesia.or.id/pdf/GreyBook.pdf). [20 Juni 2012]

Gibson. 1987. *Struktur, Perilaku dan Proses Organisasi Jilid II*. Jakarta: Erlangga

Guwatudde D, et al. 2003. Tuberculosis in Household Contacts of Infectious Cases in Kampala, Uganda. *Jurnal*. [serial online]. <http://aje.oxfordjournals.org/content/158/9/887> [14 Mei 2012]

Hasibuan, Malayu S.P. 2007. *Manajemen Sumber Daya Manusia, Edisi Revisi*, Jakarta: PT. Bumi Aksara.

Hurlock, E. 1993. *Developmental Psychology (Psikologi Perkembangan)*. Alih bahasa: Istiwidayanti dan Soedjarwo. Jakarta: Penerbit Erlangga.

Info Kesehatan (2000) *Majalah Tribulanan Bapelkes Yogyakarta*, Ed. 3-4, Tahun I, 5-10.

Kalma. 2010. Perbandingan Hasil Pemeriksaan Dahak Mikroskopik Basil Tahan Asam (BTA) pada Dahak dan Saliva Penderita Tuberkulosis Paru. *Jurnal*. [serial on line]. [http://isjd.pdiilipi.go.id/admin/jurnal/11104346\\_2087-1333.pdf](http://isjd.pdiilipi.go.id/admin/jurnal/11104346_2087-1333.pdf). [20 Juni 2012]

Kementerian Kesehatan RI. 2010. *Pengendalian TB Di Indonesia Mendekati Target MDGs*. [serial on line]. <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/857-pengendalian-tb-di-indonesia-mendekati-target-mdg.html> [12 April 2010].

Kementerian Komunikasi dan Informasi Jawa Timur. 2012. *Hari Tuberkulosis Sedunia 2012 Surabaya Peringkat Pertama Penyumbang Kasus Tb Di Jatim*. [serial on line]. <http://kominfo.jatimprov.go.id/watch/30443> [20 Maret 2012].

Keputusan Menteri Kesehatan. 2004. *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/Menkes/Sk/Ii/2004 Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)*. Jakarta: Keputusan Menteri Kesehatan

\_\_\_\_\_. 2009. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 364/Menkes/Sk/V/2009 Tentang Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis (TB)*. Jakarta: Keputusan Menteri Kesehatan

Keputusan Menteri tenaga kerja dan transmigrasi. 2004. *Ketentuan Struktur Dan Skala Upah*. Jakarta: Keputusan Menteri tenaga kerja dan transmigrasi

Kesuma Putra, Andhika. 2010. Kejadian Tuberkulosis Pada Anggota Keluarga Yang Tinggal Serumah Dengan Penderita TB Paru BTA Positif. Tesis. [serial on

- line]. repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/19500/7/Cover.pdf. [20 Juni 2012].
- Lay, B. W. 1994. Analisis Mikrobiologi di Laboratorium. Jakarta: PT. Rajawali Persada.
- Maryoto, Susilo, 2000, *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: BPFE UGM
- Moleong, L.J. 2009. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Kosdakarya
- Mondy, R. Wayne. 2008. *Manajemen Sumber Daya Manusia Edisi kesepuluh Jilid Satu*. Jakarta: Erlangga
- Muninjaya, A.A Gede. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Nazir, M. 2003. *Metode Penelitian*. Jakarta: Penerbit Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2003 *Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- \_\_\_\_\_. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- \_\_\_\_\_. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- Pophal. 2008. Human Resources Book. Manajemen Sumber Daya Manusia untuk Bisnis. Prenada, Jakarta.
- Pranowo, Chrisanthus W. 2009. Efektifitas Batuk Efektif Dalam Pengeluaran Sputum Untuk Penemuan Bta Pada Pasien Tb Paru Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus. [serial online]. eprints.undip.ac.id/10476/1/artikel.pdf [19 Juni 2012]
- Riskesdas. 2010. Pemeriksaan Spesimen Dahak [serial online]. <http://www.riskesdas.litbang.depkes.go.id/2010/download/materi/materi%20aboratorium/Presentasi/Pemeriksaan%20SPESIMEN%20DAHAK.ppt>. [20 Juni 2012]
- Sarjan. 2008. Pengembangan Sistem Informasi Program Tuberkulosis (Tb) Untuk Mendukung Evaluasi Program Penanggulangan Penyakit Tb Di Puskesmas Putri Ayu Kota Jambi. *Tesis*. serial online]. eprints.undip.ac.id/18705/1/SARJAN.pdf [19 Juni 2012]
- Sedarmayanti dan Hidayat. 2002. *Metodologi Penelitian*. Bandung: Mandar Maju

