



**HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK KADER
KESEHATAN DENGAN PRAKTIK PENEMUAN
TERSANGKA KASUS TUBERKULOSIS PARU
(Studi Kasus Di Wilayah Kerja Puskesmas Tlogosari Kulon
Semarang)**

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh:

Siti Malihatun Nisa

6411412036



**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

2016

Siti Malihatun Nisa

Hubungan antara Karakteristik Kader Kesehatan dengan Praktik Penemuan Tersangka Kasus Tuberkulosis Paru (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Tlogosari Kulon Semarang)

XIX+148 halaman+ 17 tabel+ 2 gambar+ 18 lampiran

ABSTRAK

Penemuan tersangka kasus TB adalah salah satu indikator evaluasi upaya menanggulangi TB paru. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan karakteristik kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus TB paru di Puskesmas Tlogosari Kulon. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*. Instrumen Penelitian dengan menggunakan kuesioner. Sampel Penelitian berjumlah 54 responden, dipilih menggunakan teknik *stratified random sampling*. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat uji *chi-square* ($\alpha = 0,05$) dan menghitung *Prevalance Risk*. Hasil statistik menunjukkan variabel yang berhubungan adalah pengetahuan ($P=0,000$, $PR=12,39$), sikap ($P=0,003$, $PR=2$), motivasi ($P=0,001$, $PR=3,23$) dan Imbalan ($P=0,001$, $PR=10,85$), sedangkan variabel yang tidak berhubungan adalah usia ($P=0,7$, $PR=0,86$) dan pekerjaan ($P=0,34$, $PR=1,33$), sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan, sikap, motivasi dan imbalan yang diterima kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru. Disarankan kepada Puskesmas untuk meningkatkan pengetahuan melalui penyuluhan atau pelatihan secara berkala, memberikan imbalan agar memicu kinerja kader.

Kata Kunci: Kader kesehatan, Karakteristik Kader, Penemuan Tersangka kasus tuberculosi

Kepustakaan: 61 (2002-2015)

Siti Malihatun Nisa

Association between Characteristics of Health Volunteers with Pulmonary Tuberculosis Suspect Detection (Case Study In Public Health Center of Tlogosari Kulon Semarang)

XIX+ 148 pages+ 17 tables+ 2 figures + 18 attachments

ABSTRACT

The discovery of suspected cases of tuberculosis is one of the indicators of evaluation efforts in tackling pulmonary tuberculosis. The purpose of this study to find out the characteristics of the volunteers to practice the invention of a suspect case of pulmonary tuberculosis in Public health center of Tlogosari Kulon. This study using cross sectional approach. Research Instruments using a questionnaire. Research samples are 54 respondents were selected using stratified random sampling technique. Data analysis was performed using univariate and bivariate chi-square test ($\alpha = 0.05$) and calculate the Prevalance Risk. The statistical results showed that the variables associated with pulmonary tuberculosis suspect detection is knowledge ($P = 0.000$, $PR = 12.39$), attitude ($P = 0.003$, $PR = 2$), motivation ($P = 0.001$, $PR = 3.23$) and rewards received ($P = 0.001$, $PR = 10.85$), while the unrelated variables were age ($P = 0.7$, $PR = 0.86$) and jibs ($P = 0.34$, $PR = 1.33$), so it can be concluded there is a significant relationship between knowledge, attitudes, motivation and reward received by volunteers with the pulmonary tuberculosis suspect detection. Suggested to the Public health center to improve the knowledge of volunteers through efforts in the form of health education or training on a regular basis, provide compensation in the form of awards in order to trigger the performance of health volunteers.

Keywords: *health volunteers, volunteer's characteristics, discovery of tuberculosis suspect*
Literatur: 61 (2002-2015)

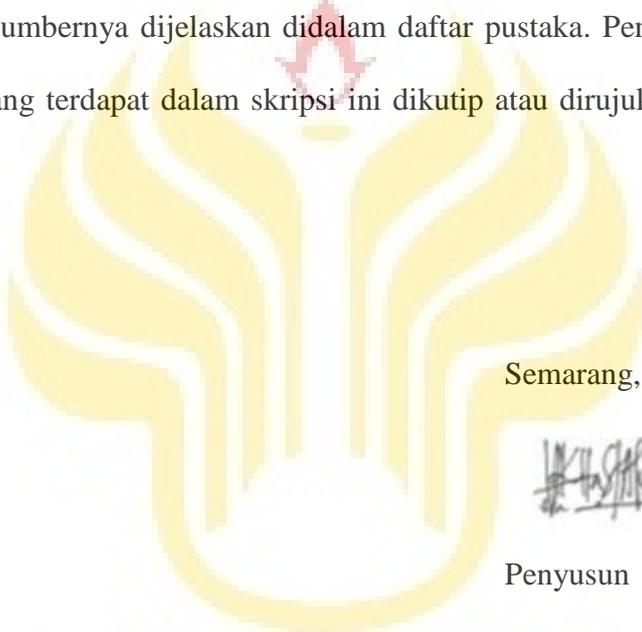
PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah digunakan untuk memperoleh gelar sarjana di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperlukan dari hasil penelitian maupun yang belum atau tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan didalam daftar pustaka. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, Oktober 2016



Penyusun



UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan panitia Sidang Ujian Skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang. Skripsi atas nama Siti Malihatun Nisa NIM. 6411412036 dengan judul "Hubungan antara Karakteristik Kader Kesehatan dengan Praktik Penemuan Tersangka Kasus Tuberkulosis Paru (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Tlogosari Kulon Semarang)"

Pada hari : Senin

Tanggal : 07 November 2016

Panitia Ujian



Ketua Panitia,

Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd
NIP. 196403201984032001

Sekretaris,

Irwan Budiono, S.KM., M.Kes(Epid)
NIP. 197512172005011003

Dewan Penguji

Tanggal Persetujuan

Ketua Penguji
(Penguji I)

dr. Mahalol Azam, M.Kes
NIP. 197511192001121001

27-12-2016

Anggota Penguji
(Penguji II)

Galuh Nita Prameswari, S.KM., M.Si
NIP. 198006132008122002

15/12-2016

Anggota Penguji
(Penguji III)

drg. Yunita Dyah P.S., M. Kes(Epid)
NIP. 198306052009122004

13-12-2016

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto:

1. Kesuksesan itu hanya dapat diraih dengan segala upaya dan usaha yang disertai doa, karena sesungguhnya nasib seseorang manusia tidak akan berubah dengan sendirinya tanpa berusaha.
2. Mulailah melangkah meskipun itu sulit ataupun mudah, berat ataupun ringan. Semakin melangkah akan semakin terasa ringan. Dan jika semakin ditunda akan semakin terasa berat. Kuncinya adalah memulai
3. *“Dan bahwasanya seorang manusia tiada memperoleh selain apa yang telah diusahakannya”* (Q.S An-Najm : 39)

Persembahan

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Bapakku Sahlan (alm), dan Ibuku
Zubaidah yang menjadi semangatku
2. Kakak-kakakku Siti Niswatun
Chasanah dan Muhammad Suyuti serta
adikku Muhammad Shofiqul Amin
3. Almamaterku UNNES

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga skripsi yang berjudul **“Hubungan antara Karakteristik Kader Kesehatan dengan Praktik Penemuan Tersangka Kasus Tuberkulosis Paru (Studi Kasus Di Wilayah Kerja Puskesmas Tlogosari Kulon Semarang)”** dapat terselesaikan. Penyelesaian skripsi ini dimaksudkan untuk melengkapi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Keberhasilan penyelesaian penelitian sampai dengan tersusunnya skripsi ini atas bantuan dari berbagai pihak, sehingga dengan rendah hati penulis sampaikan terima kasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Ibu Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd, atas ijin penelitian.
2. Pembantu Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Drs. Tri Rustiadi, M.Kes, atas ijin penelitian.
3. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Irwan Budiono, S.KM, M.Kes, atas persetujuan penelitian.
4. Dosen Pembimbing, Ibu drg. Yunita Dyah Puspita Santik, M. Kes (Epid) atas arahan, bimbingan, masukan serta motivasinya dalam penyusunan skripsi ini.
5. Penguji Skripsi I, Bapak dr. Mahalul Azam, M.Kes., atas arahan, bimbingan dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.
6. Penguji Skripsi II, Ibu Galuh Nita Prameswari., S.KM, M.Si., atas arahan, bimbingan dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.
7. Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, atas bekal ilmu, bimbingan dan bantuannya.

8. Staff Tata Usaha (TU) Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Sungatno, atas bantuan dalam segala urusan administrasi.
9. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Semarang, atas ijin penelitian yang telah diberikan.
10. Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang, dr. Widodo M.PH atas izin penelitian yang telah diberikan.
11. Kepala Puskesmas Tlogosari Kulon Semarang, Ibu Indah Widiastuti atas izin penelitian yang diberikan.
12. Ibu Ita, selaku petugas pemegang program tuberkulosis Puskesmas Tlogosari Kulon Semarang atas bantuannya.
13. Kader Kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Tlogosari Kulon Semarang atas keikutsertaannya dalam penelitian ini
14. Bapakku Sahlan (alm) dan Ibuku Zubaidah terima kasih atas do'a, motivasi, semangat dan segala yang telah diberikan untuk ananda.
15. Kakak-kakakku Siti Niswatun Chasanah, Muhammad Suyuti, dan adikku Muhammad Shofiqul Amin yang telah memberikan dorongan dan semangat.
16. Mas Hari Mulyo Santoso, Pak Dhe Zubair, Pak Lek Yasin, Pak Lek Hafidz, Om Yusuf yang telah memberikan dukungan dalam bentuk moril maupun materi selama berada di bangku perkuliahan.
17. Sahabatku (Ita Dwi Yuliyani, Siti Hidayatul Umah, Elya Hikmawati, Ishmah Fauziyyah, Mujiono) dan Penghuni Kos Rasa Damai atas bantuan, kerjasama, dan motivasinya dalam penyusunan skripsi ini.

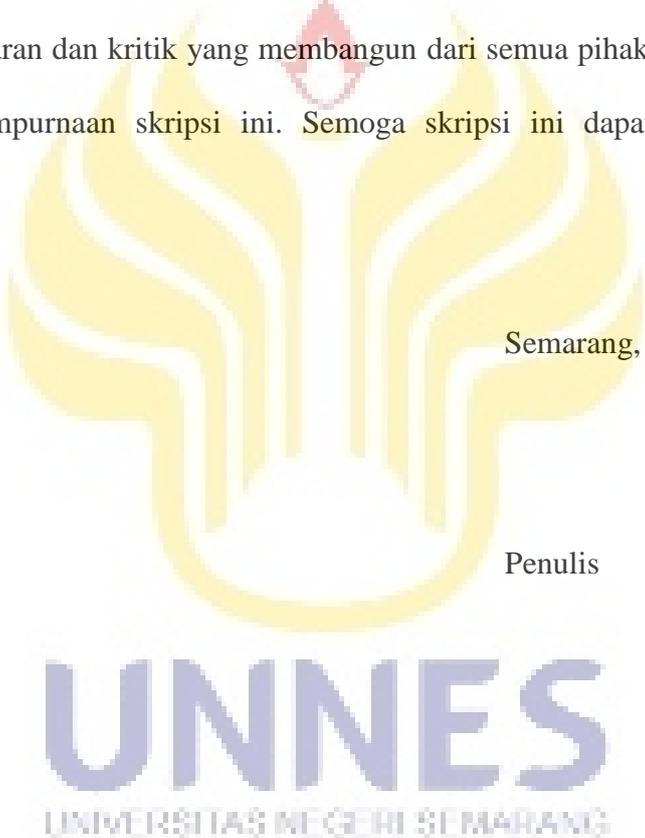
18. Teman Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan 2012, atas bantuan, masukan dan motivasinya dalam penyusunan skripsi ini.

19. Semua pihak yang terlibat yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu penyelesaian skripsi ini.

Semoga amal baik dari semua pihak pihak mendapatkan pahala yang berlipat ganda dari Allah SWT. Disadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, saran dan kritik yang membangun dari semua pihak sangat diharapkan guna penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Semarang, Oktober 2016

Penulis



UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PERNYATAAN	iv
PENGESAHAN	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Tujuan Penelitian	9
1.4 Manfaat Penelitian	10
1.5 Keaslian Penelitian.....	10
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	13

BAB II TINJAUAN PUSTAKA	14
2.1 Landasan Teori.....	14
2.1.1 Definisi Tuberkulosis	14
2.1.2 Klasifikasi Tuberkulosis	14
2.1.3 Etiologi dan Patogenesis	17
2.1.4 Cara Penularan	19
2.1.5 Program Penanggulangan Tuberkulosis Paru	22
2.1.5.1 Penemuan Penderita Tuberkulosis	22
2.1.5.2 Diagnosis.....	25
2.1.5.3 Pencegahan	26
2.1.5.4 Pengobatan.....	27
2.1.6 Pelaku yang BERkontribusi dalam Penemuan Kasus TB Paru.....	28
2.1.6.1 Keluarga.....	29
2.1.6.2 Petugas Pengelola di Puskesmas.....	29
2.1.6.3 Kader Kesehatan	33
2.1.7 Praktik Penemuan Tersangka Kasus Tuberkulosis oleh Kader Kesehatan	37
2.1.8 Faktor-Faktor pada Kader Kesehatan yang Berhubungan dengan Praktik Penemuan Tersangka Kasus Tuberkulosis.....	39
2.2 Kerangka Teori	53

BAB III METODOLOGI PENELITIAN	54
3.1 Kerangka Konsep.....	54
3.2 Variabel Penelitian.....	55
3.3 Hipotesis Penelitian	55
3.4 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel.....	56
3.5 Jenis dan Rancangan Penelitian	59
3.6 Populasi dan Sampel Penelitian	61
3.7 Sumber Data Penelitian.....	64
3.8 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data.....	64
3.9 Prosedur Penelitian	66
3.10 Teknik Analisis data.....	67
BAB IV HASIL PENELITIAN	69
4.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian.....	69
4.2 Hasil Penelitian	70
4.2.1 Analisis Univariat	70
4.2.1.1 Usia Kader Kesehatan.....	70
4.2.1.2 Pekerjaan Kader Kesehatan	70
4.2.1.3 Pengetahuan Kader Kesehatan.....	71
4.2.1.4 Sikap Kader Kesehatan	71

