

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN MOTIVASI KADER
KESEHATAN DALAM PENEMUAN TERDUGA *TUBERCULOSIS***

DI UPT PUSKESMAS KUJANGSARI

KOTA BANDUNG TAHUN 2018

S K R I P S I

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat guna mencapai
Gelar Sarjana Keperawatan

Oleh :

SUSI YUNINGSIH

NPM: AK.2.16.076



**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BHAKTI KENCANA
B A N D U N G
2 0 1 8**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN
MOTIVASI KADER KESEHATAN DALAM
PENEMUAN TERDUGA TB DI UPT PUSKESMAS
KUJANGSARI KOTA BANDUNG TAHUN 2018**

NAMA : SUSI YUNINGSIH

NPM : AK.2.16.076

Telah Disetujui pada Sidang Akhir
Program Studi Sarjana Keperawatan
STIKes Bhakti Kencana Bandung

Bandung, September 2018

Menyetujui :

Pembimbing I



Sri Wulan Megawati, S.Kep., Ners., M.Kep.

Pembimbing II



Imam Abidin, S.Kep., Ners.

**STIKes Bhakti Kencana Bandung
Program Studi Sarjana Keperawatan
Ketua,**



Yuyun Sarinengsih, S.Kep., Ners., M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN
MOTIVASI KADER KESEHATAN DALAM
PENEMUAN TERDUGA TB DI UPT PUSKESMAS
KUJANGSARI KOTA BANDUNG TAHUN 2018**

NAMA : SUSI YUNINGSIH

NPM : AK.2.16.076

Skripsi ini telah dipertahankan dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan
Dewan Penguji Skripsi Program Studi Sarjana Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana
Pada tanggal 4 September 2018

Mengesahkan

Program Studi Sarjana Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana

Penguji I



Sumbara, S.Kep., Ners., M.Kep.

Penguji II



Nur Intan Hayati, H.K., S.Kep., Ners., M.Kep.

STIKes Bhakti Kencana
Ketua,



R. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep.

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Susi Yuningsih

NPM : AK. 216076

Program Studi : S1 Keperawatan

Judul Skripsi : Gambaran Tingkat Pengetahuan Dan Motivasi Kader Kesehatan Dalam Penemuan Terduga TB di UPT Puskesmas Kujangsari Tahun 2018

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional Sarjana Keperawatan baik di program studi S1 Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis ilmiah yang murni dan bukan hasil plagiat atau jiplakan serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari ditemukan terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta yang sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi.

Bandung, September 2018

Yang Membuat Pernyataan

METERAI
TEMPEL
0B27EADF984783450
5000
ENAM RIBU RUPIAH
Susi Yuningsih



ABSTRAK

Penemuan penderita TB Paru secara aktif di masyarakat sangat penting untuk mencegah penularan lebih lanjut. Oleh karena itu diperlukan peran aktif sebagian masyarakat sebagai kader kesehatan dalam menemukan terduga kader. Target penemuan kasus tahun 2017 TB 116 dan target terduga sebanyak 696, kasus yang ditemukan pada tahun 2017 adalah 38 kasus.

Tujuan dalam penelitian ini yaitu untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan dan motivasi kader kesehatan dalam penemuan terduga TB di UPT Puskesmas Kujangsari Kota Bandung Tahun 2018.

Desain penelitian yang digunakan adalah deskripsif. Populasi penelitian ini sebanyak 56 orang. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *total sampling*, sehingga didapatkan jumlah sampel sebanyak 56 orang. Pengambilan data dilakukan dengan membagikan kuesioner dan menggunakan analisis univariat.

Hasil penelitian diketahui bahwa tingkat pengetahuan kader kesehatan dalam penemuan terduga TB lebih dari setengahnya berpengetahuan baik sebanyak 32 orang (57,1%) dan motivasi kader kesehatan dalam penemuan terduga TB lebih dari setengahnya dengan motivasi rendah sebanyak 33 orang (58,9%).

Simpulan didapatkan bahwa lebih dari setengahnya kader berpengetahuan baik dan lebih dari setengahnya motivasi kader rendah. Saran untuk Puskesmas diharapkan pihak puskesmas bisa meningkatkan motivasi kader seperti memberikan salary yang lebih sehingga kader lebih semangat dalam pencarian terduga TB

Kata kunci : Motivasi, Pengetahuan, *Tuberculosis*.

Daftar Pustaka : 21 buku (2009-2016)
2 jurnal (2013-2014)

ABSTRACT

The discovery of active pulmonary TB patients in the community is very important to prevent further transmission. Therefore, an active role is needed by some people as health cadres in finding cadre suspects. Case finding target for 2017 TB 116 and an estimated target of 696, cases found in 2017 are 38 cases. The purpose of this study is to find out the level of knowledge and motivation of health cadres in the discovery of TB predictions at the Kujangsari Community Health Center in Bandung in 2018.

The research design used is descriptive. The population of this study were 56 people. The sampling technique in this study was total sampling, so that there were 56 samples. Data collection was done by distributing questionnaires and using univariate analysis.

The results of the study revealed that the level of knowledge of health cadres in the discovery of TB suspects more than half were well informed as many as 32 people (57.1%) and the motivation of health cadres in the discovery of TB suspects more than half were low motivated by 33 people (58.9%).

The conclusion was that more than half of the cadres had good knowledge and more than half of the cadre motivation was low. Suggestions for Puskesmas are expected that the puskesmas can increase the motivation of cadres such as giving more salaries so that cadres are more enthusiastic in finding TB predictions

Keywords : Motivation, Knowledge, Tuberculosis.

Bibliography : 21 books (2009-2016)

2 journals (2013-2014)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT Yang Maha Mendengar lagi Maha Melihat dan atas segala limpahan rahmat, taufik, serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis yang berbentuk Skripsi ini sesuai dengan waktu yang telah direncanakan.

Shalawat serta salam semoga senantiasa tercurahkan kepada baginda Nabi Besar Muhammad SAW beserta seluruh keluarga dan sahabatnya yang selalu eksis membantu perjuangan beliau dalam menegakkan *Dinullah* di muka bumi, sehingga Skripsi yang berjudul: “Gambaran tingkat pengetahuan dan motivasi kader kesehatan dalam penemuan terduga TB di UPT Puskesmas Kujangsari Kota Bandung Tahun 2018” dapat diselesaikan. Skripsi ini merupakan syarat terakhir yang harus ditempuh untuk menyelesaikan Program Studi S1 Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung.

Dalam penulisan Skripsi ini, tentunya banyak pihak yang telah memberikan bantuan baik moril maupun materil. Oleh karena itu penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih yang tiada hingganya kepada:

1. H. Mulyana, SH., M.Pd., MH.Kes., selaku Ketua Yayasan Adhiguna Kencana Bandung.
2. R. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep., selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Yuyun Sarinengsih, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.

4. Sri Wulan Megawati, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Dosen Pembimbing I, terima kasih atas saran, motivasi dan bimbingan yang diberikan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Imam Abidin, S.Kep., Ners. selaku Dosen Pembimbing II terima kasih atas bimbingan yang diberikan kepada penulis dalam menyelesaikan Skripsi ini.
6. Sumbara, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Penguji I yang telah meluangkan waktunya dalam memberikan masukan pada saat sidang skripsi.
7. Nur Intan Hayati, H.K., S.Kep., Ners selaku Penguji II yang selalu memberikan masukan membangun dalam sempurnanya skripsi ini.
8. Pengelola dan Seluruh Staf Dosen Program Studi S1 Keperawatan yang telah mendidik, membimbing dan membekali penulis dengan ilmu pengetahuan selama kuliah.
9. Semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Skripsi ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu. Terima kasih banyak.