Setiyorini, Ana. 2009. *Faktor yang Mempengaruhi Perubahan Perilaku*. [serial online]. <http://isjd.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/12083443.pdf>. [9 Juni 2012]

Siagian, Sondang. 2000. *Organisasi Kepemimpinan dan Perilaku Administrasi* Cetakan kedua. Jakarta : PT agung.

SPC. 2010. *TB contact tracing guidelines*. [serial online]. <http://www.spc.int/tb/en/component/content/article/68-news/61-tb-contact-tracing-guidelines-tb-section-website> [20 Juni 2012]

Subaris dkk. 2004. *Manajemen Epidemiologi*. Yogyakarta: Media Presindo

Sugiarto. 2003. *Teknik Sampling Cetakan II*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

Sugiyono. 2009. *Metodologi Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.

Suharjana, Bambang dkk..2005. Pelaksanaan Penemuan Penderita Tuberkulosis di Puskesmas Kabupaten Sleman. *Working Paper*. Tidak Untuk Disitasi. Universitas Gadjah Mada

WHO. 2007. *Global tuberculosis control, surveillance, planning, financing*: Geneva

\_\_\_\_\_. 2009. WHO Report 2009: *Global Tuberculosis Control Epidemiology, Strategy, Financing*. Geneva, Switzerland: WHO Press. [whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563802\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563802_eng.pdf). [19 April 2012]

Widoyono. 2008. *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasan*. Jakarta: Erlangga

**LAMPIRAN A.**



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN**  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 337878  
Fax. (0331) 322995 Jember 68121

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**  
**(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : .....

No telp : .....

Alamat : .....

Bersedia melakukan wawancara telah mengerti mengenai tujuan dan prosedur wawancara yang akan dilakukan. Saya telah diberikan penjelasan dan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar. Prosedur wawancara ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun pada saya.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk berpartisipasi sebagai responden dalam wawancara ini.

Banyuwangi, Mei 2012

Responden

(.....)



- .....  
 .....  
 f. Selain dari POA puskesmas, apakah anda memberikan penyuluhan lain? penyuluhan seperti apa yang anda berikan? (materi, media, tempat dan waktu pelaksanaan)

.....  
 .....  
 .....  
**2. Menjaring suspek (penderita tersangka) TBC**

1. Apakah anda bertugas untuk melakukan penjaringan suspek?  
 a. Iya                      b. tidak  
 2. Bila iya, penjaringan seperti apa yang anda lakukan? Kriteria seperti apa yang anda tetapkan sebagai suspek?

Pasif

Aktif

- .....  
 .....  
 .....  
 3. Apakah ada target yang anda tetapkan dalam penjaringan suspek?  
 a. Ada,.....                      b. tidak ada  
 4. Berapa jumlah suspek yang anda temukan selama tahun 2011?

.....  
**3. Menegakkan diagnosis TB sesuai protap**

- a. Apakah anda bertugas menegakkan diagnosis TB?  
 a. Iya                      b. tidak  
 b. Bagaimana penegakan diagnosis dipuskesmas ini?  
 a) penegakkan diagnosis dilakukan berdasarkan SPS  
 a. iya                      b. tidak  
 b) bila hanya 1 dari 3 spesimen dahak SPS positif ?  
 a. foto rontgen      b. pemeriksaan dahak ulang      c. langsung diobati  
 c) bagaimana bila ketiga dahak negatif?  
 a. Pemeriksaan dahak di ulangi      b. pemeriksaan rontgen      c. diberi obat non OAT

c. Siapa yang bertugas menggantikan anda, saat anda tidak dapat menegakkan diagnosis TB?