4.2.1.5 Motivasi Kader Kesehatan	72
4.2.1.6 Imbalan Kader Kesehatan	72
4.2.1.7 Praktik Penemuan Tersangka Kasus TB Paru.....	73
4.2.2 Analisis Bivariat.....	74
4.2.2.1 Hubungan antara usia kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru.....	74
4.2.2.2 Hubungan antara pekerjaan kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru	75
4.2.2.3 Hubungan antara pengetahuan kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru	76
4.2.2.4 Hubungan antara sikap kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru.....	78
4.2.2.5 Hubungan antara motivasi kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru.....	79
4.2.2.6 Hubungan antara imbalan kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru.....	80
4.3 Rekapitulasi hasil Penelitian	81
BAB V PEMBAHASAN	83
5.1 Analisis Hasil Penelitian	83
5.1.1 Hubungan antara usia kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru.....	83

5.1.2 Hubungan antara pekerjaan kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru.....	86
5.1.3 Hubungan antara pengetahuan kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru	88
5.1.4 Hubungan antara sikap kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru.....	91
5.1.5 Hubungan antara motivasi kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru.....	94
5.1.6 Hubungan antara imbalan kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru.....	96
5.2 Keterbatasan Penelitian.....	98
5.2.1 Hambatan Penelitian	98
5.2.2 Kelemahan Penelitian	99
BAB IV SIMPULAN DAN SARAN.....	100
6.1 Simpulan	100
6.2 Saran	101
DAFTAR PUSTAKA.....	102
LAMPIRAN.....	108

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 1.1 Penelitian-peneitian yang relevan dengan penelitian ini	11
Tabel 2.1 OAT lini pertama	27
Tabel 3.1 Matrik Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel.....	57
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Menurut Usia Kader Kesehatan	70
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Menurut Pekerjaan Kader Kesehatan	71
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Menurut Pengetahuan Kader Kesehatan	71
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Menurut Sikap Kader Kesehatan.....	72
Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Menurut Motivasi Kader Kesehatan.....	72
Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Menurut Imbalan Kader Kesehatan.....	73
Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Menurut Praktik Penemuan Tersangka Kasus TB paru	73
Tabel 4.8 Hubungan antara Usia Kader Kesehatan dengan Praktik Penemuan Tersangka Kasus TB paru	74
Tabel 4.9 Hubungan antara Pekerjaan Kader Kesehatan dengan Praktik Penemuan Tersangka Kasus TB paru	75
Tabel 4.10 Hubungan antara Pengetahuan Kader Kesehatan dengan Praktik Penemuan Tersangka Kasus TB paru	77

Tabel 4. 11 Hubungan antara Sikap Kader Kesehatan dengan Praktik Penemuan Tersangka Kasus TB paru	78
Tabel 4.12 Hubungan antara Motivasi Kader Kesehatan dengan Praktik Penemuan Tersangka Kasus TB paru	79
Tabel 4.13 Hubungan antara Imbalan Kader Kesehatan dengan Praktik Penemuan Tersangka Kasus TB paru	80
Tabel 4.14 Rekapitulasi Hasil Penelitian	82



DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 2.2 Kerangka Teori.....	53
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	54



LAMPIRAN

	Hal
Lampiran 1. Surat Tugas Pembimbing	108
Lampiran 2. <i>Ethical Clearance</i> (EC)	109
Lampiran 3. Surat Ijin Penelitian ke Kesbangpol Kota Semarang	110
Lampiran 4. Surat Rekomendasi survey/ Riset dari Kesbangpol Kota Semarang.....	111
Lampiran 5. Surat Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas.....	113
Lampiran 6. Surat Ijin Pengambilan Data dari Fakultas	114
Lampiran 7. Surat Ijin Pengambilan Data dari Dinas Kesehatan Kota Semarang.....	115
Lampiran 8. Surat Ijin Penelitian dari Fakultas	116
Lampiran 9. Surat Ijin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Semarang	117
Lampiran 10. Surat Ijin Penelitian dari Puskesmas Tlogosari Kulon	118
Lampiran 11. Daftar Sampel Penelitian.....	119
Lampiran 12. Lembar Penjelasan Kepada Calon Subyek.....	123
Lampiran 13. Lembar Persetujuan dalam Penelitian	125
Lampiran 14. Instrumen Penelitian.....	126
Lampiran 15. Rekapitulasi Hasil Penelitian.....	131
Lampiran 16. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian	133

Lampiran 17. Hasil Uji Statistik	138
Lampiran 18. Dokumentasi Penelitian.....	147



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Rencana Pembangunan Nasional Jangka Panjang (RPJP) 2005–2025 menyatakan bahwa pembangunan sumber daya manusia lebih ditingkatkan demi terwujudnya masyarakat Indonesia yang hidup dalam lingkungan sehat, produktif dan sejahtera. Hal tersebut dilakukan agar terbebas dari penyakit menular (Bappenas, 2007). Salah satu penyakit menular dan menyerang semua umur yang menjadi isu global adalah tuberkulosis paru. TB paru merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, dengan perkiraan sepertiga populasi terinfeksi dan 2,5 juta orang meninggal setiap tahunnya (Mandal, 2008). Penyakit ini merupakan penyebab utama kematian nomor 3 setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernafasan serta nomor 1 dari golongan penyakit infeksi (Kemenkes RI, 2012).

Sumber penularan adalah penderita TB BTA positif pada waktu batuk dan bersin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak. Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak. Sanitasi lingkungan rumah mempengaruhi keberadaan bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, dimana bakteri tersebut dapat hidup selama 1-2 jam bahkan sampai beberapa hari hingga berminggu-minggu tergantung ada tidaknya sinar matahari, ventilasi, kelembaban, suhu, lantai dan kepadatan penghuni rumah. Pengobatan TB paru harus dilakukan selama minimal 6 bulan, diikuti dengan tata laksana pengobatan yang baik. Sekitar 75% pasien TB adalah dari kelompok usia

produktif. Jika tidak diobati, penyakit TB akan merugikan secara ekonomi, dan akan memberikan dampak kesakitan jangka panjang, kecacatan bahkan kematian. (Kemenkes RI, 2014).

Permasalahan TB masih menjadi masalah yang membutuhkan perhatian dari pemerintah karena belum tercapainya angka CDR yang sesuai target. *Case detection rate* (CDR) yaitu proporsi jumlah pasien baru BTA positif yang ditemukan dan diobati terhadap jumlah pasien baru BTA positif yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut. CDR yang tidak sesuai target dikarenakan rendahnya angka temuan kasus TB paru. Hal tersebut juga disebabkan oleh berbagai faktor, diantaranya adalah sistem penjangkauan tersangka kasus di pelayanan kesehatan belum optimal, kemampuan mendiagnosa penyakit TB yang kurang, kurangnya akses ke pelayanan kesehatan serta kurangnya pengetahuan masyarakat tentang gejala-gejala awal TB paru. Padahal penemuan penderita dan pengobatan TB paru merupakan suatu kunci penting dalam menangani TB paru (Engeda, 2016).

Penemuan penderita TB paru dalam strategi DOTS dilakukan secara pasif (*passive case finding*). Penjangkauan tersangka TB paru dilaksanakan hanya pada penderita yang berkunjung ke Puskesmas sehingga penderita yang tidak datang masih menjadi sumber penularan yang potensial. Strategi *passive case finding* kurang maksimal untuk diterapkan karena kasus TB paru di Indonesia cenderung meningkat (Kemenkes RI, 2012).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2013, CDR TB paru dunia pada tahun 2012 sebesar 66%. Dalam hal ini mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun 2011, yaitu 70%. Pada tahun 2012, terdapat 8,6 juta

orang mengalami TB paru dan 1,3 juta diantaranya mengalami kematian. Lebih dari 95% kematian akibat TB paru terjadi di negara berkembang. Indonesia masih menjadi negara keempat terbesar yang mengalami kasus insiden TB tertinggi di tahun 2012 sekitar 583 ribu orang dan diperkirakan sekitar 140 ribu orang meninggal dunia tiap tahun akibat TB paru.

Jumlah kasus baru TB paru tahun 2012 sebesar 196.310 kasus menurun jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya yaitu 202.301 kasus, sedangkan pada tahun 2013 sebanyak 196.310, tahun 2014 sebanyak 176.677 kasus, pada tahun 2015 yang ditemukan sebanyak 330.910 kasus, meningkat bila dibandingkan semua kasus TB paru yang ditemukan pada tahun 2014. Jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa Tengah. Kasus baru BTA+ di tiga provinsi tersebut sebesar 38% dari jumlah seluruh kasus baru di Indonesia. Sedangkan angka keberhasilan pengobatan TB paru di Indonesia dari tahun 2011 sampai dengan tahun 2015 berturut-turut sebesar 90,3%, 90,2%, 90,5%, 90,1%, 85%. sehingga terlihat mengalami penurunan angka keberhasilan pengobatan pada tahun 2015 dibandingkan dengan 5 tahun sebelumnya (Kemenkes RI, 2015).

Case Detection Rate (CDR) TB paru BTA positif di Provinsi Jawa Tengah tahun 2011 sampai dengan 2014 sebesar 59,52%, 58,54%, 58,56%, 58,46% masih dibawa target yang ditetapkan sebesar 90%. *Case Notification Rate* (CNR) tahun 2014 per 100.000 penduduk Provinsi Jawa Tengah sebesar 55,99%. Angka kesembuhan (*Cure Rate*) tahun 2014 mengalami kenaikan dibandingkan dengan tahun sebelumnya akan tetapi masih dibawa target nasional (85%), angka

kesembuhan dari 2011 sampai dengan tahun 2014 sebesar 85,15%, 82,9%, 81,39%, 81,84% (Dinkes Provinsi Jateng, 2014). Cakupan CDR Kota Semarang pada tahun 2014 mengalami peningkatan. Penemuan kasus TB paru BTA positif di Kota Semarang tahun 2011 sampai dengan tahun 2014 yaitu 61%, 70%, 69,5% dan 73%. Angka penemuan tersangka kasus TB paru pada tahun 2014 sebesar 77,3% mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun 2013 sebesar 77,3%. Angka penemuan tersangka kasus TB paru sebesar 11540 kasus dari 16120 kasus yang ditargetkan. Angka kesembuhan TB paru BTA + dari tahun 2011 sampai dengan tahun 2014 sebesar 63%, 56%, 61%, dan 55,7% dari 85% angka kesembuhan yang ditargetkan (Dinkes Kota Semarang, 2014).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2015, Puskesmas Tlogosari Kulon Semarang adalah Puskesmas yang mempunyai CDR TB terendah dan masih dibawah target. Hasil laporan data dari Puskesmas Tlogosari Kulon tahun 2013 penderita TB BTA positif sebanyak 21 pasien, sedangkan yang dinyatakan sembuh sebesar 57% sementara yang mengalami *default* sebesar 8%, tahun 2014 ditemukan 19 pasien BTA positif, dinyatakan sembuh 42% sementara yang mengalami *default* sebanyak 13%. Tahun 2015 ditemukan tersangka kasus TB paru sebanyak 89 penderita, 30 pasien diantaranya dinyatakan BTA positif, penderita yang dinyatakan sembuh sebanyak 31%. CDR sebesar 46% masih dibawah target nasional (Laporan Puskesmas Tlogosari Kulon tahun 2013-2015, 2015).

Alternatif program pemberantasan TB paru adalah DOTS dengan *active case finding* dengan melibatkan peran serta masyarakat yaitu dengan cara

menjaring penderita TB paru dengan melibatkan peran kader kesehatan. Kader kesehatan di masing-masing wilayah diberikan pendidikan kesehatan mengenai TB paru yang selanjutnya secara aktif mencari, memotivasi dan melakukan supervisi terhadap pengawas menelan obat. Kader kesehatan dengan pengetahuan yang ada diharapkan dapat mengenali tanda dan gejala dini dari TB paru untuk segera diobati di unit pelayanan kesehatan terdekat. Kelebihan dari *active case finding* adalah dapat menemukan secara tepat dan cepat penderita TB paru di masyarakat yang enggan berobat (Agrina, 2012). Proses peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku penderita TB paru dapat dilakukan melalui pendekatan antara kader kesehatan dengan anggota keluarga penderita TB atau masyarakat. Kader kesehatan dapat dianggap sebagai perantara utama dalam perawatan TB paru agar tidak menyebar ke masyarakat luas. Oleh karena itu perlu dilakukan tindakan yang bersifat edukatif pada kader kesehatan (Trisnawati, 2008)

Hasil wawancara dengan petugas P2TB Puskesmas Tlogosari Kulon diketahui bahwa kegiatan penemuan kasus TB paru di Puskesmas Tlogosari Kulon yang dilakukan selain dengan *pasif case finding*, juga melibatkan kader kesehatan seperti penyebaran informasi tentang TB paru di masyarakat. Pembekalan yang dilakukan pada kader kesehatan di Puskesmas Tlogosari Kulon adalah penyuluhan kader tentang TB paru, namun dalam pelaksanaannya masih belum semua kader berperan aktif dalam program penemuan tersangka kasus TB paru. Sedangkan hasil wawancara dengan kader kesehatan diketahui bahwa keaktifan kader dalam menemukan tersangka kasus TB paru belum maksimal, dikarenakan beban sebagai kader dalam masyarakat sangat berat, namun dalam

melaksanakan tugasnya, kader tidak diimbangi dengan imbalan ataupun sarana penunjang sebagai kader lainnya. Tidak semua kader mengikuti pelatihan TB sehingga keterampilan dan pengetahuan kader tentang TB masih kurang. Masyarakat juga masih banyak yang beranggapan bahwa TB paru adalah penyakit memalukan, sehingga kader kesulitan untuk meyakinkan, memotivasi dan merujuk tersangka kasus TB paru untuk diperiksa ke Puskesmas.