Tentunya sebagai manusia tidak pernah luput dari kesalahan, penulis menyadari bahwa Skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu saran dan kritik yang konstruktif dari semua pihak sangat diharapkan demi penyempurnaan selanjutnya.

Bandung, September 2018

Susi Yuningsih

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.4 Manfaat Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Kajian Pustaka	11
2.1.1 Pengertian Pengetahuan	11
2.1.2 Tingkat Pengetahuan	13
2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan	15
2.1.4 Kategori Pengetahuan	17
2.2 Motivasi	17
2.2.1 Pengertian Motivasi	17
2.2.2 Proses Motivasi	18

2.2.3	Faktor Motivasi	19
2.3	Kader Kesehatan	20
2.3.1	Pengertian Kader	20
2.3.2	Tujuan Khusus	22
2.3.3	Peran dan Tugas Kader TB	22
2.3.4	Proses Pemberdayaan Masyarakat	23
2.4	TB (Tuberkulosis)	23
2.4.1	Pengendalian Tuberkulosis di Indonesia	23
2.4.2	Indikator Program TB	26
2.4.3	Patogenesis TB	27
2.4.4	TB Primer dan Sekunder	29
2.4.5	Kuman Penyebab TB	29
2.4.6	Cara Penularan	29
2.4.7	Gejala Penyakit TB	30
2.4.8	Alur Diagnosa TB	30
2.4.9	Klasifikasi Pasien TB	31
2.4.10	Pengobatan Pasien TB	32
2.4.11	Tahapan Pengobatan TB	51
2.5	Kerangka Konsep	51

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

3.1	Rancangan Penelitian	36
3.2	Paradigma Penelitian	36
3.3	Kerangka Penelitian	38
3.4	Variabel Penelitian.....	38
3.5	Definisi Konseptual dan Definisi Operasional	39
3.6	Populasi dan Sampel	42

3.7 Pengumpulan Data.....	42
3.8 Langkah-Langkah Penelitian.....	45
3.9 Pengolahan Data dan Analisa Data.....	46
3.10 Etika Penelitian.....	48
3.11 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	49
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil Penelitian.....	50
4.2 Pembahasan.....	52
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Simpulan.....	59
5.2 Saran.....	59
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
3.1 Definisi Operasional.....	41
3.2 Jadwal Penelitian	49
4.1 Distribusi Frekuensi Motivasi Kader Kesehatan dalam Penemuan Terduga TB di UPT Puskesmas Kujangsari Kota Bandung Tahun 2018	50
4.2 Distribusi Frekuensi Motivasi Kader Kesehatan dalam Penemuan Terduga TB di UPT Puskesmas Kujangsari Kota Bandung Tahun 2018.	51

DAFTAR BAGAN

Bagan	Halaman
2.1 Proses Motivasi	19
2.2 Proses Pemberdayaan Masyarakat	23
2.3 Alur Diagnosa TB	30
2.4 Alur Pengobatan TB Anak	33
2.5 Kerangka Konsep	35
3.1 Kerangka Penelitian	38

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Kisi-kisi Uji Validitas
- Lampiran 2 : Kuesioner Uji Validitas
- Lampiran 3 : Hasil Perhitungan Uji Validitas
- Lampiran 4 : Kisi-kisi Kuesioner Penelitian
- Lampiran 5 : Kuesioner Penelitian
- Lampiran 6 : Hasil Perhitungan Kuesioner Penelitian
- Lampiran 7 : Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobakterium Tuberculosis* yang dapat menyerang paru dan organ lainnya (Permenkes No. 67, 2016). Penyakit ini sering terjadi di daerah padat penduduk dan juga di daerah urban. Penularan penyakit ini terjadi melalui inhalasi droplet dari penderita TB paru aktif (Amin dan Bahar, 2014). TB merupakan penyakit infeksi yang sampai saat ini masih menjadi masalah, baik dalam diagnosis maupun pengobatan. Keberhasilan pengobatan TB sangat dipengaruhi oleh banyak faktor diantaranya adanya kepatuhan penderita, kurangnya pengetahuan masyarakat tentang penyakit TB, kebiasaan merokok dan termasuk juga salah satunya yaitu status gizi. Upaya pengendalian Tuberkulosis di Indonesia sudah berlangsung sejak sebelum kemerdekaan. Setelah perang dunia ke dua secara terbatas melalui 20 balai pengobatan dan 15 sanatorium. Setelah perang dunia ke dua WHO merekomendasikan upaya diagnosa melalui pemeriksaan dahak langsung dan pengobatan memakai OAT (Obat Anti Tuberkulosis). (Kemenkes RI, 2014).

Tuberkulosis paru (TB) merupakan masalah kesehatan utama di dunia yang menyebabkan morbiditas pada jutaan orang setiap tahunnya. Berdasarkan laporan WHO tahun 2015, pada tahun 2014 terdapat 9,6 juta kasus TB paru di dunia, 58% kasus TB berada di Asia Tenggara dan kawasan Pasifik Barat serta 28% kasus berada di Afrika. Pada tahun 2014, 1,5 juta orang

didunia meninggal karena TB. *Tuberkulosis* menduduki urutan kedua setelah *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) sebagai penyakit infeksi yang menyebabkan kematian terbanyak pada penduduk dunia (WHO, 2015). Indonesia adalah negara yang berada di kawasan Asia Tenggara dengan jumlah kasus TB ke-2 terbanyak di dunia setelah India (WHO, 2015). Berdasarkan laporan WHO tahun 2015, diperkirakan pada tahun 2014 kasus TB di India 23 % dan Indonesia 10 % kasus. Menurut Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, TB menyebar hampir diseluruh provinsi di Indonesia. Prevalensi penduduk Indonesia yang didiagnosis Tuberkulosis (TB) oleh tenaga kesehatan tahun 2013 adalah sebanyak 0,4%.

Indikator Program Pengendalian TB mulai dimasukkan ke dalam program SDGs (*Sustainable Development Goals*), Yaitu “Mengakhiri epidemiologi tuberkulosis tahun 2030”. Setelah Tahun 2015 Indikator TB di ganti dengan CNR (*Case Notifikasi Rate*). CNR adalah angka yang menunjukkan jumlah seluruh pasien TB yang di temukan dan tercatat diantara 100.000 penduduk di suatu wilayah tertentu.

Pada Tahun 1995 secara Nasional Strategi DOTS diterapkan secara bertahap di Puskesmas. Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan pasien, Prioritas diberikan kepada pasien TB tipe menular. Strategi ini akan memutuskan mata rantai dan dengan demikian akan menurunkan insiden TB di masyarakat. Pada tahun 2005 strategi DOTS oleh Global Stop TB partnership diperluas menjadi “Strategi Stop TB”. Alternatif program pemberantasan TB Paru adalah dengan *Active Case Finding* yaitu

menjaring kasus terduga TB Paru dengan melibatkan peran serta masyarakat termasuk kader untuk meningkatkan angka cakupan (coverage) penemuan, pemeriksaan dan pengobatan TB Paru. Kader TBC adalah seorang anggota masyarakat yang secara sukarela berperan aktif dalam penanggulangan TBC sesuai dengan kemampuannya. Tugas Kader Kesehatan dalam Pengendalian Program TB adalah : Membantu menemukan Penderita TB di masyarakat (Terduga TB), Membimbing dan memberikan dorongan kepada Pengawas Menelan Obat, Menjadi PMO, Memberikan penyuluhan secara aktif kepada masyarakat tentang TBC.