- a. Dokter lain      b. petugas program      c. Petugas lab.      d.lainnya,....

**4. Membuat klasifikasi/tipe penderita**

a. Apakah anda membuat klasifikasi penderita?

- a. Iya      b. tidak

b. Apakah anda juga membuat tipe penderita?

- a. Iya      b. tidak

c. Siapa yang bertugas membuat klasifikasi penderita bila anda tidak ada ditempat?

- a. Dokter      b. petugas program      c. Petugas lab.      d.lainnya,....

d. Berdasarkan apa klasifikasi penderita di tentukan?

- a. berdasarkan organ yang terserang paru/extra paru      b. Lainnya.....

e. Bagaimana penggolongan tipe penderita dipukesmas ini?

a) bila ada penderita yang belum pernah diobati dengan OAT (Obat Anti Tuberkulosis) atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan

- a. Baru      b. kambuh      c. default      d.kronis

b) Jika ada penderita yang sudah berobat paling kurang 1 bulan dan berhenti 2 bulan atau lebih, kemudian datang kembali untuk berobat. termasuk tipe penderita?

- a. Baru      b. kambuh      c. default      d.kronis

c) Penderita BTA positif yang masih tetap positif atau kembali menjadi positif pada akhir bulan ke 5 (satu bulan sebelum akhir pengobatan) atau lebih.

- a. kambuh      b. default      c.gagal      d.kronis

**5. Memantau jumlah suspek yang diperiksa dan jumlah penderita TB yang ditemukan**

a. Siapa yang bertugas memantau jumlah suspek yang diperiksa?

- a. dokter      b. Petugas pengelola program      c. Petugas laboratorium      d. Lainnya,...

b. Apakah anda juga memantau jumlah suspek yang diperiksa?

- a. Iya      b. tidak

c. Siapa yang bertugas memantau jumlah penderita TB yang ditemukan?

- a. dokter      b. Petugas pengelola program      c. Petugas laboratorium      d. Lainnya,...

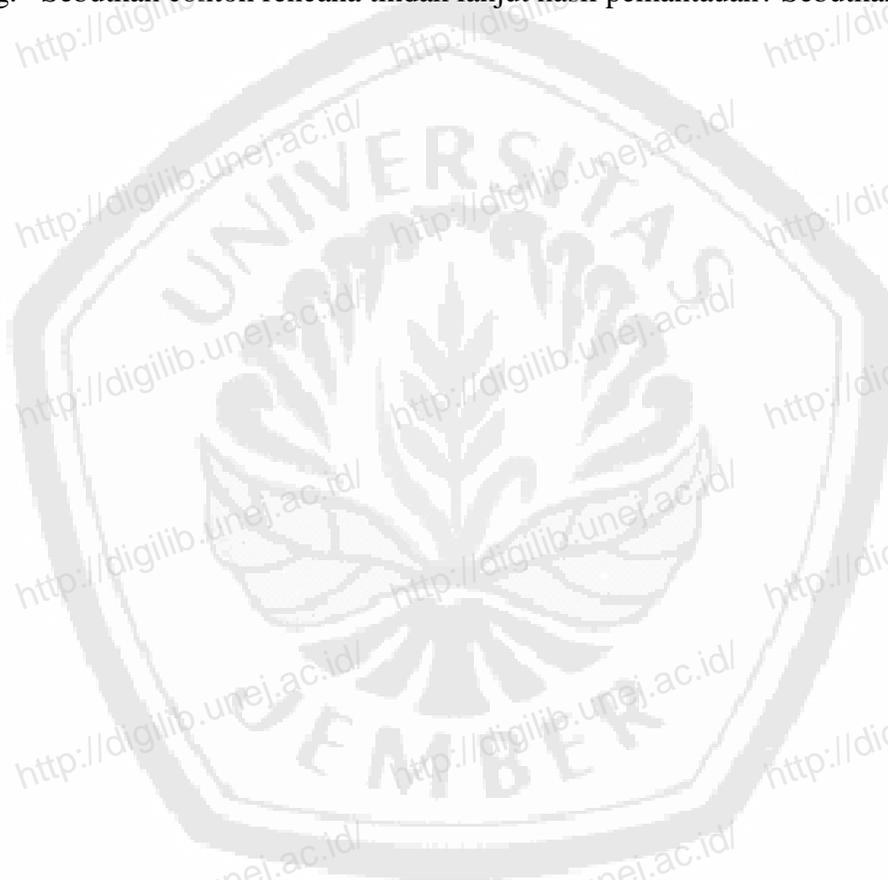
d. Apakah anda memantau jumlah penderita TB yang ditemukan?