Menurut penelitian Nurhayati Budi Asih (2011) variabel yang berpengaruh terhadap deteksi dini penemuan tersangka kasus TB paru antara lain motivasi kader, semakin tinggi motivasi kader, maka semakin banyak temuan tersangka kasus TB paru, sedangkan variabel yang tidak berpengaruh yaitu umur, pekerjaan dan pendidikan kader. Penelitian dari Saomi (2013) menyebutkan bahwa faktor risiko yang berhubungan dengan temuan kasus TB paru adalah pendidikan dan pengetahuan, sedangkan variabel yang tidak berhubungan antara lain umur, jenis kelamin, lama kerja dan sikap petugas. Pengetahuan dan keterampilan kader kesehatan yang masih kurang akan mengakibatkan rendahnya penemuan penderita TB paru.

Hasil penelitian Wijaya (2013) dalam kesimpulannya memaparkan bahwa kader dengan pengetahuan tinggi memiliki kemungkinan untuk aktif 18 kali lebih besar dari pada kader dengan pengetahuan rendah, kader dengan sikap baik memiliki kemungkinan untuk aktif 8 kali lebih besar dari pada kader dengan sikap kurang, dan kader dengan motivasi tinggi memiliki kemungkinan untuk aktif 15 kali lebih besar dari pada kader dengan motivasi rendah. Penelitian serupa dilakukan oleh Nur Fadilah (2014) yang menyatakan bahwa variabel yang

mendukung penemuan tersangka kasus TB paru oleh kader meliputi pengetahuan, sikap, pelatihan, dukungan pemegang program dan motivasi, sedangkan variabel yang tidak mendukung penemuan tersangka kasus TB paru antara lain pendidikan, pendapatan dan pekerjaan kader kesehatan.

Kader kesehatan memberikan kontribusi terhadap tinggi rendahnya penemuan kasus tuberkulosis paru, menurut penelitian kuantitatif yang dilakukan oleh Tri Hartini pada kader TB Aisyiyah Semarang tahun 2013 didapatkan bahwa rerata capaian cakupan penemuan tersangka kasus TB paru 5, dengan cakupan terendah 0 dan terbanyak 59 kasus. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Sumartini (2014) kader yang mendapatkan edukasi dapat meningkatkan penemuan tersangka kasus TB paru menjadi 8,19%. Temuan lain dalam penelitian tersebut adanya tersangka kasus yang masih enggan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan di Puskesmas karena diyakini bukan sakit TB, sibuk bekerja, dan alasan ekonomi, sehingga kader yang bertugas untuk merujuk dan mengantarkan berobat serta mengambilkan OAT pada saat penderita harus mengambil OATnya saat masa pengobatan.

Keberadaan kader di masyarakat dalam pengendalian kasus TB sangat strategis karena kader dapat berperan sebagai penyuluh, membantu menemukan tersangka secara dini, merujuk penderita dan sekaligus menjadi PMO bagi penderita TB secara langsung (Sabri, 2011). Berdasarkan penjelasan di depan, maka peneliti ingin meneliti tentang "Hubungan antara Karakteristik Kader Kesehatan dengan Praktik Penemuan Tersangka Kasus Tuberkulosis Paru (Studi Kasus Di Wilayah Kerja Puskesmas Tlogosari Kulon Semarang)"

1.2 RUMUSAN MASALAH

1.2.1 Rumusan Masalah Umum

Berdasarkan latar belakang diatas, maka didapatkan rumusan masalah sebagai berikut: Apakah ada hubungan antara karakteristik kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru di wilayah kerja Puskesmas Tlogosari Kulon Semarang?

1.2.2 Rumusan Masalah Khusus

1. Apakah ada hubungan antara usia kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru?
2. Apakah ada hubungan antara pekerjaan kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru?
3. Apakah ada hubungan antara pengetahuan kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru?
4. Apakah ada hubungan antara sikap kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru?
5. Apakah ada hubungan antara motivasi kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru?
6. Apakah ada hubungan antara imbalan yang diterima kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara karakteristik kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru di wilayah kerja Puskesmas Tlogosari Kulon Semarang.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini antara lain:

1. Untuk mengetahui hubungan antara usia kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru.
2. Untuk mengetahui hubungan antara pekerjaan kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru.
3. Untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru.
4. Untuk mengetahui hubungan antara sikap kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru.
5. Untuk mengetahui hubungan antara motivasi kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru.
6. Untuk mengetahui hubungan antara imbalan yang diterima kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru.

1.4 MANFAAT PENELITIAN

Adapun manfaat yang ingin disampaikan dalam penelitian ini adalah:

1.4.1 Manfaat Bagi Institusi

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi pengelola program pencegahan dan pemberantasan penyakit di Wilayah Kerja Puskesmas Tlogosari Kulon Semarang maupun Dinas Kesehatan Kota Semarang khususnya sebagai pertimbangan dalam penentuan strategi pencegahan dan pemberantasan penyakit tuberkulosis paru, sehingga jumlah penderita yang *drop out* bisa menurun dan tingkat kesembuhan lebih meningkat.

1.4.2 Manfaat bagi Masyarakat

Sebagai bahan pembelajaran mengenai peran serta kader kesehatan dalam program penanggulangan penyakit tuberkulosis paru, sehingga dapat memberikan dukungan dan bantuan kepada kader kesehatan dalam melaksanakan tugasnya.

1.4.3 Manfaat bagi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan

Sebagai bahan pertimbangan untuk mengembangkan penelitian lebih lanjut tentang peran serta kader kesehatan dalam program pengendalian dan penanggulangan penyakit tuberkulosis paru.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Keaslian penelitian merupakan matriks yang memuat tentang judul penelitian, nama peneliti, tahun dan tempat penelitian, rancangan penelitian, variabel dan hasil penelitian (Tabel 1.1).

Tabel 1.1 Penelitian-penelitian yang relevan dengan penelitian ini

No	Judul penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan tempat penelitian	Rancangan penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Hubungan Motivasi Kader Posyandu Tentang Deteksi Dini TB Paru Dengan Angka Temuan Suspek Pasien TB Paru Di Kabupaten Karanganyar	Nurhayati Budi Asih	2011 Puskesmas Kabupaten Karanganyar	<i>Observasional Analitik Dengan pendekatan Cross sectional</i>	Var. bebas : -motivasi kader var terikat: -angka temuan suspek TB paru	Ada hubungan yang signifikan anatar motivasi kader dengan temuan angka susupek TB paru (P= 0,00 ; OR= 6,254)
2.	Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Motivasi Kader Kesehatan dengan Aktifitasnya dalam Pengendalian Kasus Tuberkulosis di Kabupaten Buleleng	I Made Kusuma Wijaya	2013 Puskesmas Kabupaten Buleleng	<i>Observasional Analitik Dengan pendekatan Cross sectional</i>	Var. bebas: - pengetahuan -sikap -motivasi Var terikat: Aktifitas kader dalam pengendalian TB paru	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang secara statistik signifikan antara : - pengetahuan dengan aktivitas kader kesehatan (OR=18.44; CI 95%=1,89-179,91; p=0,012), - sikap dengan aktivitas kader kesehatan(OR=8.08; CI 95%=1,60-40,71; p=0,011), dan motivasi dengan aktivitas kader kesehatan (OR=15.01; CI 95%=1,59-141,65; p=0,018).
3.	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Tenaga Kesehatan dalam Upaya Peningkatan	Arwani Khoirudin, Aji Dedi Mulawarman	2013, Puskesmas Kediri	<i>Cross sectional</i>	Var bebas: pengetahuan Persepsi Sikap Pelatihan Motivasi Supervisi	Faktor yang berhubungan dengan kinerja Terhadap Cakupan Penemuan Kasus suspek TB paru

Penemuan Suspek TB paru di Puskesmas Kediri	Var. terikat: Peningkatan penemuan susupek TB paru	adalah: persepsi (P = 0,002), pelatihan (P= 0,020), sikap (P = 0,005), motivasi (P = 0,000), supervisi (P = 0,006), dan pengetahuan (P= 0,067)
4. <i>The Correlation Between Knowledge and Attitude of Health Volunteers about Additional Task Finding of Pulmonary Tuberculosis at Puskesmas Lite</i>	Simon Sara 2014, Hoko, Ninuk Dian Kurniawati, Herdina Maryanti 2014, <i>Cross sectional</i> Puskesmas Lite	Variabel bebas: pengetahuan dan sikap Variabel terikat: tugas pengembangan kader terhadap penemuan kasus TB Ada hubungan yang signifikan dan sangat kuat antara pengetahuan dan sikap kader Posyandu tentang tugas pengembangan kader dengan tindakan penemuan kasus TB di Puskesmas Lite (P=0.000; r=1.000).

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut :

1. Penelitian ini dilakukan pada waktu dan tempat yang berbeda. Penelitian ini dilakukan pada tahun 2016 di wilayah kerja Puskesmas Tlogosari Kulon Kota Semarang.
2. Pada penelitian ini variabel-variabel yang diteliti yaitu karakteristik kader kesehatan yang meliputi usia kader, pekerjaan kader, pengetahuan kader, sikap kader, motivasi kader, serta imbalan yang diterima oleh kader dalam praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru.

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

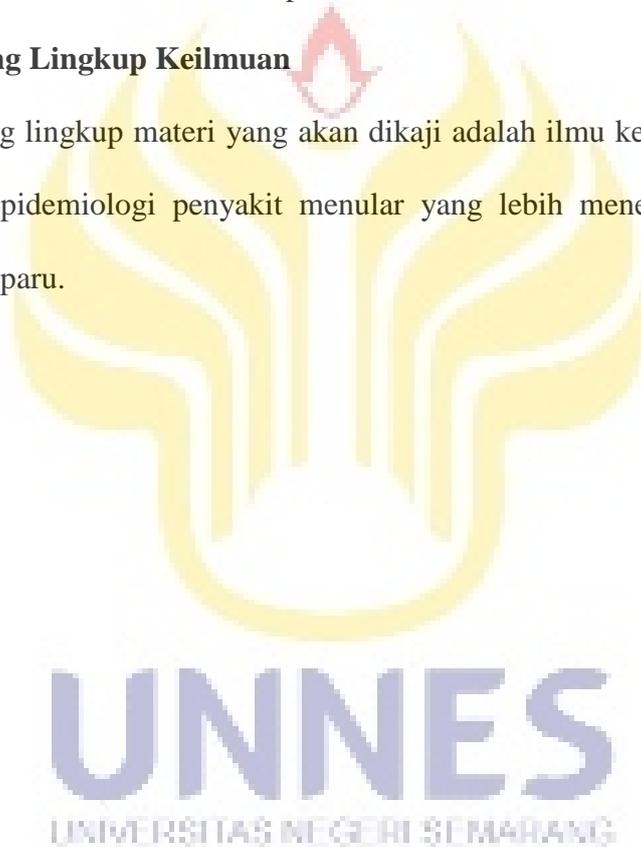
Penelitian ini dilaksanakan di Wilayah Kerja Puskesmas Tlogosari Kulon Semarang.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada tahun 2016

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Ruang lingkup materi yang akan dikaji adalah ilmu kesehatan masyarakat khususnya epidemiologi penyakit menular yang lebih menekankan pada penyakit tuberkulosis paru.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Definisi Tuberkulosis

Tuberkulosis merupakan penyakit menahun dan menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini dapat diderita oleh setiap orang, tetapi paling sering pada usia 15-35 tahun, terutama mereka yang bertubuh lemah, kurang gizi atau yang tinggal serumah dengan penderita TB (Jatinegara, 2010). Kuman tersebut biasanya masuk kedalam tubuh manusia melalui udara pernafasan kedalam paru, dari paru kemudian menyebar ke organ tubuh lainnya melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfa, melalui saluran pernafasan (bronchus). Tuberkulosis paru pada manusia terdiri atas 2 macam yaitu: a) Tuberkulosis primer: apabila penyakit terjadi pada infeksi pertama kali; b) Tuberkulosis paska primer: apabila penyakit timbul setelah beberapa waktu seseorang terkena infeksi dan sembuh. Tuberkulosis paru ini merupakan bentuk yang paling sering ditemukan. Dengan ditemukannya kuman dalam dahak, penderita adalah sumber penularan. Kuman *Mycobacterium tuberculosis* ditemukan pertama kali oleh Robert Koch pada tahun 1882. Hasil penemuan ini diumumkan di Berlin pada tanggal 24 Maret 1882 sehingga tanggal 24 Maret diperingati sebagai Hari Tuberkulosis (Notoatmodjo, 2007).

2.1.2 Klasifikasi

Penentuan klasifikasi penyakit dan tipe penderita penting dilakukan untuk menetapkan paduan OAT yang sesuai dan dilakukan sebelum pengobatan dimulai.

Klasifikasi TB paru menurut Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian Dan Alat Kesehatan Kemenkes RI 2005 yaitu :

2.1.2.1 Berdasarkan tempat/organ yang diserang oleh kuman

Berdasarkan tempat atau organ yang diserang oleh kuman tuberkulosis dibedakan menjadi 2 yaitu:

1. Tuberkulosis paru adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan parenkim paru, tidak termasuk pleura (selaput paru). Berdasarkan hasil pemeriksaan dahak TB paru dibagi dalam:

1) Tuberkulosis paru BTA positif (sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif. 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), atau keadaan umum penderita buruk.