Kader kesehatan adalah seseorang yang mau dan mampu melaksanakan upaya-upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di bawah pembinaan petugas kesehatan yang dilakukan atas kesadaran diri sendiri dan tanpa pamrih apapun. Pemberdayaan kader yang merupakan sumber daya yang berada di lingkungan masyarakat, karena dibandingkan dengan petugas kesehatan, kader lebih dekat dengan masyarakat sehingga pasien dapat ditemukan dan diarahkan ke puskesmas untuk diperiksa lebih cepat serta pengobatan TB dapat lebih optimal. Peran serta masyarakat berpengaruh pada tinggi rendahnya CDR (Kemenkes RI, 2014).

Penemuan penderita TB Paru secara aktif di masyarakat sangat penting untuk mencegah penularan lebih lanjut. Kinerja kader TB dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti pengetahuan, sikap dan motivasi kader. Dengan mengetahui faktor tersebut, penemuan terduga TB dapat dioptimalkan dan

diterapkan di puskesmas untuk mencapai pengendalian TB yang lebih baik dan peningkatan CDR dan CNR yang merata. Cakupan penemuan terduga yang masih jauh dari target, kurangnya kesadaran masyarakat dalam memeriksakan kesehatannya, masih adanya stigma yang tinggi di masyarakat terhadap penderita TB.

Simon Sara Hoko (2013), Hasil penelitiannya memberikan gambaran bahwa setelah dilakukan analisis statistik ditemukan bahwa pengetahuan kader tentang tugas pengembangan kader dalam penemuan kasus TB mempunyai hubungan dan tingkat korelasi yang sangat kuat dengan tindakan kader dalam penemuan kasus TB di Puskesmas Lite, Semakin baik pengetahuan kader tentang tugas pengembangan kader dalam penemuan kasus TB, semakin baik pula tindakan kader dalam menemukan kasus TB di masyarakat.

Hal ini dapat ditunjukkan dengan data penelitian responden yang berpengetahuan cukup, tindakannya masuk dalam kategori cukup, sebaliknya responden yang berpengetahuan kurang, tindakannya masuk dalam kategori kurang. Pengetahuan kader Posyandu tentang tugas pengembangan kader merupakan domain yang sangat penting karena merupakan pijakan kader dalam melakukan tindakan penemuan kasus TB di masyarakat. Hal ini sejalan dengan teori Green (1980) yang menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang salah satu di antaranya adalah pengetahuan dari orang tersebut.

Made (2013) dalam penelitiannya tentang hubungan pengetahuan, sikap dan motivasi terhadap keaktifan kader dalam pengendalian TB di kabupaten Buleleng, Bali, menemukan bahwa kader 54 kesehatan dengan pengetahuan tinggi memiliki kemungkinan untuk aktif 18 kali lebih besar dari pada kader dengan pengetahuan rendah ($p=0,012$). (Jurnal made tahun 2013, di peroleh tanggal 12 maret 2018)

Nur Fadhilah (2017), Hasil penelitian terhadap kader TB Aisyah, Motivasi berhubungan dengan perilaku penemuan suspek TB, motivasi yang tinggi berdampak terhadap perilaku penemuan suspek yang baik (63, 5%) sebaliknya dengan motivasi yang rendah berdampak terhadap perilaku penemuan suspek yang kurang (36, 4%). Motivasi merupakan komponen psikologis yang berefek terhadap kinerja individu (Jurnal Nurfadhilah tahun 2017, di peroleh tanggal 12 maret 2018).

Upaya pengendalian TB di Indonesia telah mencapai peningkatan jauh dari waktu sebelum MDGs , namun perlu di waspadai beberapa tantangan dan masalah yang harus di hadapi agar tidak menghambat laju pencapaian program selanjutnya, salah satu tantangan terbesar adalah banyak kasus TB yang hilang atau tidak dilaporkan ke program. Pada tahun 2012 diperkirakan ada sekitar 130. 000 kasus TB yang diperkirakan ada tetapi belum dilaporkan. Beberapa tantangan internal yang masih dialami program pengendalian TB Nasional adalah : Fasilitas Pelayanan Kesehatan , Ketenagaan, OAT (Obat Anti Tuberkulosis), Pembiayaan, Kepatuhan Penyedia Pelayanan Kesehatan Pemerintah dan Swasta Terhadap Pedoman Nasional Pengendalian TB Nasional.

Selain tantangan internal, program TB juga mempunyai kendala di luar program yang apabila tidak ditanggulangi secara bersamaan mengakibatkan pencapaian program TB akan terhambat, diantaranya adalah Sistem Jaminan Kesehatan yang belum merata sehingga mengakibatkan program TB tidak optimal, Pertumbuhan Ekonomi tanpa disparitas, beban TB yang tinggi akan mengakibatkan beban sosial yang besar yang akan mengancam tercapainya target pemerataan pembangunan, Meningkatnya kerentanan terhadap TB akibat masalah kesehatan lain seperti HIV, besarnya populasi merokok, angka prevalensi diabetesm gizi buruk/ malnutrisi.

Berdasarkan Laporan WHO tahun 2015, prevalensi kasus TB di Indonesia pada tahun 2014 termasuk HIV, 647 per 100.000 penduduk. Perkiraan kasus TB paru BTA positif di Jawa Barat sebanyak 44.407. Temuan kasus tuberculosis (TB) di Kota Bandung sepanjang 2015 mencapai 7 ribu kasus. Jumlah ini masih kurang dari target temuan sebanyak hampir 9 ribu kasus. (Profil Kesehatan Kota Bandung, Tahun 2016). Sedangkan target penemuan kasus tahun 2016 adalah 358 per 100.000 penduduk. Puskesmas merupakan salah satu fasilitas kesehatan yang berperan dalam kontribusi penemuan kasus yaitu sebanyak 68,46%. Dengan angka keberhasilan pengobatan 86,43%. (Data dari P2P Dinas Kesehatan Kota Bandung, Tahun 2016). Target penemuan kasus Kota Bandung tahun 2017 adalah 7.502 dengan target terduga TB sebanyak 45.012. Sedangkan kasus MDR Kota Bandung pada tahun 2016 adalah 27 orang (P2TB Dinas Kesehatan Kota Bandung).

“UPT Puskesmas Kujangsari” adalah salah satu puskesmas yang memberikan pelayanan dan penanganan kasus TB dengan wilayah kerja 2 kelurahan dengan jumlah penduduk 38. 535, Jumlah RW 22, dengan peran kader kesehatan sebanyak 267 orang. Kader TB sebanyak 56 orang dan yang aktif hanya 2 orang kader. Pada tahun 2016 capaian program TB di UPT Puskesmas Kujangsari adalah 22 kasus dengan kasus DO (Drop Out) pengobatan sebanyak 2 orang atau 9, 09 %. Angka kasus MDR pada tahun 2014 adalah 4 kasus. Target penemuan kasus tahun 2017 TB 116 dan target terduga sebanyak 696, kasus yang ditemukan pada tahun 2017 adalah 38 kasus. Dari data tersebut diatas terdapat kesenjangan pencapaian program TB yang cukup banyak yaitu hanya 27, 58 % dari target, berarti terdapat kesenjangan sebanyak 72, 42 %. Angka DO juga sangat tinggi yaitu sebanyak 9, 09 %. Target terduga 696 yang diperiksa hanya 150 orang berarti terdapat kesenjangan 78 %. UPT Puskesmas Kujangsari menduduki urutan ke 11 dalam penemuan terduga dan BTA positif dari 33 UPT Puskesmas yang ada di Kota Bandung (Profil Dinkes Kota Bandung, 2016). Dari jumlah kader kesehatan yang ada penulis melihat ada potensi peran kader kesehatan yang belum optimal hubungannya dengan target program TB di Puskesmas Kujangsari. Upaya yang sudah dilakukan untuk meningkatkan cakupan kasus terduga TB diantaranya memberikan penyuluhan, penjangkaran terduga TB secara pasif dan aktif, pelatihan kader. Penulis sudah melakukan studi pendahuluan dengan metode wawancara kepada kader TB sebanyak 5 orang dengan beberapa pertanyaan, data yang di hasilkan menyatakan bahwa kader

melakukan penyuluhan sebanyak 2 kali dalam setahun, selama tahun 2017 tidak ada pelatihan maupun refreshing kader, tidak ada evaluasi secara khusus dari Puskesmas tentang kinerja kader TB, ketika menemukan terduga TB kader hanya melaporkan ke Petugas TB di Puskesmas dan tidak pernah merujuk secara langsung.