- a. Iya      b. tidak

- e. Apakah yang dimaksud memantau jumlah jumlah suspek yang diperiksa dan jumlah penderita TB yang ditemukan bagi anda?bagaimana cara pemantauan dilakukan?

.....  
.....

- f. Setiap kapan dilakukan pemantauan?(bulanan/triwulan/tahunan)  
g. Sebutkan contoh rencana tindak lanjut hasil pemantauan? Sebutkan





- f. Selain dari POA puskesmas, apakah anda memberikan penyuluhan lain? penyuluhan seperti apa yang anda berikan? (materi, media, tempat dan waktu pelaksanaan)
- .....
- .....

2. **Menjaring suspek (penderita tersangka) TBC**

- a. Apakah anda bertugas untuk melakukan penjarangan suspek?

a. Iya b. tidak

- b. Bila iya, penjarangan seperti apa yang anda lakukan?

Pasif

.....

.....

Aktif

.....

.....

- c. Apakah ada target yang anda tetapkan dalam penjarangan suspek?

b. Ada,..... b. tidak ada

- d. Berapa jumlah suspek yang anda temukan selama tahun 2011?
- .....

3. **Mengumpul dahak penderita yang ditemukan dan mengisi buku daftar suspek Form TB.06**

- a. Apakah mengumpul dahak penderita yang ditemukan merupakan salah satu tugas anda?

a. Iya b. tidak

- b. Bila iya, apakah setiap suspek yang ditemukan dapat diambil dahaknya? Bila tidak, berapa jumlah penderita yang tidak diambil dahaknya?

a. Iya b. tidak,.....

- c. Bagaimana apabila ada pasien yang tidak bersedia mengantarkan dahaknya dilakukan penjemputan?

a. Dilakukan penjemputan b. Menunggu pasien datang saja c. Lainnya,.....

- d. Apakah mengisi buku daftar suspek Form TB.06 juga tugas anda?

a. Iya, b. tidak,.....

- e. Bila tidak, siapakah yang bertugas mengisi buku daftar suspek Form TB.06?  
a. Pengelola program      b. Petugas laboratorium      c. Lainnya,.....

**4. Mengirim sediaan hapus dahak ke laboratorium dengan Form TB.05?**

- a. Apakah mengirim dahak ke laboratorium merupakan tugas anda?  
a. iya    b. tidak, .....
- b. Apakah anda mengirim dahak ke laboratorium dengan menggunakan Form TB.05 dilakukan rutin?  
a. Iya, rutin    b. kadang-kadang    c. jarang    d. tidak perlu dengan form TB.05

**5. Menegakkan diagnosis TB sesuai protap**

- a. Apakah anda bertugas menegakkan diagnosis TB?  
a. Iya      b. tidak
- b. Bagaimana penegakan diagnosis dipuskesmas ini?  
a) penegakkan diagnosis dilakukan berdasarkan SPS  
a. iya      b. tidak  
b) bila hanya 1 dari 3 spesimen dahak SPS positif ?  
a. foto rontgen    b. pemeriksaan dahak ulang    c. langsung diobati  
c) bagaimana bila ketiga dahak negatif?  
a. Pemeriksaan dahak di ulangi    b. dilakukan pemeriksaan rontgen  
c. diberi obat non OAT
- c. Siapa yang bertugas menggantikan anda, saat anda tidak dapat menegakkan diagnosis TB?  
a. Dokter lain      b. petugas program      c. Petugas lab.    d. lainnya,....