2. Tuberkulosis ekstra paru adalah tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (pericardium), kelenjar lymfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain. TB ekstra paru dibagi berdasarkan pada tingkat keparahan penyakitnya, yaitu:

- 1) TB ekstra paru ringan, misalnya: TB kelenjar limphe, pleuritis eksudativa unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi, dan kelenjar adrenal.
- 2) TB ekstra paru berat, misalnya: meningitis, millier, perikarditis, peritonitis, pleuritis eksudativa duplex, TB tulang belakang, TB usus, TB saluran kencing dan alat kelamin.

2.1.2.2 Berdasarkan riwayat pengobatan penderita

Berdasarkan riwayat pengobatannya, dapat digolongkan atas :

1. Kasus baru adalah penderita yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (30 dosis harian).
2. Kambuh (*Relaps*) adalah penderita tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh, kemudian kembali lagi berobat dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif.
3. Pindahan (*Transfer In*) adalah penderita yang sedang mendapat pengobatan di suatu kabupaten lain dan kemudian pindah berobat ke kabupaten ini. Penderita pindahan tersebut harus membawa surat rujukan atau pindah
4. Lalai (pengobatan setelah *default* atau *drop out*) adalah penderita yang sudah berobat paling kurang 1 bulan, dan berhenti 2 bulan atau lebih, kemudian datang kembali berobat. Umumnya penderita tersebut kembali dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif.
5. Gagal adalah penderita BTA positif yang masih tetap positif atau kembali menjadi positif pada akhir bulan ke 5 (satu bulan sebelum akhir pengobatan) atau lebih; atau penderita dengan hasil BTA negatif rontgen positif menjadi BTA positif pada akhir bulan ke 2 pengobatan.

6. Kronis adalah penderita dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulang kategori 2.

2.1.3 Etiologi dan Patogenesis

Tuberkulosis adalah penyakit menular disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yang sebagian besar menyerang paru-paru. Termasuk basil gram positif, berbentuk batang, dinding selnya mengandung kompleks lipida-glikolipida serta lilin (wax) yang sulit ditembus zat kimia, mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam pada pewarnaan. Oleh karena itu disebut pula sebagai basil tahan asam (BTA). Kuman TB cepat mati dengan sinar matahari langsung, tetapi dapat hidup beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab. TB timbul berdasarkan kemampuannya untuk memperbanyak diri di dalam sel-sel fagosit. Sumber penularan adalah penderita TB BTA positif pada waktu batuk atau bersin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk droplet (percikan dahak). Droplet yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau droplet tersebut terhirup ke dalam saluran pernafasan. Jadi penularan TB tidak terjadi melalui perlengkapan makan, baju, dan perlengkapan tidur. Setelah kuman TB masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernafasan, kuman TB tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya, melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, saluran nafas, atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya.

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

(tidak terlihat kuman), maka penderita tersebut dianggap tidak menular. Kemungkinan seseorang terinfeksi TB ditentukan oleh konsentrasi droplet dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut. Secara klinis, TB dapat terjadi melalui infeksi primer dan pasca 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 menghentikembangkan 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. Infeksi pasca primer terjadi setelah beberapa bulan atau tahun setelah infeksi primer. Ciri khas TB pasca 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 (Kemenkes RI, 2014).

2.1.4 Cara penularan

Penularan TB sangat dipengaruhi oleh masalah lingkungan, perilaku sehat penduduk, ketersediaan sarana pelayanan kesehatan. Masalah lingkungan yang terkait seperti masalah kesehatan yang berhubungan dengan perumahan, kepadatan anggota keluarga, kepadatan penduduk, konsentrasi kuman, ketersediaan cahaya matahari, dll. Sedangkan masalah perilaku sehat antara lain akibat dari meludah sembarangan, batuk sembarangan, kedekatan anggota keluarga, gizi yang kurang atau tidak seimbang, dll. Untuk sarana pelayanan kesehatan, antara lain menyangkut ketersediaan obat, penyuluhan tentang penyakit dan mutu pelayanan kesehatan.

Menurut (Crofton, 2002). Terdapat cara penularan penyakit TB yaitu :

2.1.4.1 Faktor Infeksi, antara lain:

1. Dari orang dewasa

Saat seseorang dewasa batuk sejumlah tetesan cairan (ludah) tersembul ke udara. Bila orang tersebut menderita tuberkulosis paru, banyak tetesan tersebut mengandung kuman, tetesan yang paling besar jatuh ke tanah. Namun yang terkecil, yang tidak dapat dilihat, akan tetap berada dan ikut terbawa udara. Baik diluar rumah maupun di dalam ruangan dengan ventilasi yang baik, tetesan terkecil tersebut akan terbawa dengan aliran udara. Bila dalam gubuk dan ruangan yang sempit tetesan itu akan terus bertambah setiap kali orang tersebut batuk. Setiap orang yang berada dalam satu ruangan tersebut akan menghirup udara yang sama, berisiko menghirup kuman tuberkulosis.

2. Makanan atau susu

Anak-anak bisa mendapat TB dari susu dan makanan, dan infeksi bisa mulai pada usus dan mulut. Susu dapat mengandung TB dari sapi (bovin), bila sapi-sapi di daerah tersebut menderita TB dan susu tersebut tidak direbus sebelum diminum. Bila hal ini terjadi, infeksi primer terjadi pada usus dan amandel.

3. Melalui kulit

Kulit yang utuh rupanya tahan terhadap TB yang jatuh diatas permukaannya. Namun bila terdapat kula atau goresan baru, TB dapat masuk dan menyebabkan infeksi yang serupa dengan yang ditemukan pada TB Paru. Seperti yang dapat diperkirakan, infesi kulit terutama timbul pada permukaan yang paling terpajan seperti wajah, tungkai atau kaki. Lebih jarang pada lengan atau tangan. Lesi-lesi primer seperti ini tidak bisa terjadi. Namun kemungkinan adanya tuberkulosis mudah terlupakan, sekalipun ada getah bening yang membesar.

4. Keturunan dari ibu

Apabila seorang ibu yang sedang hamil menderita tuberkulosis maka sudah pasti anaknya positif menderita tuberkulosis.

2.1.4.2 Faktor Lingkungan

Lingkungan yang tidak sehat, gelap dan lembab akan mendukung perkembangbiakan basil *Mycobacterium tuberculosis*. Seperti diketahui basil tuberkulosis merupakan BTA (Basil Tahan Asam) yang dapat berkembangbiak

apabila ada di ruangan yang gelap dan lembab, akan mati jika terkena sinar matahari secara langsung. Jadi kebersihan lingkungan perlu diperhatikan.

2.1.4.3 Faktor Ekonomi

Faktor ekonomi berkaitan dengan ketersediaan pangan yang kaya zat gizi. Ekonomi juga menjadi faktor pendukung yang mempengaruhi penyebab penularan tuberkulosis primer. Seorang ibu dengan perekonomian rendah maka untuk mencukupi makanan bergizi untuk tumbuh kembang anak susah, sehingga mereka hanya memberi makanan apa saja tanpa mengetahui nilai gizinya. Padahal kita tahu bahwa dengan mengkonsumsi makanan sehat dan bergizi akan bermanfaat bagi tumbuh kembang anak dan meningkatkan kekebalan tubuh anak terhadap penyakit.

2.1.4.4 Pelayanan Kesehatan

Adanya penyakit tuberkulosis primer yang semakin tinggi prevalensi di Indonesia maka pelayanan kesehatan yang harus ditingkatkan oleh pemerintah, melihat penderita penyakit tersebut adalah anak-anak yang masih dalam masa pertumbuhan membutuhkan perawatan intensive. Apabila tingkat pelayanan kesehatan tidak optimal maka akan mempengaruhi penyembuhan tuberkulosis primer dan bila tingkat pelayanan kesehatan bekerja secara optimal maka laju peningkatan penyakit tuberkulosis primer dapat ditekan seminimal mungkin. Hal ini tidak lepas pula dari peran pemerintah dan masyarakat dalam menanggapi segala macam penyakit agar tidak terjadi angka kematian anak yang tinggi (Kemenkes RI, 2011).

2.1.5 Program Penanggulangan Tuberkulosis Paru

Tahun 1995, pemerintah Indonesia mulai mengadopsi strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short Course*) adalah strategi penyembuhan TB jangka pendek dengan pengawasan secara langsung untuk menanggulangi TB. Dengan menggunakan strategi DOTS, diharapkan proses penyembuhan TB dapat secara cepat. DOTS menekankan pentingnya pengawasan terhadap penderita TB supaya menelan obatnya secara teratur sesuai ketentuan sampai dinyatakan sembuh. Strategi DOTS memberikan angka kesembuhan yang tinggi, bisa sampai 95%. Strategi DOTS direkomendasikan oleh WHO secara global untuk menanggulangi TB. Strategi DOTS terdiri dari 5 komponen, yaitu:

1. Adanya komitmen politis dari pemerintah untuk bersungguh-sungguh menanggulangi Tuberkulosis.
2. Diagnosis penyakit Tuberkulosis melalui pemeriksaan dahak secara mikroskopis.
3. Pengobatan TB dengan paduan obat anti-TB jangka pendek, diawasi secara langsung oleh PMO (Pengawas Menelan Obat).
4. Tersedianya paduan obat anti-TB jangka pendek secara konsisten.
5. Pencatatan dan pelaporan mengenai penderita TB sesuai standar.

Menurut Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis 2014 kegiatan program penanggulangan TB antara lain :

2.1.5.1 Penemuan Penderita Tuberkulosis

Kegiatan penemuan pasien terdiri dari penjangkaran tersangka kasus, diagnosis, penentuan klasifikasi penyakit dan tipe pasien. 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 (Kemenkes RI, 2014).

Strategi Penemuan dilakukan dengan cara: a. Penemuan secara pasif dengan promosi aktif. Penjarangan tersangka pasien dilakukan di unit pelayanan kesehatan, didukung dengan penyuluhan secara aktif, baik oleh petugas kesehatan maupun masyarakat, untuk meningkatkan cakupan penemuan tersangka TB. Setiap orang yang datang ke UPK yang mempunyai tanda dan gejala TB, dianggap sebagai tersangka pasien TB, dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung. b. Pemeriksaan terhadap kontak pasien TB, terutama mereka yang BTA positif dan pada keluarga anak yang menderita TB yang menunjukkan gejala sama, harus diperiksa dahaknya. c. Penemuan secara aktif dari rumah ke rumah, dianggap tidak cost efektif.

Tersangka penderita TB adalah seorang yang kemungkinan menderita TB yang mengalami gejala batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih dan dapat diikuti gejala tambahan seperti batuk bercampur darah, sesak nafas, nafsu makan menurun, penurunan berat badan, malaise, berkeringat di malam hari, demam meriang lebih dari 1 bulan (Maryani, 2015).

2.1.5.1.1 Indikator Penemuan Pasien Baru TB

Untuk menilai kemajuan atau keberhasilan penanggulangan program Penanggulangan TB digunakan beberapa indikator. Indikator penanggulangan TB

secara nasional ada 2 yaitu Angka Penemuan Kasus (*Case Detection Rate* = CDR) dan Angka keberhasilan Pengobatan (*Succes Rate* = SR)

1. Angka Penemuan Kasus

Angka penemuan pasien baru TB BTA positif (*Case Detection Rate/CDR*) dan 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 insidensi kasus TB paru BTA positif dikali dengan jumlah penduduk. Target CDR Program Penanggulangan Tuberkulosis Nasional minimal 90 %.

2. Angka Kesembuhan

Angka kesembuhan (*Cure rate*) adalah angka yang menunjukkan prosentase pasien baru TB paru BTA positif yang sembuh setelah selesa masa pengobatan, diantara pasien baru TB paru BTA positif yang tercatat. Selain itu ada indikator proses untuk mencapai indikator nasional tersebut di atas, yaitu angka penjarangan tersangka kasus tuberkulosis. Angka penjarangan tersangka kasus tuberkulosis adalah jumlah tersangka kasus tuberkulosis yang diperiksa dahaknya diantara 100.000 penduduk pada suatu wilayah tertentu dalam 1 tahun. Angka ini digunakan untuk mengetahui upaya penemuan pasien dalam suatu wilayah tertentu, dengan memperhatikan kecenderungannya dari waktu ke waktu (triwulan/tahunan). Jumlah tersangka kasus tuberkulosis yang diperiksa bisa didapatkan dari buku daftar tersangka kasus tuberkulosis. Sarana Pelayanan

Kesehatan yang tidak mempunyai wilayah cakupan penduduk, misalnya rumah sakit, BP4 atau dokter praktik swasta, indikator ini tidak dapat dihitung (Kemenkes RI, 2014).

2.1.5.2 *Diagnosis*

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.

1. Pemeriksaan Dahak Mikroskopis

Pemeriksaan dahak berfungsi untuk menegakkan diagnosis, menilai keberhasilan pengobatan dan menentukan potensi penularan. Pemeriksaan dahak untuk menegakkan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 3 spesimen dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan berupa Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS)

- 1) S (Sewaktu) : dahak dikumpulkan pada saat tersangka kasus TB datang berkunjung pertama kali di pelayanan kesehatan. Pada saat pulang, tersangka TB membawa sebuah pot dahak untuk mengumpulkan dahak pagi pada hari kedua.
- 2) P (Pagi) : dahak dikumpulkan di rumah pada pagi hari kedua, segera setelah bangun tidur. Pot dibawa dan diserahkan sendiri kepada petugas di UPK.

3) S (Sewaktu) : dahak dikumpulkan di UPK pada hari kedua, saat menyerahkan dahak pagi.

2. Pemeriksaan Biakan

Fungsi biakan dan identifikasi *Mycobacterium tuberculosis* pada penanggulangan TB khususnya untuk mengetahui apakah pasien yang bersangkutan masih peka terhadap OAT yang digunakan atau tidak. Selama fasilitas memungkinkan, biakan dan identifikasi kuman serta bila dibutuhkan tes resistensi dapat dimanfaatkan dalam beberapa situasi, seperti:

- 1). Pasien TB yang masuk dalam tipe pasien kronis
- 2). Pasien TB ekstraparu dan pasien TB anak
- 3). Petugas kesehatan yang menangani pasien dengan kekebalan ganda.