1.2 Rumusan Masalah

Hasil studi pendahuluan dengan melakukan wawancara dengan kader di dapat kan bahwa tingkat pengetahuan kader tentang TB belum sepenuhnya memahami, sedangkan untuk motivasi kader dalam menemukan terduga TB masih sangat kurang Berdasarkan penomena diatas penulis tertarik untuk meneliti “ Gambaran tingkat pengetahuan dan motivasi kader kesehatan dalam penemuan terduga TB di UPT Puskesmas Kujangsari Kota Bandung Tahun 2018”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui gambaran tingkat pengetahuan dan motivasi kader kesehatan dalam penemuan terduga TB di UPT Puskesmas Kujangsari Kota Bandung Tahun 2018.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi gambaran tingkat pengetahuan kader kesehatan dalam penemuan terduga TB di UPT Puskesmas Kujangsari Kota Bandung Tahun 2018

2. Mengidentifikasi motivasi kader kesehatan dalam penemuan terduga TB di UPT Puskesmas Kujangsari Kota Bandung Tahun 2018.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritik

1. Manfaat bagi Puskesmas

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan peneliti dalam mempersiapkan, mengumpulkan, mengolah, menganalisa, dan menginformasikan data serta meningkatkan ilmu pengetahuan dalam bidang Program TB di Puskesmas.

2. Bagi Institusi

Institusi dapat dijadikan sebagai bahan masukan dalam pengembangan ilmu pengetahuan terutama mengenai peran kader dalam penemuan kasus terduga TB.

1.4.2 Praktis

1. Bagi Perawat (Sebagai Petugas TB)

Sebagai bahan evaluasi kinerja, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi cakupan program dan rencana tindak lanjut.

2. Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan untuk kepala Puskesmas dalam menentukan strategi kebijakan program serta meningkatkan peran kader dalam pencapaian

program TB Paru di puskesmas. Sebagai bahan pertimbangan upaya edukasi kepada masyarakat.

3. Bagi Kader

Dapat lebih berperan aktif dalam meningkatkan pencapaian target terduga TB di wilayah nya dan lebih peduli terhadap masalah kesehatan di lingkungannya sehingga dapat mengurangi penularan penyakit TB di masyarakat. Dapat meningkatkan wawasan dan ilmu pengetahuan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Pustaka

2.1.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya) (Notoatmodjo, 2012). Dengan sendirinya pada waktu pengindraan sam menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indra pendengaran dan indera penglihatan yaitu mata. Sondang Siagian mengartikan bahwa ilmu pengetahuan adalah suatu objek, ilmiah yang memiliki sekelompok prinsipol, dalil, rumus, yang melalui percobaan yang sistematis dilakukan berulang kali telah teruji kebenarannya, dalil-dalil, prinsip-prinsip dan rumus-rumus mana yang dapat diajarkan dan dipelajari.

Moh.Hatta mendefinisikan pengetahuan atau studi yang teratur tentang pekerjaan hukum umum, sebab-akibat dalam suatu kelompok masalah yang sifatnya sama, baik menurut kedudukannya (apabila dilihat dari luar), maupun menurut hubungannya (jika dilihat dari dalam)". *Definisi ilmu pengetahuan adalah observasi, identifikasi,*

deskripsi, investigasi eksperimental, dan penjelasan fenomena teoritis. Hal ini secara khusus digunakan dalam penerapan kegiatan untuk objek penelitian atau studi. Beberapa pengertian dari C1, C2, C3, C4, C5 dan C6.

1. Pengetahuan (C1)

Aspek yang paling dasar dalam taksonomi Bloom. Pengetahuan hafalan yang perlu di ingat, seperti rumus, batasan definisi, istilah pasal dalam undang-undang, nama dan tokoh, nama-nama kota dan lain-lain. Hafal menjadi persyaratan bagi pemahaman, misalnya hafal kata-kata akan memudahkan membuat kalimat,

2. Pemahaman (C2)

Pemahaman dapat dibedakan menjadi tiga yaitu Tingkat rendah, seperti menterjemah, tahap ke dua adalah penafsiran, yaitu menghubungkan bagian-bagian dari grafik dengan kejadian. Pemahaman ke tiga yaitu pemahaman ekstrapolasi yang mengharapkan seseorang mampu melihat di balik yang tertulis, dapat membuat ramalan tentang konsekuensi atau dapat memperluas persepsi dalam arti waktu, dimensi, kasus ataupun masalahnya.

3. Aplikasi (C3)

Menerapkan aplikasi dalam situasi baru bila tetap terjadi proses pemecahan masalah. Pada aplikasi ini memilih suatu abseksi

tertentu (konsep, hukum, dalil, aturan, gagasan, cara) secara tetap untuk diterapkan dalam situasi baru dan menerapkannya secara benar.

4. Analisa (C4)

Dalam analisis seseorang dituntut untuk dapat menguraikan suatu situasi atau keadaan tertentu ke dalam unsur atau komponen-komponen pembentuknya.

5. Sintesi (C5)

Pada jenjang ini seseorang dituntut untuk dapat menghasilkan sesuatu yang baru dengan jalan menggabungkan berbagai faktor yang ada.

6. Evaluasi (C6)

Seseorang dituntut untuk dapat mengevaluasi situasi, keadaan, pernyataan atau konsep berdasarkan suatu kriteria tertentu.

2.1.2 Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmojo (2012) pengetahuan yang dicakup dalam *domain kognitif* mempunyai 6 tingkatan yaitu :

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, pada tingkatan recall (mengingat kembali) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsang yang diterima. Oleh karena itu tingkatan ini adalah yang paling rendah.

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat diinterpretasikan materi tersebut secara benar tentang objek yang akan dilakukan dengan menjelaskan, menyebutkan contoh dan lain-lain.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi sebenarnya.

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau objek kedalam komponen – komponen tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitan satu sama lain, kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokan dan lain sebagainya.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, dengan kata lain sintesis ini suatu kemampuan untuk menyusun, dapat merencanakan, meringankan, menyesuaikan terhadap suatu teori atau rumusan yang telah ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Kemampuan untuk melaksanakan penilaian terhadap suatu materi atau objek penilaian berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada.

2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

1. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah (baik formal maupun informal), berlangsung seumur hidup. Pendidikan adalah sebuah proses pengubah sikap dan tata laku seseorang atau kelompok dan juga usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Dengan pendidikan yang tinggi maka seseorang akan semakin cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media masa. Semakin banyak informasi banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat mengenai kesehatan.

2. Informasi/media massa

Informasi dapat di definisikan sebagai suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, memanipulasi mengumumkan dan menyebarkan informasi tertentu (Undang-undang Teknologi Informasi).

3. Pekerjaan

Seseorang yang bekerja di sektor formal memiliki akses yang lebih baik terhadap berbagai informasi termasuk kesehatan.

4. Sosial Budaya dan Ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang biasa dilakukan orang tidak melalui penalaran apakah dilakukan dengan baik atau buruk. Dengan demikian seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi akan mempengaruhi seseorang dalam mendapatkan fasilitas pendidikan.

5. Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, *biologis* maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap individu yang berada dalam lingkungannya. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak, yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

6. Pengalaman

Pengalaman adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu.