**6. Membuat klasifikasi/tipe penderita**

- a. Apakah anda membuat klasifikasi penderita?  
a. Iya      b. tidak
- b. Apakah anda membuat tipe penderita?  
a. iya      b. tidak
- c. Siapa yang bertugas membuat klasifikasi penderita bila anda tidak ada ditempat?  
a. Dokter      b. petugas program      c. Petugas lab.    d. lainnya,....
- d. Berdasarkan apa klasifikasi penderita di tentukan?  
a. berdasarkan organ yang terserang paru/extra paru      b. Lainnya.....
- e. Bagaimana penggolongan tipe penderita dipukesmas ini?  
a) bila ada penderita yang belum pernah diobati dengan OAT (Obat Anti Tuberkulosis) atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan  
a. Baru      b. kambuh      c. default      d. kronis

- b) Jika ada penderita yang sudah berobat paling kurang 1 bulan dan berhenti 2 bulan atau lebih, kemudian datang kembali untuk berobat. termasuk tipe penderita?
- a. Baru                      b. kambuh                      c. default                      d.kronis
- c) Penderita BTA positif yang masih tetap positif atau kembali menjadi positif pada akhir bulan ke 5 (satu bulan sebelum akhir pengobatan) atau lebih?
- a. kambuh                      b. default                      c.gagal                      d.kronis

**7. Mengisi kartu penderita (Form TB.01) dan Mengisi kartu identitas penderita (TB.02)**

- b. Siapa yang bertugas mengisi kartu penderita (Form TB.01)?
- a.petugas program                      b.lainnya,.....
- c. Siapa yang bertugas mengisi kartu identitas penderita (TB.02)
- a.petugas program                      b.lainnya,.....
- d. Apakah mengisi kartu penderita (Form TB.01) dan mengisi kartu identitas penderita (TB.02) merupakan tugas anda sebagai pengelola program TB?
- a.Iya,selalu                      b. iya, kadang-kadang                      c. tidak
- e. Kapan pengisian kartu penderita (Form TB.01) dan mengisi kartu identitas penderita (TB.02) dilakukan? .....

**8. Memeriksa kontak terutama kontak dengan penderita TB BTA Positif**

- a. Apakah anda memeriksa orang yang kontak dengan penderita TB ?
- a.Iya                      b. tidak
- a. Kriteria kontak seperti apa yang anda periksa?
- a.Semua kontak                      b. kontak dengan BTA positif saja                      c. lainnya, ....
- b. Apakah semua kontak penderita anda lakukan pemeriksaan? Berapa jumlah kontak yang anda periksa selama tahun 2011?
- a.Iya,.....                      b. tidak,
- c. Apakah ada dokumen/catatan untuk memeriksa kontak penderita?(bila ada mohon tunjukkan dokumen)
- a.Ada,.....                      b. tidak ada

**9. Memantau jumlah suspek yang diperiksa dan jumlah penderita TB yang ditemukan**

- a. Siapa yang bertugas memantau jumlah suspek yang diperiksa?
- a. dokter                      b. Petugas pengelola program                      c. Petugas laboratorium                      d. Lainnya,...
- b. Apakah anda juga memantau jumlah suspek yang diperiksa?
- a. Iya                      b. tidak
- c. Siapa yang bertugas memantau jumlah penderita TB yang ditemukan?
- a. dokter                      b. Petugas pengelola program                      c. Petugas laboratorium                      d. Lainnya,...





- f. Selain dari POA puskesmas, apakah anda memberikan penyuluhan lain? penyuluhan seperti apa yang anda berikan? (materi, media, tempat dan waktu pelaksanaan)
- .....
- .....
- .....

2. **Menjaring suspek (penderita tersangka) TBC**

- a. Apakah anda bertugas untuk melakukan penjarangan suspek?  
 b. Iya                      b. tidak
- b. Bila iya, penjarangan seperti apa yang anda lakukan?

Pasif

.....

.....

.....

Aktif

.....

.....

.....

- c. Apakah ada target yang anda tetapkan dalam penjarangan suspek?  
 c. Ada,.....                      b. tidak ada
- d. Berapa jumlah suspek yang anda temukan selama tahun 2011?
- .....