3. Pemeriksaan Tes Resistensi

Tes resistensi tersebut hanya bisa dilakukan di laboratorium yang mampu melaksanakan proses biakan, identifikasi kuman serta tes resistensi sesuai standar internasional, dan telah mendapatkan pemantapan mutu (*Quality Assurance*) oleh laboratorium supranasional TB. Hal ini bertujuan agar hasil pemeriksaan tersebut memberikan simpulan yang benar sehingga kemungkinan kesalahan dalam pengobatan MDR dapat dicegah.

2.1.5.3 Pencegahan

Menurut Kemenkes RI, 2012 untuk mencegah tuberkulosis dilakukan upaya-upaya sebagai berikut :

1. Upaya mencegah penularan penyakit tuberkulosis paru :

- 1) Mengobati pasien tuberkulosis dengan BTA positif sampai sembuh.

- 2) Menganjurkan kepada penderita agar mampu menutup mulut dengan sapa tangan saat batuk atau bersin, tidak meludah dilantai atau sembarangan tempat.
- 3) Peningkatan sosial ekonomi misalnya pembenahan perumahan dan lingkungan, peningkatan status gizi dan pelayanan kesehatan.

2.1.5.4 Pengobatan Tuberkulosis Paru

Perlu pengontrolan secara efektif penderita TB untuk mengurangi pasien TB karena yang menjadi sumber penyebaran TB adalah penderita TB itu sendiri. Ada dua cara yang tengah dilakukan untuk mengurangi penderita TB saat ini, yaitu terapi dan imunisasi (Kemenkes RI, 2014). Tujuan Pengobatan TB Pengobatan TB bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT.

Tabel 2.1 OAT lini pertama

Jenis	Sifat	Efek samping
Isoniazid(I)	Bakterisidal	Neuropati perifer, psikosis toksik, gangguan fungsi hati, kejang
Rifampisin (R)	Bakterisidal	Flu simdrom, gangguan gastrointestinal, urine berwarna merah gangguan fungsi hati, trombositopeni, demam, sesak nafas, anemia.
Pirazinamid (Z)	Bakterisidal	Gangguan gastrointestinal, gangguan fungsi hati
Streptomisin (S)	Bakterisidal	Nyeri ditempat suntikan, gangguan keseimbangan dan pendengaran, anemia
Etambutol (E)	Bakteriostatik	Gangguan penglihatan, buta warna

Pengobatan TB dilakukan dengan prinsip - prinsip sebagai berikut:

1. OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan. Jangan

gunakan OAT tunggal (monoterapi). Pemakaian OAT Kombinasi Dosis Tetap (OAT-KDT) lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan.

2. Untuk menjamin kepatuhan pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO).
3. Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap awal (intensif) dan lanjutan.

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

Tahap Lanjutan: Pada tahap lanjutan pasien mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persister sehingga mencegah terjadinya kekambuhan.

2.1.6 Pelaku yang Berkontribusi dalam Penemuan Kasus TB Paru

Kegiatan pada program penanggulangan tuberkulosis yaitu kegiatan pokok dan kegiatan pendukung. Kegiatan pokok mencakup kegiatan penemuan penderita (*case finding*) pengamatan dan monitoring penemuan penderita didahului dengan penemuan tersangka tuberkulosis dengan gejala klinis adalah batuk-batuk terus menerus selama tiga minggu atau lebih. Setiap orang yang datang ke unit pelayanan kesehatan dengan gejala utama ini harus dianggap tersangka kasus tuberkulosis atau tersangka tuberkulosis paru dengan *pasive promotive case finding* (penemuan penderita secara pasif dengan promosi yang aktif).

2.1.6.1 Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat dalam keadaan saling ketergantungan. Keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan, atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan yang lainnya, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya (Kementrian Kesehatan RI, 2007).

Keluarga sebagai unit utama masyarakat dan merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat. Keluarga sebagai suatu kelompok yang dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan, atau memperbaiki masalah-masalah kesehatan pada anggotanya. Masalah-masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan, dan apabila salah satu keluarga mempunyai masalah kesehatan akan berpengaruh terhadap anggota keluarga lainnya. Keluarga merupakan perantara yang efektif dan mudah untuk berbagai upaya kesehatan masyarakat.

2.1.6.2 Petugas Pengelola di Puskesmas

Petugas pengelola program tuberkulosis adalah petugas yang bertanggungjawab dan mengkoordinir seluruh kegiatan dari mulai perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dalam program tuberkulosis di puskesmas. Petugas kesehatan yang dimaksud mempunyai kompetensi yaitu mampu memberikan pengobatan, penyuluhan, pencatatan dan pelaporan pemberantasan penyakit tuberkulosis. Mampu menjangkau tersangka, menetapkan klasifikasi dan diagnosa penderita, monitoring dan evaluasi, mampu melaksanakan *surveilans* (R/R),

mampu merencanakan dan menilai kebutuhan logistik kesehatan, mampu membuat sediaan apus dan membaca dibawah mikroskop serta pencatatan yang relevan

Berikut ini uraian tugas untuk petugas TB paru di Puskesmas dalam menemukan penderita TB (Kemenkes RI, 2014) :

1. Memberikan penyuluhan tentang TB kepada masyarakat umum, merupakan suatu kegiatan komunikasi untuk menyampaikan pesan-pesan tertentu kepada individu, kelompok, atau masyarakat untuk mencapai tujuan tertentu. Penyuluhan dilakukan secara rutin dan berkesinambungan kepada tersangka penderita, dan keluarga dengan isi pesan yang berbeda pada setiap sasaran. Penyuluhan kepada tersangka kasus tuberkulosis dilakukan agar segera melakukan pemeriksaan dahak di Puskesmas. Bagi penderita, agar dapat melakukan pengobatan secara lengkap dan teratur sampai sembuh. Sedangkan bagi keluarga, diberikan penyuluhan tentang cara menjaga, melindungi, dan meningkatkan kesehatannya agar tidak tertular TB.
2. Menjaring tersangka kasus TB paru, adalah kegiatan penjaringan tersangka penderita dilaksanakan pada mereka yang diduga menderita TB paru karena mengalami gejala-gejala seperti TB paru.
3. Mengumpul dahak dan mengisi buku daftar tersangka kasus tuberkulosis Form TB. 06, adalah pengumpulan spesimen dahak orang yang menjadi tersangka kasus TB paru. Spesimen dahak ditampung atau dikumpulkan pada pot dahak yang bermulut lebar, berpenampang 6 cm atau lebih

dengan tutup berulir, tidak mudah pecah, dan tidak bocor, dengan waktu Sewaktu- Pagi-Sewaktu kemudian ditulis dalam formulir TB.06.

4. Membuat sediaan hapus dahak, yaitu sediaan dahak dengan difiksasi dan sediaan dahak yang sudah difiksasi kemudian disimpan dalam kotak sediaan.
5. Mengirim sediaan hapus dahak ke laboratorium dengan form TB.05, yaitu sediaan dahak yang sudah disimpan dalam kotak sediaan dikirim ke PRM atau laboratorium pembaca lainnya. Pengiriman dilakukan paling lambat satu minggu sekali dengan disertai formulir TB.05 untuk permohonan laboratorium TB untuk pemeriksaan dahak.
6. Menegakkan diagnosis TB sesuai protap, yaitu mendiagnosis TB paru dengan ditemukannya BTA positif pada pemeriksaan dahak secara mikroskopis. Hasil pemeriksaan dinyatakan positif penderita TB paru jika ditemukan sedikitnya 2 dari 3 spesimen S-P-S BTA hasilnya positif, dan bila hanya satu spesimen yang positif pemeriksaan S-P-S harus diulang.
7. Membuat klasifikasi penderita adalah membuat suatu definisi kasus yang memberikan batasan baku setiap klasifikasi dan tipe penderita. Tipe penderita ditentukan berdasarkan riwayat penyakit sebelumnya.
8. Mengisi kartu penderita (TB.01) dan kartu identitas penderita (TB.02) sesuai dengan program ketetapan.
9. Memeriksa kontak terutama kontak dengan penderita TB BTA (+), yaitu memeriksa individu yang pernah tinggal serumah atau yang sering kontak dengan penderita TB BTA (+).

10. Memantau jumlah tersangka kasus TB paru yang diperiksa dan jumlah penderita TB yang ditemukan, bertujuan untuk mengetahui jangkauan pelayanan seberapa besar presentasi tersangka kasus TB paru diantara jumlah yang seharusnya ada, dan untuk mengetahui proporsi penderita BTA (+) diantara tersangka kasus TB paru. Angka menggambarkan proses penemuan sampai diagnosis penderita serta kepekaan menetapkan kriteria *suspect* yang dilakukan dalam periode bulanan.

Uraian Tugas Pengelola Program Tuberkulosis Paru Petugas pengelola program TB paru adalah petugas yang bertanggungjawab dan mengkoordinir seluruh kegiatan dari mulai perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dalam program TB di Puskesmas. Penemuan pasien TB dilakukan secara aktif dan pasif. Tetapi rata-rata dalam penemuannya, kebanyakan hanya bersifat pasif yaitu petugas hanya menunggu pasien datang ke unit pelayanan kesehatan untuk memeriksakan diri sendiri, kemudian semua pasien yang menunjukkan gejala umum TB paru dijaring sebagai tersangka TB. Untuk meningkatkan cakupan penemuan tersangka TB, penemuan harus didukung dengan penyuluhan secara aktif, baik oleh petugas kesehatan maupun masyarakat (Kemenkes RI, 2014).

Strategi yang biasanya digunakan dalam penemuan pasien TB paru:

1. Dilakukan secara pasif dengan promosi aktif
2. 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.

3. Pemeriksaan terhadap kontak pasien TB, terutama mereka yang BTA positif dan pada keluarga anak yang menderita TB yang menunjukkan gejala sama, harus diperiksa dahaknya.
4. Penemuan secara aktif dari rumah ke rumah, dianggap biaya yang tidak efektif.

2.1.6.3 Kader Kesehatan

Kader adalah istilah umum yang dipergunakan untuk tenaga-tenaga yang berasal dari masyarakat, dipilih oleh masyarakat dan bekerja bersama masyarakat dan untuk masyarakat secara sukarela. Kader adalah seorang yang karena kecakapannya atau kemampuannya diangkat, dipilih dan atau ditunjuk untuk memimpin pengembangan kesehatan disuatu tempat atau desa. Kader masyarakat adalah laki-laki atau wanita yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menangani masalah-masalah kesehatan perseorangan maupun masyarakat serta untuk bekerja dalam hubungan yang amat dekat dengan tempat-tempat pemberian pelayanan kesehatan. Para kader masyarakat itu seyogyanya memiliki latar belakang pendidikan yang cukup sehingga memungkinkan mereka untuk membaca, menulis dan menghitung secara sederhana (Sutomo, 1995)

Kader masyarakat bertanggungjawab terhadap masyarakat setempat serta pimpinan-pimpinan yang ditunjuk oleh pusat-pusat pelayanan kesehatan. Diharapkan mereka dapat melaksanakan petunjuk yang diberikan oleh para pembimbing dalam jalinan kerja dari sebuah tim kesehatan. Para kader masyarakat itu mungkin saja bekerja secara *full-time* atau *part-time* (bekerja penuh atau hanya memberikan sebagian dari waktunya) di bidang pelayanan kesehatan, mereka itu tidak dibayar dengan uang atau bentuk lainnya oleh

masyarakat setempat atau oleh pusat kesehatan masyarakat. Syarat agar bisa menjadi kader adalah setiap warga desa setempat laki-laki maupun perempuan yang bisa membaca dan menulis huruf latin, mempunyai waktu luang, memiliki kemampuan dan mau bekerja sukarela dan tulus ikhlas.

Tugas-tugas yang harus dilaksanakan seorang kader masyarakat, akan amat berbeda-beda dan bervariasi antara satu tempat dibanding tempat lainnya atau antara satu negara dibandingkan dengan negara lainnya. Tugas-tugas mereka itu akan meliputi pelayanan kesehatan dan pembangunan masyarakat, tetapi yang harus mereka lakukan itu seyogyanya terbatas pada bidang-bidang atau tugas-tugas yang pernah diajarkan pada mereka. Mereka harus benar-benar menyadari tentang keterbatasan yang mereka miliki. Mereka tidak dapat diharapkan mampu menyelesaikan semua masalah-masalah yang dihadapinya, namun benar-benar diharapkan bahwa mereka akan mampu menyelesaikan masalah-masalah umum yang terjadi di masyarakat dan amat mendesak untuk diselesaikan. Tugas kader akan ditentukan, mengingat bahwa pada umumnya kader bukanlah tenaga profesional melainkan hanya membantu dalam pelayanan kesehatan. Dalam hal ini perlu adanya pembatasan tugas yang diemban, baik menyangkut jumlah maupun jenis pelayanan. Adapun kegiatan pokok yang secara umum perlu diketahui oleh kader dan semua pihak dalam rangka melaksanakan kegiatan-kegiatan baik yang menyangkut didalam maupun diluar posyandu antara lain:

a). Kegiatan yang dapat dilakukan kader di posyandu adalah:

- Melaksanakan pendaftaran.
- Melaksanakan penimbangan bayi dan balita.