7. Usia

Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula dalam pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya akan semakin membaik.

2.1.4 Kategori Pengetahuan

Menurut Arikunto (2006), Pengetahuan dibagi dalam 3 kategori, yaitu:

1. Baik: Bila subjek mampu menjawab dengan benar 76%- 100 % dari seluruh pertanyaan.
2. Cukup: Bila subjek mampu menjawab dengan benar 56% - 75 % dari seluruh pertanyaan.
3. Kurang: Bila subjek mampu menjawab dengan benar 40% - 55 % dari seluruh pertanyaan.

2.2 Motivasi

2.2.1 Pengertian Motivasi

Pada dasarnya semua manusia mempunyai potensi untuk berusaha dan bertindak, dimana tindakan-tindakan manusia tersebut akan tertuang dalam beberapa bentuk aktivitas, fungsi dari aktivitas ini adalah untuk mempertahankan siklus hidupnya. Kemampuan berusaha dan bertindak itu diperoleh manusia baik secara alami (dibawa dari lahir) maupun dipelajari (dalam perkembangannya), walaupun manusia mempunyai potensi untuk berperilaku tertentu tetapi perilaku

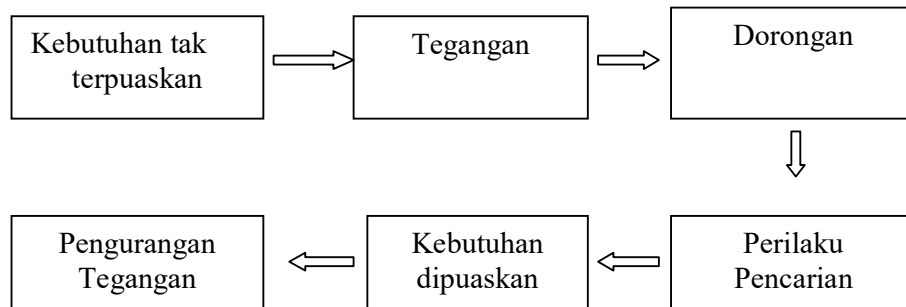
itu hanya diaktualisasikan pada saat tertentu saja. Perilaku manusia untuk berperilaku tertentu ini disebut *ability* (kemampuan), sedangkan ekspresi dari potensi ini dikenal sebagai *performance* (pekerjaan).

Motivasi berasal dari bahasa Latin yaitu *Movere* yang artinya menggerakkan, sedangkan dalam bahasa Inggris dikenal dengan *Motivation* yang berarti dorongan atau alasan. Pengertian motivasi menurut Robin (2013) adalah “Kesediaan untuk mengeluarkan tingkat upaya yang tinggi ke arah tujuan-tujuan organisasi, yang dikondisikan oleh kemampuan upaya itu untuk memenuhi sesuatu kebutuhan individual. Motivasi dapat timbul dari dalam individu (*motivasi intrinsik*) dan dapat timbul dari luar individu (*motivasi ekstrinsik*) dan keduanya mempunyai pengaruh terhadap perilaku dan semangat kerja.

2.2.2 Proses Motivasi

Proses terjadinya motivasi, ini dapat menggambarkan dinamika dari motivasi dan dari dinamika tersebut dapat mendorong manusia untuk berperilaku. Suatu kebutuhan menurut Robin (2013) adalah suatu keadaan internal yang menyebabkan hasil-hasil tertentu tampak menarik, dimana suatu kebutuhan yang terpuaskan akan menciptakan tegangan yang merangsang dorongan-dorongan di dalam individu tersebut. Dorongan ini menimbulkan suatu perilaku pencarian untuk menemukan tujuan-tujuan tertentu, dimana jika tujuan tersebut tercapai, akan dapat memenuhi kebutuhan yang ada dan mendorong ke arah pengurangan tegangan.

Proses motivasi tersebut seperti yang dilukiskan dalam gambar berikut :



Gambar 2.1 Proses Motivasi (Robbin, 2013)

2.2.3 Faktor Motivasi

Menurut Herzberg mengembangkan teori hierarki kebutuhan Maslow menjadi dua faktor tentang motivasi. Dua faktor itu dinamakan sebagai berikut :

1. Faktor pemuas (*motivation factor*)

Faktor ini disebut dengan *satisfier* atau *intrinsic motivation* yang berarti bersumber dari dalam diri seseorang. Faktor ini juga sebagai pendorong seseorang untuk berprestasi yang bersumber dari dalam diri seseorang tersebut (kondisi intrinsik) antara lain seperti :

a. Prestasi yang diraih (*achievement*)

Merupakan daya penggerak yang memotivasi semangat kerja seseorang, karena ini akan mendorong seseorang untuk mengembangkan kreativitas dan mengarahkan semua

kemampuan serta energi yang dimilikinya demi mencapai prestasi tinggi, asalkan diberikan kesempatan

b. Tanggung jawab (*responsibility*)

Merupakan daya penggerak yang memotivasi sehingga bekerja hati-hati untuk bisa menghasilkan produk dengan kualitas istimewa

c. Kepuasan kerja itu sendiri (*the work it self*)

Merupakan teori yang disebut teori tingkat persamaan kepuasan (*the steady-state theory of job statisfaction*) mengemukakan bahwa kepribadian merupakan salah satu faktor penentu stabilitas kepuasan kerja.

2. Faktor pemelihara (*maintenance factor*)

Faktor ini disebut dengan disatisfier atau extrinsic motivation. Faktor ini juga disebut dengan hygiene factor merupakan faktor-faktor yang sifatnya eksintrik yang berarti bersumber dari luar diri seseorang.

2.3 Kader Kesehatan

2.3.1 Pengertian Kader Kesehatan

Dalam menjalankan perannya sebagai kader kesehatan pengetahuan adalah salah satu indikator dalam perubahan perilaku kader kesehatan. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kader kesehatan diantaranya adalah pengetahuan tentang sakit dan penyakit yang meliputi : penyebab penyakit,

gejala atau tanda-tanda penyakit, bagaimana cara pengobatan, bagaimana cara penularannya dan bagaimana cara pencegahannya.

Saat ini pemerintah Indonesia melakukan akselerasi pencapaian Program Pengendalian Tuberculosis (TB) dengan melakukan ekspansi strategi (Directly Observed Treatment Shortcourse) DOTS pada semua Fasilitas Pelayanan Kesehatan –Puskesmas yang ada dan melibatkan semua sektor terkait dalam suatu bentuk kemitraan. Kemitraan ini sangat penting mengingat pemahaman yang benar tentang Tuberculosis di masyarakat masih belum seperti yang diharapkan. Rendahnya keterlibatan masyarakat dalam penjangkaran suspek TB tidak terlepas dari pemahaman yang benar tentang TB, bagaimana penularannya, kriteria pasien tersangka TB serta upaya pencegahan. Pendampingan aktif kepada pasien selama pengobatan TB membutuhkan waktu yang lama sesuai dengan aturan pengobatan yang memenuhi standar, terkadang merupakan salah satu faktor penghambat yang memungkinkan terjadinya ketidak patuhan pasien dalam menelan obat. Disamping itu, masih adanya stigma tentang TB, serta terbatasnya informasi, bagaimana pelayanan dan pengobatan TB di masyarakat mempengaruhi motivasi pasien untuk sembuh.

Kader kesehatan adalah seseorang yang mau dan mampu melaksanakan upaya-upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di bawah pembinaan petugas kesehatan yang dilakukan atas kesadaran diri sendiri dan tanpa pamrih apapun.