3. **Mengumpul dahak penderita yang ditemukan dan mengisi buku daftar suspek Form TB.06**

- a. Apakah mengumpul dahak penderita yang ditemukan merupakan salah satu tugas anda?  
 a. Iya                                      b. tidak
- b. Bila iya, apakah setiap suspek yang ditemukan dapat diambil dahaknya? Bila tidak, berapa jumlah penderita yang tidak diambil dahaknya?  
 a. Iya                                      b. tidak,.....
- c. Bagaimana apabila ada pasien yang tidak bersedia mengantarkan dahaknya dilakukan penjemputan dahak?  
 a. Dilakukan penjemputan      b. Menunggu pasien datang saja  
 c. Lainnya,.....
- d. Apakah mengisi buku daftar suspek Form TB.06 juga tugas anda?  
 a. Iya,                                      b. tidak,.....

**4. Membuat sediaan hapus dahak**

- a. Apakah anda bertugas untuk membuat sediaan dahak?
  - a. Iya
  - b. Tidak
- a. Apakah ada protap dalam pembuatan sediaan hapus dahak?
  - a. Ada
  - b. Tidak ada

**5. Mewarnai dan membaca sediaan dahak, mengirim balik hasil bacaan, dan mengisi buku register laboratorium (TB.04), dan menyimpan sediaan dahak untuk dicrosscheck**

- a. Apakah mewarnai, membaca dan mengirim balik hasil bacaan merupakan tugas anda ?
  - a. Iya
  - b. tidak
- b. Apakah ada protap dalam mewarnai dan membaca sediaan dahak, mengirim balik hasil bacaan?
  - a. Ada
  - b. Tidak
- c. Kapan pengiriman hasil bacaan dilakukan?.....
- d. Apakah anda juga mengisi buku register laboratorium?
  - a. Iya
  - b. tidak
- e. Apakah anda menyimpan sediaan dahak?(minta tolong untuk ditunjukkan)
  - a. Iya
  - b. tidak
- f. Apakah anda mengirimkan sediaan untuk dilakukan crosscheck setiap 3 bulan sekali?
  - a. Iya
  - b. Tidak

### Lampiran C. Lembar Observasi



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 337878  
Fax. (0331) 322995 Jember 68121

### LEMBAR OBSERVASI

Inisial Puskesmas:

Tanggal observasi:

No.	Pengamatan	Keberadaan		Keterangan
		Ada	Lengkap	
1.	Penyuluhan pada POA			
2.	Buku daftar Suspek (Form TB.06)			
3.	Sediaan dahak			<ul style="list-style-type: none"><li>- Satu kaca sediaan digunakan untuk untuk 1 spesimen dahak</li><li>- Nomor identitas pasien pada ujung kaca</li><li>- Spesimen dahak yang diambil adalah bagian yang purulen</li><li>- Berbentuk spiral-spiral kecil (rata)</li><li>- Pola 2x3 cm</li><li>- Pola tidak terlalu tebal/tipis (Departemen Kesehatan RI, 2006)</li></ul>
4.	Form TB.05			
5.	Mewarnai slide			<ul style="list-style-type: none"><li>- Pewarnaan dengan metode Ziehl-Neelsen</li><li>- Terlihat lebih dari 25 leukosit per lapang pandang perbesaran 100x</li><li>- BTA terlihat jelas berwarna merah terang dengan latar belakang warna biru tanpa ada sisa zat warna luchsins</li><li>- Sediaan hapus harus bebas dari sisa-sisa warna luchsins kotor</li></ul>