- Melaksanakan pencatatan hasil penimbangan.
- Memberikan penyuluhan.
- Memberi dan membantu pelayanan.
- Merujuk.

b). Kegiatan yang dapat dilakukan kader diluar posyandu adalah:

1. Bersifat yang menunjang pelayanan KB, KIA, Imunisasi, Gizi dan penanggulangan penyakit menular.
2. Mengajak ibu-ibu untuk datang pada hari kegiatan Posyandu.
3. Kegiatan yang menunjang upaya kesehatan lainnya yang sesuai dengan permasalahan yang yaitu Pemberantasan penyakit menular, Penyehatan rumah, Pembersihan sarang nyamuk, Pembuangan sampah, Pemberian pertolongan pertama pada penyakit, Kegiatan pengembangan lainnya yang berkaitan dengan kesehatan.
4. Merencanakan kegiatan, antara lain: menyiapkan dan melaksanakan survei mawas diri, membahas hasil survei, menentukan masalah dan kebutuhan kesehatan masyarakat desa, menentukan kegiatan penanggulangan masalah kesehatan bersama masyarakat, membahas pembagian tugas menurut jadwal kerja.
5. Melakukan komunikasi, informasi dan motivasi wawan muka (kunjungan), alat peraga dan percontohan.
6. Menggerakkan masyarakat: mendorong masyarakat untuk gotong royong, memberikan informasi dan mengadakan kesepakatan kegiatan apa yang akan dilaksanakan dan lain-lain.

7. Memberikan pelayanan, yaitu membagi obat, membantu mengumpulkan bahan pemeriksaan, mengawasi pendatang didesanya dan melapor, memberikan pertolongan pemantauan penyakit, memberikan pertolongan pada kecelakaan dan lainnya
8. Melakukan pencatatan, yaitu: KB atau jumlah Pus, jumlah peserta aktif, KIA : jumlah ibu hamil, vitamin A yang dibagikan dan sebagainya. Imunisasi : jumlah imunisasi TT bagi ibu hamil dan jumlah bayi dan balita yang diimunisasikan. Gizi: jumlah bayi yang ada, mempunyai KMS, balita yang ditimbang dan yang naik timbangan. Diare: jumlah oralit yang dibagikan, penderita yang ditemukan dan dirujuk
9. Melakukan pembinaan mengenai lima program keterpaduan KB kesehatan dan upaya kesehatan lainnya
10. Tugas kader dalam pengendalian penyakit tuberkulosis meliputi pelayanan kesehatan dan pembangunan masyarakat termasuk disini adalah melakukan penyuluhan tentang penyakit tuberkulosis di posyandu dan lingkungan sekitarnya, menemukan tersangka tuberkulosis dan merujuknya ke puskesmas, mencatat dan mengawasi serta membina penderita tuberkulosis dan melakukan pembinaan kepada keluarga penderita tuberkulosis. Kiranya perlu ditekankan bahwa para kader masyarakat itu tidaklah bekerja dalam suatu ruangan yang tertutup, namun mereka itu bekerja dan berperan sebagai seorang pelaku dari sebuah sistem kesehatan karena itulah mereka harus dibina, dituntun serta didukung oleh para pembimbing yang lebih terampil dan berpengalaman. Mereka harus

mampu mengetahui tentang kapan dan dimana memperoleh petunjuk, mereka juga harus mampu merujuk dan mencari bantuan bagi seorang penderita yang benar-benar sedang menderita atau mencarikan pengobatan bagi seorang penderita yang cara-cara penanganannya dan pengobatannya diluar kemampuan. Dari hal ini dapat ditekankan mutu pelayanan yang diberikan kader itu tergantung pada keterampilan dan dedikasi dari masing-masing individu, dan juga tergantung pada mutu pelatihan yang pernah didapatnya, pengamatan terhadap keterampilan mereka dilapangan maupun dukungan kepercayaan yang diberikan kepada mereka, jaringan komunikasi yang diberikan kepada mereka, dan juga tergantung pada sistem yang memungkinkan dilakukannya rujukan penderita, misalnya ke Puskesmas, ke rumah sakit, ke poliklinik swasta dan lain-lainnya. Keaktifan kader dapat dilihat dari ada atau tidaknya dilaksanakan kegiatan-kegiatan sebagai tugas yang diembannya.

2.1.7 Praktik Penemuan Tersangka Kasus Tuberkulosis oleh Kader

Kesehatan

Menurut Green praktik dipengaruhi oleh kehendak, sedangkan kehendak dipengaruhi oleh sikap dan norma subyek. Sikap sendiri dipengaruhi oleh keyakinan akan hasil dari tindakan yang telah lalu. Norma subyektif dipengaruhi oleh keyakinan pendapat, keyakinan akan pendapat orang lain serta motivasi untuk mentaati pendapat tersebut. Pengelompokan perilaku secara operasional menjadi tiga kelompok yaitu: a). Perilaku dalam wujud pengetahuan, yaitu individu mengetahui adanya stimulus dari luar dirinya atau dari dalam; b).

Perilaku dalam wujud sikap, yaitu tanggapan batin terhadap situasi atau stimulus;

c) Perilaku dalam wujud praktik, yaitu tindakan nyata terhadap situasi atau stimulus (Notoadmojo, 2007)

Proses perubahan perilaku dipengaruhi berbagai faktor dari dalam dan dari luar individu. Aspek didalam individu yang sangat mempengaruhi dalam pembentukan dan perubahan perilaku adalah persepsi, motivasi dan emosi. Sedangkan aspek yang dari luar individu antara lain beberapa aspek sosial budaya, komunikasi atau interaksi antara individu, sumber daya yang dapat dimanfaatkan dalam dorongan atau motivasi untuk bekerja secara maksimal pada lingkungan kerja.

Konsep pengetahuan, sikap, niat, dan perilaku dalam kaitannya dengan sesuatu kegiatannya mempunyai anggapan sebagai berikut; Adanya pengetahuan tentang manfaat suatu hal, akan mempunyai sikap positif terhadap hal tersebut. Selanjutnya sikap positif akan mempengaruhi niat untuk ikut serta dalam kegiatan yang berkaitan dengan hal tersebut. Niat untuk ikut suatu kegiatan akan menjadi tindakan apabila mendapat dukungan sosial dan tersedianya fasilitas. Kegiatan ini yang disebut perilaku (Notoadmojo, 2007)

Praktik penemuan tersangka tuberkulosis paru yang dilakukan oleh kader kesehatan, dilakukan dengan kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

- 1) Penyuluhan di masyarakat tentang penyakit tuberkulosis paru
- 2) Penemuan dan pelaporan tersangka kasus tuberkulosis paru
- 3) Membantu mencari tersangka kasus TB yang mangkir periksa
- 4) Mencari penderita TB yang mangkir berobat

- 5) Merujuk tersangka ke puskesmas
- 6) Menjadi PMO
- 7) Kunjungan rumah

2.1.8 Faktor yang Berhubungan dengan Praktik Penemuan Tersangka

Kasus Tuberkulosis Paru oleh Kader Kesehatan

2.1.8.1 Pengetahuan Kader

Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Karena itu dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan kader kesehatan merupakan domain yang sangat penting sebagai dasar kader kesehatan dalam melakukan aktivitasnya dalam pengendalian kasus tuberkulosis. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang salah satunya adalah pengetahuan dari orang tersebut (Notoatmojo, 2007).

Pengetahuan kader kesehatan merupakan domain yang sangat penting sebagai dasar kader kesehatan dalam keaktifannya melakukan pengendalian dan penemuan kasus TB paru di masyarakat. Hal ini sejalan dengan teori Green (1980) dimana salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang adalah pengetahuan dari orang tersebut (Hoko, Kurniawati, & Maryanti, 2013). Kader kesehatan yang berpengetahuan sangat membantu dalam pengendalian kasus

tuberkulosis paru. Hal ini dapat didukung oleh penelitian yang menemukan bahwa pengetahuan kader merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan penemuan suspek TB paru (Wijaya, 2013). Kader yang dinamis dengan pendidikan rata-rata tingkat desa ternyata mampu melaksanakan beberapa hal yang sederhana, akan tetapi berguna bagi masyarakat sekelompoknya yang meliputi:

- a. Pengobatan/ringan sederhana, pemberian obat cacing pengobatan terhadap diare dan pemberian larutan gula garam, obat-obatan sederhana dan lain-lain.
- b. Penimbangan dan penyuluhan gizi.
- c. Pemberantasan penyakit menular, pencarian kasus menular salah satunya TB paru, pelaporan vaksinasi,
- d. Penyediaan dan distribusi obat/alat kontrasepsi KB penyuluhan dalam upaya menamakan NKKBS.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Eko Wahyudi (2010) yang menyatakan ada hubungan antara pengetahuan kader kesehatan dengan penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru. Hal ini juga di dukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Wijaya(2013) yang menyatakan terdapat hubungan yang secara statistik signifikan antara pengetahuan dengan aktivitas kader kesehatan, dimana pengetahuan tinggi memiliki kemungkinan untuk aktif dalam pengendalian kasus tuberkulosis 18 kali lebih besar dari pada pengetahuan rendah. Hubungan tersebut secara statistik signifikan ($OR=18.44$; $CI\ 95\%= 1,89-179,91$; $p= 0,012$). Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Dian Ayu Lestari (2014) yang menyatakan

bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan kinerja petugas dalam CDR Tuberkulosis Paru di Puskesmas Kota Makasar.

2.1.8.2 Sikap Kader

Sikap adalah merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau obyek. Dari berbagai batasan tentang sikap dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan atau perilaku (Notoatmodjo 2007).

Sikap kader kesehatan merupakan domain yang sangat penting sebagai dasar kader kesehatan dalam melakukan aktivitasnya dalam pengendalian kasus tuberkulosis. Hal ini sejalan dengan Teori Green (2000) yang menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang salah satunya adalah sikap dari orang tersebut. Ciri-ciri sikap adalah menurut Purwanto dalam Azwar (2005):

- a. Sikap bukan dibawa sejak lahir melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan itu dalam hubungan dengan obyeknya. Sifat ini membedakannya dengan sifat motif-motif biogenis seperti lapar, haus, kebutuhan akan istirahat.
- b. Sikap dapat berubah-ubah karena itu sikap dapat dipelajari dan sikap dapat berubah pada orang-orang bila terdapat keadaan-keadaan dan syarat-syarat tertentu yang mempermudah sikap pada orang itu.

- c. Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi senantiasa mempunyai hubungan tertentu terhadap suatu objek dengan kata lain, sikap itu terbentuk, dipelajari atau berubah senantiasa berkenaan dengan suatu objek tertentu yang dapat dirumuskan dengan jelas.
- d. Objek sikap itu merupakan suatu hal tertentu tetapi dapat juga merupakan kumpulan dari hal-hal tersebut.
- e. Sikap mempunyai segi-segi motivasi dan segi-segi perasaan, sifat alamiah yang membedakan sikap dan kecakapan-kecakapan atau pengetahuan-pengetahuan yang dimiliki orang.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Wijaya(2013) menyatakan terdapat hubungan yang secara statistik signifikan antara sikap dengan aktivitas kader kesehatan, dimana sikap baik memiliki kemungkinan untuk aktif dalam pengendalian kasus tuberkulosis 8 kali lebih besar dari pada sikap kurang. Hubungan tersebut secara statistik signifikan ($OR= 8.08$; $CI\ 95\%= 1,60-40,71$; $p= 0,011$). Hasil penelitian lain yang juga sejalan dengan penelitian tersebut antara lain dari hasil penelitian Wahyudi (2010) didapatkan hubungan yang positif dan signifikan antara sikap kader dengan penemuan suspek tuberkulosis paru di puskesmas Sanankulon, baik secara simultan maupun parsial. Hal tersebut juga didukung penelitian Saputro (2009) yang diperoleh hasil terdapat hubungan antara sikap kader kesehatan tentang TB paru dengan penemuan penderita TB paru di wilayah Puskesmas Plupuh I Kecamatan Plupuh Kabupaten Sragen Jawa Tengah.

2.1.8.3 Motivasi Kader

Motif atau motivasi berasal dari kata latin *moreve* yang berarti dorongan dari dalam diri manusia untuk bertindak atau berperilaku. Pengertian motivasi seperti yang dirumuskan oleh Terry G (1986) adalah keinginan yang terdapat pada diri seseorang individu yang mendorongnya untuk melakukan perbuatan, tindakan, tingkahlaku atau perilaku (Notoatmojo, 2010). Menurut Weiner (1990), Elliott et al. (2000), dikutip dalam Nursalam & Efendi (2012) motivasi didefinisikan sebagai kondisi internal yang membangkitkan kita untuk bertindak, mendorong kita mencapai tujuan tertentu, dan membuat kita tetap tertarik dalam kegiatan tertentu. Menurut Uno (2007) yang diadopsi oleh Nursalam & Efendi (2012) mengatakan bahwa motivasi dapat diartikan sebagai dorongan internal dan eksternal dalam diri seseorang yang diindikasikan dengan adanya:

- a. Hasrat dan minat untuk melakukan kegiatan
- b. Dorongan dan kebutuhan untuk melakukan kegiatan
- c. Harapan dan cita-cita
- d. Penghargaan dan cita-cita
- e. Penghargaan dan penghormatan atas diri
- f. Lingkungan yang baik serta kegiatan yang menarik

Motivasi kader kesehatan merupakan domain yang sangat penting sebagai dasar kader kesehatan dalam melakukan aktivitasnya dalam pengendalian kasus tuberkulosis. Hal ini sejalan dengan Teori Green (2000) yang menyatakan bahwa

faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang salah satunya adalah motivasi dari orang tersebut.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Wijaya (2013) yang menyatakan bahwa Terdapat hubungan yang secara statistik signifikan antara motivasi dengan aktivitas kader kesehatan, dimana motivasi tinggi memiliki kemungkinan untuk aktif dalam pengendalian kasus tuberkulosis 15 kali lebih besar dari pada motivasi rendah. Hubungan tersebut secara statistik signifikan (OR= 15.01; CI 95%= 1,59-141,65; p= 0,018). Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Wahyudi (2010) yang diperoleh hasil yaitu terdapat hubungan yang positif dan signifikan antara motivasi kader dengan penemuan *suspect* tuberkulosis paru di puskesmas Sanankulon, baik secara simultan maupun parsial.