2.3.2 Tujuan Khusus

1. Terselenggaranya upaya promotif dan preventif terhadap masalah-masalah kesehatan oleh masyarakat sendiri
2. Terdeteksinya masalah-masalah kesehatan secara dini yang ada diwilayah dengan adanya kader yang berilmu pengetahuan dan aktif.
3. Masyarakat mampu mengambil inisiatif untuk menyelesaikan masalah-masalah kesehatan diwilayahnya secara mandiri
4. Memudahkan koordinasi antara petugas kesehatan dengan masyarakat (kader) untuk melaksanakan upaya-upaya kesehatan masyarakat

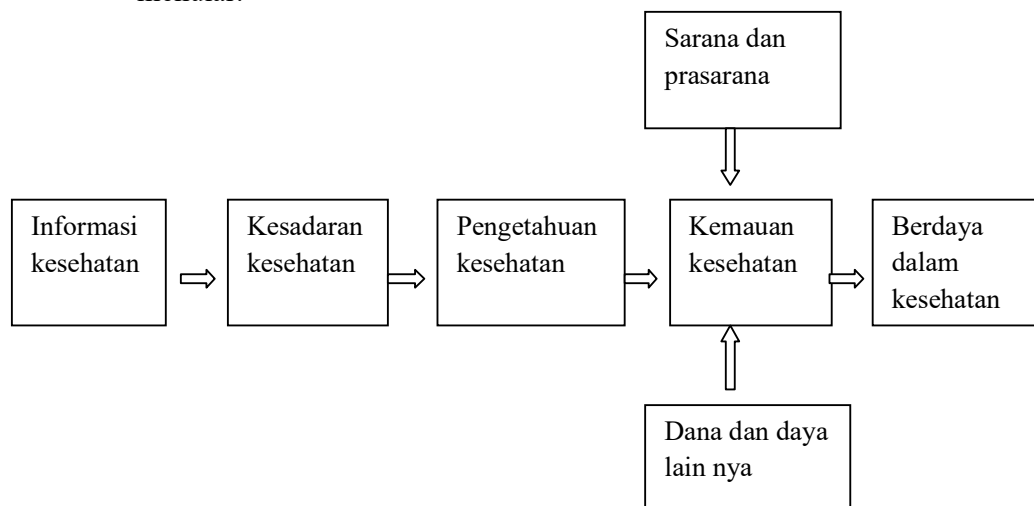
2.3.3 Peran dan Tugas Kader TB

Kader TBC adalah seorang anggota masyarakat yang secara sukarela berperan aktif dalam penanggulangan TBC sesuai dengan kemampuannya.

1. Membantu menemukan Penderita TB di masyarakat (Terduga TB)
2. Membimbing dan memberikan dorongan kepada Pengawas Menelan Obat.
3. Menjadi PMO
4. Memberikan penyuluhan secara aktif kepada masyarakat tentang TBC

2.3.4 Proses Pemberdayaan Masyarakat

Kemampuan masyarakat dalam bidang kesehatan sesungguhnya mempunyai pengertian yang sangat luas. Masyarakat yang berperan sebagai kader kesehatan harus mempunyai pengetahuan yang baik (*health literacy*), baik penyakit menular maupun tidak menular.



**Gambar 2.2 Proses Pemberdayaan Masyarakat (Promkes Ilmu dan Prilaku:
Prof. DR. Soekijo Notoatmodjo, S.K.M., M.Com.H.)**

2.4 TB (Tuberkulosis)

2.4.1 Pengendalian Tuberkulosis di Indonesia

Upaya pengendalian Tuberkulosis di Indonesia sudah berlangsung sejak sebelum kemerdekaan. Setelah perang dunia ke dua secara terbatas melalui 20 balai pengobatan dan 15 sanatorium. Setelah perang dunia ke dua WHO merekomendasikan upaya diagnosa melalui pemeriksaan dahak langsung dan pengobatan memakai OAT (Obat Anti Tuberkulosis).

Pada Tahun 1995 secara Nasional Strategi DOTS diterapkan secara bertahap di Puskesmas. Strategi *DOTS (Directly Observed Treatment Short – Course)* terdiri dari 5 kompponen kunci, yaitu :

1. Komponen Politis, dengan peningkatan dan kesinambungan pendanaan.
2. Penemuan kasus melalui pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya
3. Pengobatan yang standar, dengan supervisi dan dukungan bagi pasien
4. Sistem pengelolaan dan ketersediaan OAT yang efektif
5. Sistem monitoring pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien dan kinerja program.

Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan pasien, Prioritas diberikan kepada pasien TB tipe menular. Strategi ini akan memutuskan mata rantai dan dengan demikian akan menurunkan insiden TB di masyarakat. Pada tahun 2005 strategi DOTS oleh Global Stop TB partnership diperluas menjadi “ Strategi Stop TB”, yaitu :

1. Mencapai, mengoftimalkan dan mempertahankan mutu DOTS
2. Merespon masalah TB – HIV dan tantangan lainnya.
3. Berkontribusi dalam penguatan sistem kesehatan.
4. Melibatkan senua penberi pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta.

5. Memberdayakan pasien dan masyarakat
6. Melaksanakan dan mengembangkan penelitian.

Peran dan Kegiatan Masyarakat dan Ke Organisasi
kemasyarakatan (Kader Kesehatan) :

Peran	Kegiatan
Pencegahan TB	Penyuluhan TB, Pengembangan KIE, Pelatihan kader
Deteksi Dini Terduga TB	Pelacakan kontak erat pasien dengan gejala TB, Pengumpulan dahak terduga TB, pelatihan kader
Melakukan Rujukan	Dukungan motivasi kepada terduga TB untuk ke fasyankes, dukungan transport
Dukungan / motivasi keteraturan berobat pasien TB	Pengawasan Menelan Obat
Dukungan Sosial Ekonomi	Dukungan transport pasien TB, nutrisi, dan suplement pasien TB, peningkatan keterampilan pasien TB, menyediakan pekerja sosial, memotivasi mantan pasien TB untuk mendampingi pasien TB
Advokasi	Membantu penyusunan bahan advokasi, membantu memberikan masukan kepada Pemerintah
Mengurangi Stigma	Diseminasi informasi tentang TB, membentuk kelompok pendidik sebaya, testimoni pasien TB

(Sumber : Buku Pedoman TB Nasional Tahun 2014, Depkes RI).

Pemberdayaan masyarakat adalah unsur penting dalam menanggulangi pasien TB terutama dalam penemuan kasus atau suspek TB. Dalam Kemenkes No 67 tahun 2016 di sebutkan bahwa *“penanggulangan TB diselenggarakan melalui Promosi kesehatan, surveilans TB, Pengendalian faktor resiko, penemuan dan penanganan kasus TB, Pemberian kekebalan dan pemberian kekebalan”*.

Target utama tahun 2015 – 2019 adalah penurunan insiden TB yang lebih cepat dari hanya sekitar 1-2 % pertahun menjadi 3 – 4 % pertahun. Indikator Program TB adalah Angka Notifikasi Kasus TB (*Case Notification Rate = CNR*) dan Angka Keberhasilan Pengobatan (*Treatment Succes Rate =TSR*).

2.4.2 Indikator Program TB

Untuk menilai kemajuan atau keberhasilan penanggulangan TB digunakan beberapa indikator. Indikator penanggulangan TB secara nasional ada 2, yaitu :

1. Angka penemuan pasien baru TB BTA positif (*Case Detection Rate/CDR*) adalah prosentase 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. Perkiraan jumlah pasien baru TB BTA positif diperoleh berdasarkan perhitungan angka insidens kasus TB paru BTA positif dikali dengan jumlah penduduk. Target CDR Program Penanggulangan *Tuberkulosis Nasional minimal* 90%.
2. Angka kesembuhan (*Cure rate*) adalah angka yang menunjukkan prosentase pasien baru TB paru BTA positif yang sembuh setelah selesai masa pengobatan, diantara pasien baru TB paru BTA positif yang tercatat.