No.	Pengamatan	Keberadaan		Keterangan
		Ada	Lengkap	
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- serta Kristal yang dihasilkan pada pemanasan berlebih saat pewarnaan</li> <li>- Pewarnaan dilakukan secara merata</li> <li>- Pewarnaan tidak terlalu tebal/tipis (Departemen Kesehatan RI, 2006)</li> </ul>
	Membaca slide			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apabila tidak ditemukan BTA minimal dalam 100 lapang pandang berarti BTA negatif,</li> <li>- bila ditemukan 1-9 BTA dalam 100 lapang pandang harus dituliskan jumlah BTA yang ditemukan /100 lapang pandang,</li> <li>- bila ditemukan 10-99 BTA dalam 100 lapang pandang berarti 1+,</li> <li>- bila ditemukan 1-10 BTA dalam 1 lapang pandang, periksa minimal 50 lapang pandang berarti 2+</li> <li>- bila lebih dari 10 BTA dalam 1 lapang pandang, periksa minimal 20 lapang pandang berarti 3+.</li> </ul> (Departemen Kesehatan RI, 2008)
6.	Buku Register Laboraturium			
7.	Kotak sediaan dahak			
8.	Form TB.01 dan 02			
9.	<i>Contact Racing</i>			

## Lampiran D. Dokumentasi



Gambar 1. Penandatanganan *Informed consent* oleh Dokter Puskesmas



Gambar 2. Pengisian kuesioner oleh Pengelola Program TB



Gambar 3. Wawancara dengan Petugas Laboratorium Puskesmas



Gambar 4. Petugas Laboratorium menunjukkan cara pembacaan sediaan yang telah dibuat

## Lampiran E. Hasil Rekapitulasi

Tabel 4.11 Distribusi Penilaian Uraian Tugas Program Tuberkulosis di Puskesmas

URAIAN TUGAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Tugas dokter</b>												
1.1 Memberikan penyuluhan tentang TB kepada masyarakat umum	2	0	1	0	0	2	0	2	2	1	0	0
1.2 Menjaring suspek (penderita tersangka) TB	1,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
1.3 Menegakkan diagnosis TB sesuai protap	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1.4 Membuat klasifikasi/type penderita	1	1	2	1	2	2	0	1	1	2	2	2
1.5 Memantau jumlah suspek yang diperiksa dan jumlah penderita TB yang ditemukan	0	1	2	1	1	0	0	1	1	1	1	1
<b>Tugas Pengelola Program</b>												
2.1 Memberikan penyuluhan tentang TB kepada masyarakat umum	2	0	2	0	0	2	2	2	2	2	0	0
2.2 Menjaring suspek (penderita tersangka) TB	1,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,25	0,5	0,5	0,5
2.3 Mengisi buku daftar suspek Form TB.06	2	0	2	0	2	2	0	2	0	2	0	0
2.4 Mengirim sediaan hapus dahak ke laboratorium dengan Form TB.05	1	0	0	0	1	3	3	3	1	1	1	0
2.5 Menegakkan diagnosis TB sesuai protap	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
2.6 Membuat klasifikasi/tipe penderita	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
2.7 Mengisi kartu penderita (Form TB.01) dan kartu identitas penderita	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2.8 Memeriksa kontak terutama kontak dengan penderita TB BTA Positif	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1
2.9 Memantau jumlah suspek yang diperiksa dan jumlah penderita TB yang ditemukan	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
<b>Tugas Petugas Laboratorium</b>												
3.1 Memberikan penyuluhan tentang TB kepada masyarakat umum	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
3.2 Menjaring suspek (penderita tersangka) TB	0	0	0	0	0	0	0	0	0,25	0	0	0
3.3 Mengumpul dahak	2	2	3	2	3	3	1	2	2	2	2	2
3.4 Mengisi buku daftar suspek Form TB.06	0	2	0	2	0	0	2	0	2	0	2	2
3.5 Membuat sediaan hapus dahak	2	1	2	2	2	2	1	1	3	2	2	1
3.6 Mewarnai dan membaca sediaan dahak ,	2	2	2	2	3	2	1	2	3	3	2	3
3.7 Mengirim balik hasil bacaan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3.8 Mengisi buku register laboratorium (TB.04),	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3.9 Menyimpan sediaan untuk di crosscheck	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1
Jumlah	34	27	34	27	32	35	26	34	36	32	29	27



## Lampiran G. Surat Ijin Penelitian

### G.1 Rekomendasi Ijin Penelitian dari BAKESBANGPOL



**PEMERINTAH KABUPATEN BANYUWANGI  
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan KH.Agus Salim No 109 Telp.0333 – 425119  
B A N Y U W A N G I 68425