2.1.8.4 Umur Kader

Umur termasuk faktor yang mempermudah (*predisposing factor*) terjadinya perubahan perilaku seseorang. Perubahan perilaku dapat disebabkan karena proses pendewasaan (*maturation*). Melalui pengalaman umur, individu yang bersangkutan telah melakukan adaptasi perilaku terhadap lingkungan. Pernyataan ini menunjukkan bahwa dengan umur responden yang semakin dewasa akan lebih mudah untuk beradaptasi dengan lingkungan yang ada di sekitarnya. Semakin tua umur seseorang maka pengalaman akan bertambah sehingga akan meningkatkan pengetahuan akan suatu obyek (Priyoto, 2014).

Penelitian yang dilakukan oleh Sumartini (2014) yang menyatakan adanya hubungan antara umur dengan peran kader kesehatan dalam menemukan kasus TB diperoleh hasil $p\ 0,031 < 0,05$ yang artinya terdapat hubungan yang bermakna

antara karakteristik umur dengan peran kader kesehatan dalam menemukan kasus TB di Puskesmas Cakranegara dan Mataram Nusa Tenggara Barat. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Awusi (2006) dengan hasil uji χ^2 dengan nilai $P > 0,05$ tidak terbukti ada hubungan antara umur dengan praktik penemuan suspek TB paru.

2.1.8.5 Pendidikan Kader

Pendidikan menuntut manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupannya, untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi, misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Dengan demikian dapat diartikan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin mudah untuk menerima informasi, sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya, sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang diperkenalkan (Priyoto, 2014). Pendidikan adalah suatu proses belajar yang mencakup proses antara lain pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan ke arah yang lebih dewasa, lebih matang dari sebelumnya. Sedangkan yang dimaksud pendidikan kesehatan adalah melakukan perilaku individu, kelompok, atau masyarakat sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Pendidikan merupakan salah satu unsur yang sangat menentukan pengalaman seseorang baik dalam ilmu pengetahuan maupun kehidupan sosial. Tingkat pendidikan terbukti memiliki hubungan terhadap penemuan suspek TB paru dengan $P < 0,05$.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Widjarnako (2005) yang menyatakan bahwa berdasarkan uji Chi Square : $\chi^2 = 0,05$, $p \text{ value} = 0,001$, H_0 ditolak, yang bertujuan untuk menguji hubungan antara pendidikan responden dengan praktik penemuan suspek TB paru menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pendidikan responden dengan praktik penemuan suspek TB paru, dengan nilai $p \text{ value} = 0,001$. Seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan akan memiliki kemampuan dan ketrampilan tertentu serta dapat menentukan perilaku kesehatan individu ataupun kelompok (Widjanarko Bagoes dkk, 2006). Hal ini berbeda dengan penelitian Ayulestari Dian, dkk (2014) variabel tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan CDR paru dengan ditunjukkan dengan nilai $P = 0,386$.

2.1.8.6 Lama Menjadi Kader

Masa kerja ikut menentukan hasil kerja seseorang karena semakin banyak pengalaman yang dimiliki seseorang maka semakin banyak pula ketrampilan yang dimiliki seseorang tersebut. Ketika menghadapi suatu pekerjaan atau persoalan dan dihadapi dengan percaya diri maka kualitas kerja akan semakin baik. Akan tetapi, berbeda halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Awusi, dkk (2009), hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara masa kerja dengan penemuan penderita TB paru.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Rezania (2015) menyatakan hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi square* didapatkan $P \text{ value} = 0,012$, yang berarti bahwa terdapat hubungan antara lama tugas menjadi kader dengan praktik kader dalam PSN DBD di Kelurahan Sampangan. Penelitian ini diperkuat dengan

hasil penelitian Nora RA,dkk (2011) yang menyatakan ada hubungan antara lama tugas dengan praktik kader. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Gibson (2006) yang menyatakan lama kerja menjadi salah satu variabel yang memengaruhi kinerja seseorang.

2.1.8.7 Pelatihan Kader

Pelatihan adalah merupakan upaya untuk mengembangkan sumber daya manusia, terutama untuk mengembangkan kemampuan intelektual dan kepribadian manusia. Penggunaan istilah pendidikan dan pelatihan dalam suatu intuisi atau organisasi biasanya disatukan menjadi diklat (pendidikan dan pelatihan). Pelatihan merupakan bagian dari suatu proses pendidikan, yang tujuannya untuk meningkatkan kemampuan atau ketrampilan khusus seseorang atau kelompok orang. Pelatihan pada umumnya menekankan kepada kemampuan psikomotor, meskipun didasari pengetahuan dan sikap. Suatu bentuk investasi dapat merupakan sebuah pendidikan dan pelatihan (wahyudi, 2013)

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2008), konsep pelatihan dalam program TB ini terdiri dari pendidikan/pelatihan sebelum bertugas (*pre-service training*) dengan memasukkan materi program penanggulangan tuberkulosis strategi DOTS dalam kurikulum instansi pendidikan tenaga kesehatan, lalu pelatihan dalam menjalankan tugasnya (*in service training*) berupa pelatihan dasar. Sedangkan pelatihan ulangan (*retraining*), yaitu pelatihan formal yang dilakukan terhadap peserta yang telah mengikuti pelatihan sebelumnya tetapi masih ditemukan banyak masalah dalam kinerjanya, dan tidak cukup hanya dilakukan melalui supervisi. Pelatihan di tempat tugas atau refresher (*on the job*

training), dimana telah mengikuti pelatihan sebelumnya tetapi masih ditemukan masalah dalam kinerjanya, dan cukup diatasi dengan supervisi.

Berdasarkan penelitian Awusi (2009) dkk, terdapat hubungan antara pelatihan dengan penemuan penderita TB paru dan petugas yang sudah mendapatkan pelatihan mempunyai peluang 5,84 kali lebih besar untuk menemukan penderita TB paru dibandingkan dengan petugas yang belum mendapatkan pelatihan.

2.1.8.8 Imbalan yang Diterima Kader

Imbalan yang diterima karyawan baik berupa honorarium maupun dalam bentuk fasilitas yang lain, berhubungan dengan kebutuhan-kebutuhan pokok karyawan, seperti kebutuhan ekonomi masa sekarang dan mendatang. Menurut Gibson (2000) Imbalan terbagi menjadi 2 macam yaitu imbalan intrinsik dan imbalan ekstrinsik. imbalan intrinsik adalah imbalan yang merupakan bagian dari pekerjaan itu sendiri. imbalan itu mencakup rasa penyelesaian, pencapaian prestasi, dan pertumbuhan pribadi. sedangkan imbalan ekstrinsik adalah imbalan yang berasal dari pekerjaan, imbalan tersebut mencakup uang, promosi, rasa hormat, penghargaan.

Imbalan merupakan kompensasi yang diterimanya atas jasa yang diberikan kepada organisasi. Masalah imbalan dipandang sebagai salah satu tantangan yang harus dihadapi oleh manajemen suatu organisasi. Sistem imbalan yang baik adalah sistem yang mampu menjamin kepuasan para anggota organisasi yang pada gilirannya memungkinkan organisasi memperoleh, memelihara dan memperkerjakan sejumlah orang yang dengan berbagai sikap dan perilaku positif

bekerja dengan produktif bagi kepentingan organisasi. Pemberian imbalan harus dikaitkan dengan tingkat kinerja karyawan, artinya dengan imbalan yang semakin bertambah maka akan memacu karyawan untuk mencapai tingkat kinerja yang tinggi (Muklas,1999).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ryan Doda (2014) yang menyatakan terdapat hubungan antara imbalan yang diterima oleh kader dengan kinerja kader posyandu di Kecamatan Kota Utara Gorontalo. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tia Mema (2016) yang menyatakan tidak ada hubungan antara imbalan yang diterima dengan kinerja kader. Hal serupa juga dikeemukakan oleh Andira (2012) bahwa tidak terdapat hubungan antara penghargaan yang diterima dengan kinerja kader dalam kegiatan posyandu di Kecamatan Bontobahari Kabupaten Bulukumba.

2.1.8.9 Penghasilan Keluarga

Pendapatan Keluarga adalah jumlah pendapatan tetap dan sampingan dari kepala keluarga, ibu, dan anggota keluarga lain dalam 1 bulan dibagi jumlah seluruh anggota keluarga yang dinyatakan dalam rupiah per kapita per bulan. Sumber-sumber pendapatan keluarga didapatkan dari upah, gaji, imbalan, industri rumah tangga, dan pertanian pangan atau non pangan. Pendapatan keluarga merupakan balas karya atau jasa atau imbalan yang diperoleh karena sumbangan yang diberikan dalam kegiatan produksi. Secara konkritnya pendapatan keluarga berasal dari :

1. Usaha itu sendiri : misalnya berdagang, bertani, membuka usaha sebagai wiraswastawan

2. Bekerja pada orang lain: misalnya sebagai pegawai negeri atau karyawan
3. Hasil dari pemilihan: misalnya tanah yang disewakan dan lain-lain.

Tingkat pendapatan keluarga merupakan pendapatan atau penghasilan keluarga yang tersusun mulai dari rendah, sedang, hingga tinggi. Tingkat pendapatan setiap keluarga berbeda-beda. Terjadinya perbedaan tersebut dipengaruhi oleh banyak faktor antara lain jenis pekerjaan, jumlah anggota keluarga yang bekerja. Penghasilan mempengaruhi seorang dalam peran sertanya pada kegiatan kemasyarakatan. Mereka yang mempunyai penghasilan rendah atau tingkat ekonomi keluarga yang rendah cenderung akan lebih fokus pada masalah ekonominya tersebut dan sedikit waktu luang untuk ikut serta kegiatan kemasyarakatan. Sedangkan mereka yang tingkat ekonominya tercukupi akan lebih fokus pada kegiatan-kegiatan kemasyarakatan (Maretha, 2011).

Menurut penelitian dari Hasanah, 2014 kader yang pendapatannya rendah akan mempunyai risiko untuk menjadi kader pasif sebesar 3,05 kali dibandingkan dengan kader yang mempunyai pendapatan tinggi. menurut penelitian dari Rezania (2015) didapatkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji Fisher didapatkan p value= 1,000, yang berarti bahwa tidak terdapat hubungan antara pendapatan perkapita keluarga dengan praktik kader dalam PSN DBD di Kelurahan Sampangan.

2.1.8.10 Status Pekerjaan Kader

Lamanya seseorang bekerja dapat berkaitan dengan pengalaman yang didapat di tempat kerjanya. Apabila seorang kader bekerja, maka ia tidak akan mempunyai waktu yang cukup untuk melaksanakan kegiatan posyandu. Salah satu

syarat calon kader adalah wanita yang mempunyai waktu yang cukup untuk melakukan semua tugas kader yang telah ditetapkan, dimana kegiatan posyandu biasanya dilaksanakan pada hari dan jam kerja. Karakteristik yang berhubungan dengan pekerjaan kader karena kesibukan membuat seseorang terabaikan akan kesehatannya, termasuk kader kesehatan. Kesibukan akan pekerjaan terkadang seorang ibu lupa terhadap tugas dan tanggungjawab yang diemban padanya. Sebaiknya kader kesehatan tidak mempunyai pekerjaan yang tetap, dan mempunyai pengalaman menjadi kader sekurang-kurangnya 60 bulan, dan tidak ada pergantian kader dalam satu tahun (Kemenkes Ri, 2012)

Hubungan antara jenis pekerjaan dengan keaktifan kader dicontohkan dengan seorang ibu yang dengan kesibukan tertentu akan mempengaruhi keaktifan posyandu sesuai dengan jadwal yang ditentukan setiap bulannya (Notoadmodjo, 2005). Hasil penelitian dari Farhat (2014) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader posyandu di wilayah kerja Puskesmas Pelambuan Kota Banjarmasin menunjukkan ada hubungan status pekerjaan dengan keaktifan kader ($p < 0,05$). Pada Puskesmas Pelambuan prevalensi responden aktif lebih tinggi pada tidak bekerja sebesar 3,17 kali dibandingkan bekerja. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa pekerjaan (faktor demografi) sebagai faktor pemudah (*predisposing factors*) terjadinya perubahan perilaku. Kader yang tidak bekerja banyak yang aktif karena banyak memiliki waktu luang untuk melakukan kegiatan di posyandu. Di samping itu di lihat dari waktu pelaksanaan posyandu yang tidak terlalu lama dimana dari hasil pengamatan peneliti jam buka sekitar pukul 09.00 dan tutup pelayanan jam 11.00