2.4.3 Patogenesis TB

Penyakit TB adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium Tuberculosis*). Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya.

Selain mempengaruhi paru (80%), TB juga dapat mempengaruhi organ lain seperti otak, ginjal atau spinal (*tuberkulosis ekstrapulmonar: 20%*). Secara umum hanya 5-10% orang yang terinfeksi akan mengalami penyakit TB aktif.

Penularan kuman TB terjadi karena kuman dibatuk kan atau di bersinkan, keluar menjadi droplet nuclie dalam udara di sekitar kita.

Partikel infeksi ini dapat menetap di udara bebas selama 1-2 jam, tergantung pada atau tidak nya ultra violet, Ventilasi yang buruk dan kelembaban. Dalam suasana lembab dan gelap kuman dapat bertahan berhari – hari sampai ber bulan- bulan. Bila partikel ini terhisap oleh orang sehat, ia akan menempel pada saluran napas atau jaringan paru. Partikel bisa masuk ke alveolar bila partikel ukuran < 5 mikrometer. Kuman akan dihadapi pertama oleh mikrofaag. Kebanyak partikel ini akan mati atau dibersihkan oleh makrofaag keluar dari percabangan trakeobronkial bersama gerakan silia dengan sekretnya.

Bila kuman menetap di jaringan paru, berkembang biak dalam sitoplasma makrofag. Disini ia dapat terbawa masuk ke organ tubuh lainnya. Kuman akan berbentuk sarang *tuberkulosis pneumonia* kecil dan disebut sarang primer / afek primer / sarang ghon. Sarang primer ini dapat terjadi di setiap bagian jaringan paru. Bila menjalar sampai ke pleura, maka terjadi *Efusi Pleura*. Bila masuk ke arteri pulmonalis maka terjadi penjaran ke seluruh bagian paru menjadi TB.

Dari sarang primer akan timbul peradangan saluran getah bening menuju hilus (*limfangitis lokal*) dan diikuti perbesaran kelenjar getah bening (*limfangitis regional*). Sarang primer *limfangitis lokal* dan *limfangitis regional* menjadi kompleks primer (ranke).

Keseluruhan proses ini terjadi dalam kurun waktu 3 – 8 minggu.

Kompleks ini selanjutnya dapat menjadi :

1. Sembuh sama sekali tanpa cacat
2. Sembuh dengan meninggalkan sedikit bekas, garis-garis fibrosis, klasifikasi di hilus. Terdapat pada lesi pneumonia yang luasnya > 5mm dan 10 % diantaranya dapat terjadi reaktivasi lagi akibat kuman yang dormant.
3. Berkomplikasi dan menyebar secara : Perkontinuitatum (ke sekitarnya), secara bronkogen (pada paru bersangkutan atau sebelahnya atau tertelan sehingga menyebar ke usus), secara limfogen ke organ lain dan secara hematogen ke organ lainnya.

2.4.4 TB Primer dan Sekunder

Tuberkulosis primer akan muncul bertahun – tahun kemudian sebagai infeksi endogen menjadi tuberkulosis dewasa (tuberkulosis post primer). Tuberkulosis sekunder mayoritas 90% terinfeksi. Tuberkulosisi sekunder terjadi karena imunitas menurun seperti malnutrisi, alkohol, diabetes, AIDS, gagal ginjal. TB ini dimulai dengan sarang dini yang berlokasi di regio atas paru (bagian apikal posterior, lobus superior).

2.4.5 Kuman Penyebab TB

Penyebab TB adalah kuman kelompok *Mycobacterium* yaitu *Mycobacterium Tuberculosis*. Kuman ini dikenal dengan nama *Basil Tahan Asam*. Kuman ini berbentuk batang, Tahan lama pada suhu 4°C sampai minus 70°C, sangat peka terhadap panas bisa mati dalam beberapa menit apabila terkena sinar ultra violet. Kuman dapat bersifat dorman (tidur/tidak berkembang).

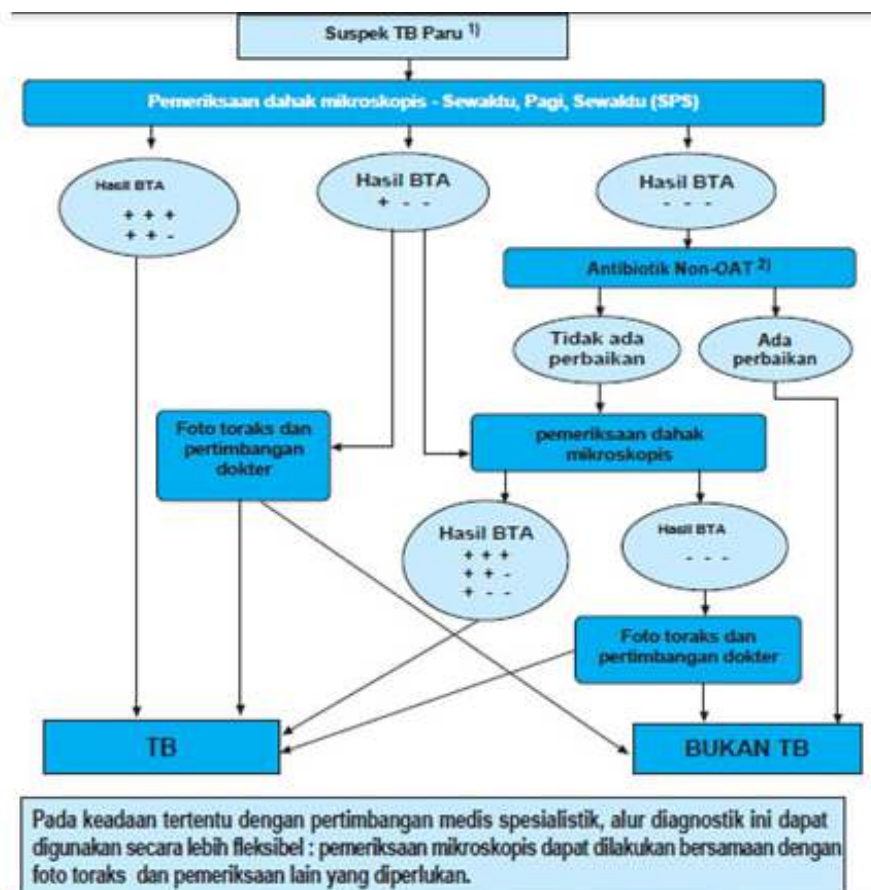
2.4.6 Cara Penularan

Sumber penularan adalah Pasien TB BTA positif melalui percikan dahak yang dikeluarkannya. Pasien TB BTA positif tingkat penularannya adalah 65 % dan pada pasien BTA Negatif adalah 17 %. Infeksi akan terjadi apabila orang lain menghirup udara yang mengandung percikan dahak yang terinfeksi. Pada waktu bersin atau batuk dapat menghasilkan 3000 *droplet nuclei*.

2.4.7 Gejala Penyakit TB

1. Batuk berdahak lebih dari 2 minggu
2. Berat Badan Turun
3. Napsu makan berkurang
4. Keringat pada malam
5. Demam

2.4.8 Alur Diagnosa TB, Sumber : buku Pedoman TB nasional tahun 2014



Gambar 2.3. Alur Diagnosis TB

Pemeriksaan suspek (terduga TB) dilakukan 3 kali pemeriksaan:

1. S (Sewaktu pertama), yaitu : Dahak ditampung pada saat terduga pasien TB datang berkunjung pertama kali ke Fasyankes
2. P (Pagi), yaitu : Dahak ditampung di rumah pada pagi hari ke dua, setelah bangun tidur.
3. S (Sewaktu kedua), yaitu : Dahak di tampung di Fasyankes pada hari kedua saat menyerahkan dahak pagi.
4. Hasil pemeriksaan dahak dinyatakan positif TB apabila ditemukana Basil Tahan Asam pada salah satu pemeriksaan.