Banyuwangi, 25 Mei 2012

Nomor : 072/429/REKOM/429.204/2012  
Lampiran :  
Perihal : Rekomendasi Izin Penelitian

Kepada Yth.  
1. Kepala Dinas Kesehatan  
2. Kepala Puskesmas, Sobo, Gitik,  
Kebondalem, Jajag, Sambirejo,  
Paspan, Tegaldimo, Sumberberas,  
Benculuk, Sempu, Genteng Kulon  
dan Pesanggaran  
Kabupaten Banyuwangi  
di-

B A N Y U W A N G I

Menunjuk Surat : Pembantu Dekan I Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Jember  
Tanggal : 24 Mei 2012  
Nomor : 1125/UN25.1.12/PS.8/2012  
Bersama ini diberitahukan  
Nama : IKA SRI WAHYUNI  
NIM : 082110101090  
Bermaksud melaksanakan penelitian:  
Judul : Pelaksanaan uraian tugas program tuberkulosis di Puskesmas  
dalam upaya penemuan penderita baru Tuberkulosis Paru di  
Kabupaten Banyuwangi  
Tempat : Puskesmas di wilayah Kabupaten Banyuwangi  
Waktu : 25 Mei s.d. 25 Juni 2012

Sehubungan dengan hal tersebut apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku di Instansi Saudara, dimohon saudara untuk memberikan bantuan berupa tempat, data/keterangan yang diperlukan dengan ketentuan kepada peserta:

1. Wajib mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di Instansi setempat.
2. Melaporkan hasil Penelitian dan sejenisnya kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Banyuwangi.

Demikian harap menjadi maklum.

An. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK  
KABUPATEN BANYUWANGI  
Kepala Bidang Bina Ideologi, Pembauran dan  
Wawasan Kebangsaan

**Drs. SUKIMIN**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19561025 198003 1 011

**Tembusan :**  
Kepada Yth.  
Sdr. Pembantu Dekan I Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Jember

## G.2 Surat Ijin Penelitian Dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi



**PEMERINTAH KABUPATEN BANYUWANGI**  
**DINAS KESEHATAN**  
Jalan Letkol Istiqlah No 42 telp 0333-424794  
B A N Y U W A N G I

Banyuwangi, 23 Mei 2012

Nomor : 441.7/1709/429.114/2012  
Lampiran : -  
Perihal : Rekomendasi Ijin Survey  
Data Awal Penelitian

Kepada  
Yth : Kepala Puskesmas  
.....  
di  
B A N Y U W A N G I

Menunjuk Surat Kepala Kesatuan Bangsa Dan Politik  
Nomor : 072/428/REKOM/429.204/2012 tanggal 25 Mei 2012 Perihal Ijin  
Survey Data Awal Penelitian, pada dasarnya kami tidak keberatan memberikan ijin  
untuk pengambilan data ke Puskesmas 6 Wilayah Kerja Kecamatan di Kabupaten  
Banyuwangi kepada :

Nama : IKA SRI WAHYUNI  
Nim : 082110101090  
Judul : Pelaksanaan uraian program tuberculosis di  
Puskesmas dalam upaya penemuan penderita baru  
Tuberculosis Paru di Kabupaten Banyuwangi  
Waktu Penelitian : 25 Mei s/d 25 Juni 2012  
Tempat : Puskesmas Sobo, Gitik, Kebondalem, Jajag,  
Sambirejo, Paspas, Tegaldlimo, Sumberberas,  
Genteng Kulon, Pesanggaran, Benculuk, Sempu

Kepada peserta wajib mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku dan  
setelah selesai melaksanakan penelitian, dimohon kepada yang bersangkutan untuk  
memberikan laporan hasil penelitian dimaksud kepada Dinas Kesehatan  
Kabupaten Banyuwangi.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana  
mestinya.

Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Banyuwangi

*H. HARI DJI SUCITO, SKM, MM*  
Pembina Uraan Muda  
NIP.195610271976081001

Tembusan Kepada Yth:  
Sdr. Pembantu Dekan I Fakultas Kesehatan  
Masyarakat Universitas Jember