2.4.9 Klasifikasi Pasien TB

1. Pasien TB berdasarkan hasil konfirmasi pemeriksaan *Bakteriologis*, yaitu :
 - a. Pasien TB paru BTA positif
 - b. Pasien TB paru hasil biakan M.tb positif
 - c. Pasien TB paru hasil tes cepat M.tb positif
 - d. Pasien Ekstra Paru terkontaminasi secara *bakteriologis* baik dengan BTA biakan maupun tes cepat dari contoh uji jaringan yang terkena,
 - e. Anak yang terdiagnosis dengan pemeriksaan bakteriologis
2. Pasien TB terdiagnosis TB terdiagnosis secara klinis :
 - a. Pasien TB paru BTA negatif, foto toraks mendukung TB

- b. Pasien Ekstra Paru yang secara klinis maupun laboratorium tanpa konfirmasi bakteriologis
- c. TB anak yang terdiagnosis dengan sistem skoring

2.4.10 Pengobatan Pasien TB

1. Tujuan Pengobatan TB

- a. Menyembuhkan pasien dan memperbaiki produktifitas dan kualitas hidup
- b. Mencegah terjadinya kematian
- c. Mencegah terjadinya kekambuhan TB
- d. Menurunkan penularan TB
- e. Mencegah terjadinya dan penularan TB resisten obat.

2. Prinsip Pengobatan TB

- a. Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan OAT (Obat Anti Tuberkulosis) yang tepat mengandung minimal 4 jenis obat
- b. Diberikan dalam dosis tepat
- c. Di telan secara teratur dan diawasi langsung oleh PMO
- d. Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup.

2.4.11 Tahapan Pengobatan TB

1. Tahap Awal Pada Pasien Dewasa

Pengobatan diberikan setiap hari, pada pasien baru diberikan selama 2 bulan (56 hari). Pada pasien kambuh diberikan setiap hari sebanyak 3 bulan atau 84 kali minum obat setiap hari dan diberikan injeksi Streptomisin setiap hari selama 56 kali.

2. Tahap Lanjutan Pada Pasien Dewasa

Pengobatan tahap lanjutan merupakan tahap yang penting untuk membunuh kuman yang masih ada dalam tubuh sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan. Pemberian sebanyak 48 x seminggu 3 kali. Pada pasien kambuh diberikan 64 kali seminggu 3 kali.

3. Pengobatan Pada Anak

Pemberian pengobatan Fase Awal sebanyak 56 kali makan obat, setiap hari. Pada Fase Lanjutan diberikan sebanyak 120 kali minum obat setiap hari

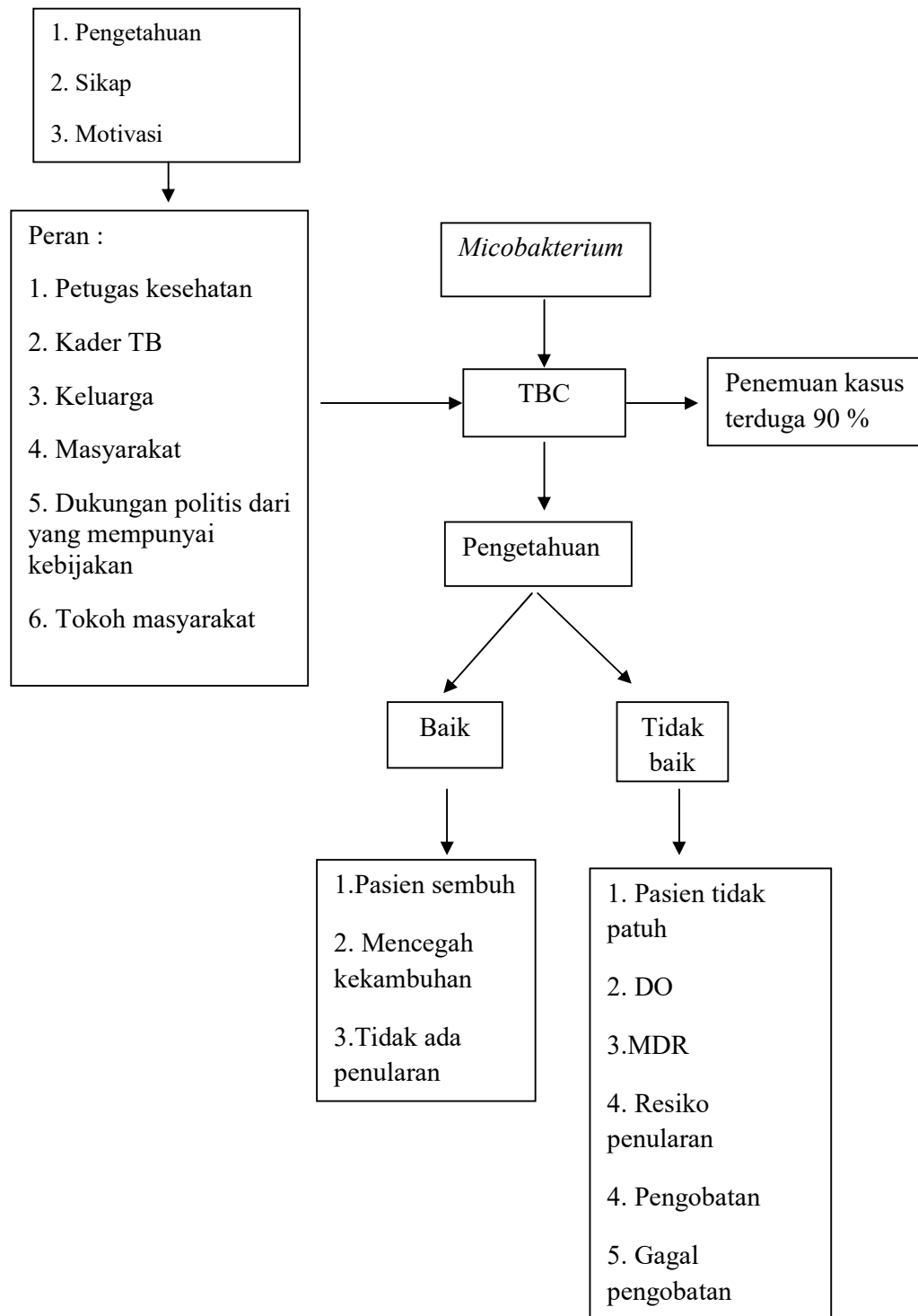


Gambar 2.4 Alur Pengobatan TB Anak

2.5 Kerangka Konsep

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman *Micobacterium Tuberculosis*. Indikator keberhasilan program TB adalah Angka notifikasi Kasus TB (*Case Notification Rate = CNR*) dan Angka Keberhasilan Pengobatan TB (*Treatment Success Rate = TSR*). Salah satu

proses pencapaian indikator tersebut adalah Angka penemuan kasus terduga TB (*Case Detection Rate = CDR*, Target CDR adalah 90 %). Peran kader TB adalah menemukan dan merujuk kasus terduga TB ke Pelayanan Kesehatan atau Puskesmas sebagai langkah deteksi dini kasus TB, Memberikan motivasi dan menjadi PMO untuk keberhasilan pengobatan. Peran petugas TB adalah Menjaring Terduga TB baik rujukan dari kader maupun yang datang ke fasilitas kesehatan, memberikan pelayanan, pencatatan, pengobatan dan KIE serta melatih kader TB untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan.



Bagan 2.5
Kerangka Konsep Faktor-faktor yang mempengaruhi penemuan terduga TB
 (Sumber : Pedoman TB Nasional Tahun 2014)