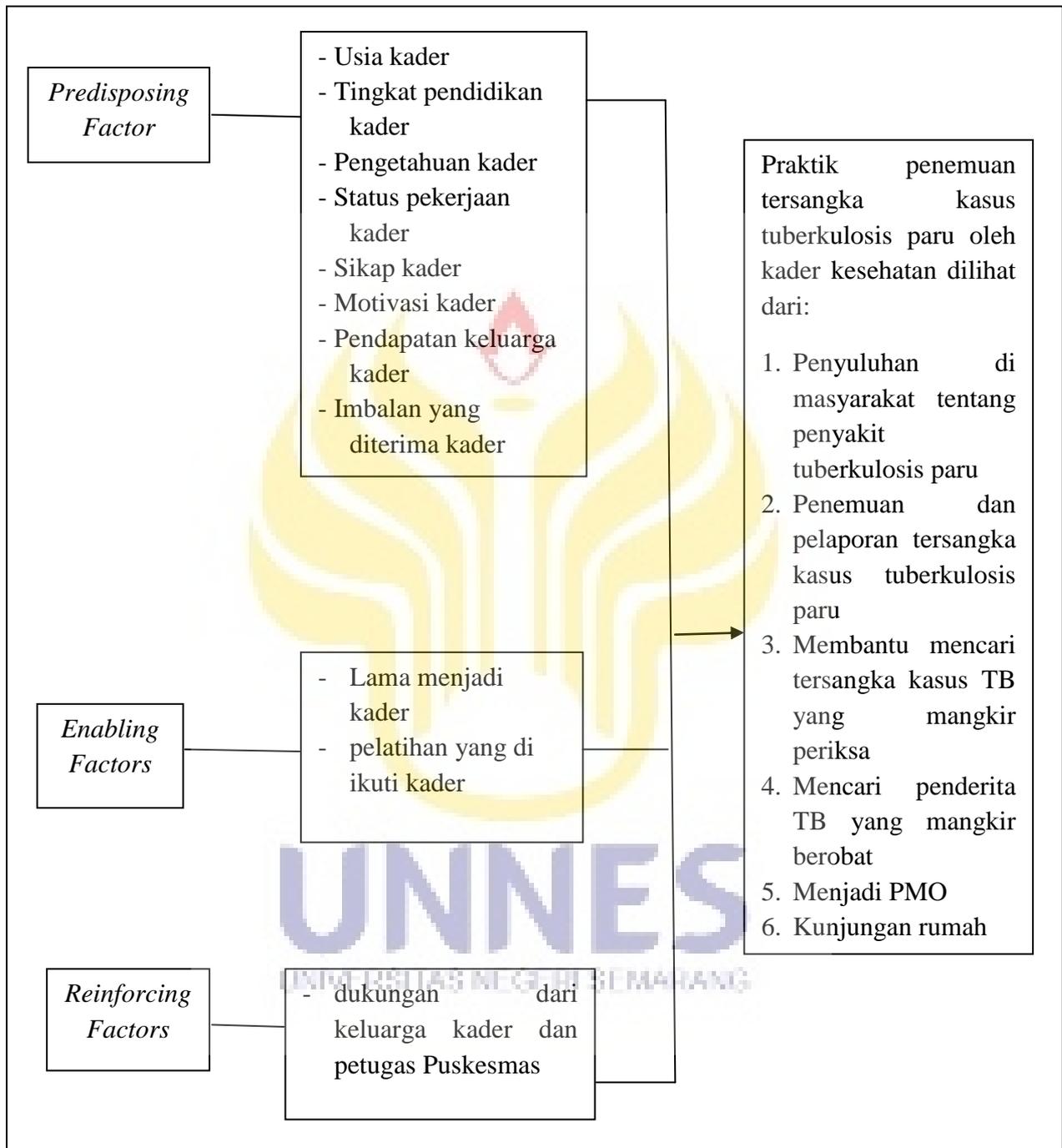
sehingga responden dapat mengatur waktu apalagi responden yang bekerja kebanyakan hanya sebagai wiraswasta (dagang).

2.1.8.11 Dukungan Keluarga

Partisipasi menurut pengertian Mardikanto (2003), merupakan turut sertanya seseorang baik secara langsung maupun emosional dalam memberikan sumbangan-sumbangan terhadap proses pembuatan keputusan. Lingkungan keluarga memang merupakan lingkungan yang berpengaruh terhadap pengetahuan dan perilaku seseorang termasuk pula dalam hal keaktifan menjadi kader. Namun lingkungan keluarga tidak serta merta mempengaruhi keaktifan kader, yang mungkin dipengaruhi oleh faktor lebih spesifik seperti dukungan dan partisipasi suami terhadap aktifitas menjadi kader Community TB Care 'Aisyiyah serta keberadaan penderita TB di lingkungan keluarga.

Menurut penelitian dari Umayana dan Widya (2011), yang menyimpulkan bahwa dukungan keluarga sangat berperan dalam mendorong minat atau kesadaran seseorang untuk mengikuti kegiatan posbindu (p value= 0,001). Peran keluarga memang sangat berpengaruh terhadap partisipasi masyarakat, jika anggota keluarga berperan positif, maka masyarakat akan berpartisipasi sesuai dengan sikap anggota keluarganya, begitu pula sebaliknya. Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Anisah (2016) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan keaktifan kader Community TB Care 'Aisyiyah Surakarta ($p=1,000$).

2.2 KERANGKA TEORI



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber: Menurut Green (1980) dalam Notoadmodjo (2007), Kemenkes RI (2012), Wijaya (2013), Suputra (2015)

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian tentang hubungan antara karakteristik kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru di wilayah kerja Puskesmas Tlogosari Kulon Kota Semarang, maka dapat dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru di wilayah kerja Puskesmas Tlogosari Kulon Kota Semarang dengan nilai $P\ value=0,000$; $PR=12,39$
2. Ada hubungan yang signifikan antara sikap kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru di wilayah kerja Puskesmas Tlogosari Kulon Kota Semarang dengan nilai $P\ value=0,003$; $PR=2$
3. Ada hubungan yang signifikan antara motivasi kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru di wilayah kerja Puskesmas Tlogosari Kulon Kota Semarang dengan nilai $P\ value=0,001$; $PR=3,32$
4. Ada hubungan yang signifikan antara imbalan kader kesehatan dengan praktik penemuan tersangka kasus tuberkulosis paru di wilayah kerja Puskesmas Tlogosari Kulon Kota Semarang dengan nilai $P\ value=0,001$; $PR=10,8$

4.2 SARAN

Dari beberapa uraian diatas maka saran yang dapat disampaikan antara lain:

4.2.1 Bagi Kader Kesehatan

Meningkatkan kinerja sebagai tanggung jawab sosialnya di dalam masyarakat, lebih aktif dalam pengendalian penyakit menular salah satunya dengan mencari tersangka kasus tuberkulosis paru sehingga dapat meningkatkan angka penemuan kasus dan menekan penularan paru TB di masyarakat.

4.2.2 Bagi Puskesmas Tlogosari Kulon

1. Meningkatkan koordinasi dan pertemuan rutin dengan kader kesehatan agar kader kesehatan tetap solid melaksanakan tugas dalam waktu yang relatif lama.
2. Meningkatkan pengetahuan kader kesehatan melalui upaya dalam bentuk pendidikan kesehatan atau pelatihan secara berkala.
3. Memberikan imbalan dalam bentuk penghargaan, uang, barang, dan sebagainya atas kinerja kader kesehatan yang bersifat sukarela, sehingga dapat memicu semangat dari kader kesehatan dalam bertugas.

4.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian terapan berupa intervensi kesehatan bagi kader kesehatan untuk meningkatkan penemuan tersangka kasus tuberkulosis di masyarakat agar dapat menekan penularan tuberkulosis paru di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Agrina, 2012, *A finding analysis of tuberculosis suspect case in community*. repository University of Riau, diakses tanggal 10 Februari 2016 (<http://repository.unri.ac.id/>)
- Asih, Nurhayati Budi, 2011. *Hubungan Motivasi kader Posyandu tentang Deteksi Dini Tuberkulosis paru dengan Angka Temuan Suspek Pasien Tuberkulosis Paru di Kabupaten Karanganyar*, Skripsi, Universitas Sebelas Maret
- Awusi RYE, Saleh YD & Hadiwijoyo D. 2009, Faktor-faktor yang mempengaruhi penemuan penderita TB paru di kota Palu Provinsi Sulawesi Tengah. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 25 (2): 59-68
- Ayulestari, Dian, 2014, *Faktor yang berhubungan dengan Kinerja Petugas TB dan Petugas Laboratorium dalam Case Detection Rate (CDR) di Kota Makasar*. Diakses Tanggal 28 Maret 2016 (<http://repository.unhas.ac.id:4001/digilib/files/disk1/133/--dianayules-6604-1-14-dian-i.pdf>)
- Bappenas, 2007, *Kebijakan Pemberantasan Wabah Penyakit Menular*
- Basri C, Bergström K, Walton W, SuryaA, Voskens J and Metha F. 2009. Sustainable scaling up of good quality health worker education for tuberculosis control in Indonesia: a case study. *Human Resources for Health*.
- Crofton, dkk. 2002, *Tuberkulosis Klinis*, Jakarta: Widia medika.
- Dewi dan Wawan, 2010, *Teori dan pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*, Yogyakarta: Nuha Medika
- Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2014, *Profil Kesehatan Kota Semarang 2014*, Semarang.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2008 *Buku saku kader program penanggulangan TB*, Jakarta, Diakses tanggal 4 Desember 2015, (<http://www.tbindonesia.or.id>)
-
- _____, 2014, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2014*, Semarang

- Djafar, Meylina, 2014, Dampak Pengetahuan dan Sikap terhadap Tindakan Kader Posyandu tentang PUGS di Pondok Betung Pondok Aren, *Jurnal ilmiah Widya vol 2, No 2 Mei-Juli 2014*. Diakses tanggal 2 September 2016 (<http://e-journal.jurwidyakop3.com/index.php/jurnal-ilmiah/article/download/176/155>)
- Doda, Ryan, 2014, Faktor- Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Kader Posyandu di Kecamatan Kota Utara Kota Gorontalo Tahun 2014, Diakses DIAKSES <http://kim.ung.ac.id/index.php/KIMFIKK/article/download/10416/10295>
- Engeda, Eshetu Haileselassie et al. 2016. Health Seeking Behaviour and Associated Factors among Pulmonary Tuberculosis Suspects in Lay Armachiho District, Northwest Ethiopia: A Community-Based Study. *Hindawi Publishing Corporation Tuberculosis Research and Treatment Volume 2016, Article ID 7892701, 7 pages* <http://dx.doi.org/10.1155/2016/7892701>. Diakses tanggal 28 Mei 2016 (<http://downloads.hindawi.com/journals/trt/2016/7892701.pdf>)
- Fadhila, Nur, 2014, Perilaku Kader dalam Penemuan Suspek Tuberculosis, *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional vol 8, No 6 Januari 2014*.
- Hasanah, Ruyatul, 2014, Faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader dalam kegiatan Posyandu (studi kasus di Palasari Kabupaten Subang), *Suhat, Ruyatul Hasanah / KEMAS 10 (1) (2014) 74 – 80*, Diakses tanggal 09 Juni 2016(<http://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas>)
- Hoko, Simon Sara et al, 2014, *The Correlation Between Knowledge and Attitude of Health Volunteers about Additional Task with The Case Finding of Pulmonary Tuberculosis at Puskesmas Lite*. Diakses tanggal 26 Maret 2016 (<http://journal.unair.ac.id/download-fullpapers-ijchn2032d87102full.pdf>)
- Jatinegara, Isa, 2010, *Macam-macam Penyakit dan Cara pengobatannya*. Bandung: Ad-Print Mitra Pustaka
- Kemenkes RI, 2005, *Pharmaceutical Care Untuk Penyakit Tuberculosis*, Jakarta :Direktorat Bina Farmasi Komunitas Dan Klinik Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian Dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan RI
- _____, 2010, *Profil kesehatan Indonesia 2009*, Jakarta Diakses tanggal 1 Oktober 2015, (<http://depkes.go.id>)

_____, 2011. *Stop TB Terobosan Menuju Akses Universal Statregi Nasional Pengendalian Tuberkulosis di Indonesia 2011-2014*. diakses tanggal 11 Desember 2015 (http://www.searo.who.int/indonesia/topics/tb/stranas_tb-2010-2014.pdf)

_____, 2014, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*, Jakarta: Kementerian kesehatan RI.

_____, 2014, *Pedoman nasional penanggulangan tuberculosis*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Khoiruddin, Arwani dan Aji Dedi Mulawarman, 2013, Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Tenaga Kesehatan Dalam Upaya Peningkatan Penemuan Suspek Tuberkulosis Paru Studi Di Balai Pengobatan Puskesmas Kabupaten Kediri, *Jurnal Ilmu Manajemen, REVITALISASI, Vol. 02, Nomor 04, Desember 2013*. Diakses Tanggal 04 Maret 2016 (<http://pascauniska-kediri.ac.id/filesJurnalMhs/Arwani%20Khoirudin.pdf>)

Mandal, dkk, 2008, *Penyakit Infeksi*, Jakarta: Erlangga

Maryani, 2015, *Hubungan Tingkat Pengetahuan Petugas Kesehatan Tantang Tuberkulosisi degan Perana Petugas Kesehatan Dalam penemuan Suspek Tuberkulosis di Puskesmas Kartasura*, Skripsi, Stikes Kusuma Husada, Surakarta

Maretha, Fitria, 2011, *Tanggapan karet terhadap kunjungan masyarakat di posyandu serta faktor-faktor yang berhubungan di Puskesmas Jatimulya Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi tahun 2011*, Skripsi: Universitas Indonesia

Mema, Tua, Hubungan antara Motivasi Kerja dan Imbalan dengan Kinerja Kader Posyandu di Kecamatan Modoinding Kabupaten Minahasa Selatan, *Pharmacon Jurnal Ilmiah Farmasi – UNSRAT Vol. 5 No. 1 FEBRUARI 2016 ISSN 2302 – 2493*, Diakses tanggal 29 Agustus 2016 <http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/pharmacon/article/viewFile/11244/10834>

Mubarak, Wahid Iqbal, 2012, *Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsep dan Aplikasi Kebidanan*, Jakarta: Salemba Medika

Muchlas M, 1999, *Perilaku Organisasi 1: Organizational Bahaviour*, Yogyakarta: Prorgam Pendidikan pascasarjana Magister Manajemen RS Universitas Gadjah Mada

- Murti, Bhisma, 1997, *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2007, *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*, Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmojo, Soekidjo, 2010, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, Jakarta: Rineka Cipta
- Nteseo, Fitra Idris., 2014. *Hubungan Pengetahuan, Sikap Dan Motivasi Kader Dengan Kinerja Kader Posyandu Di Wilayah Kerja Puskesmas Tilango Kecamatan Tilango Kabupaten Gorontalo.*
- Padila, 2013, *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*, Bengkulu
- PPTI, 2008, *Kontribusi PPTI dalam program penanggulangan TB*, Jakarta: Pengurus Pusat PPTI
- Pratiwi, Aninditya Niken, 2014, *Faktor yang Berhubungan dengan Keaktifan Kader Kesehatan Aisya Kota Semarang dalam Menemukan Suspect Tuberkulosis Paru*, Skripsi: Universitas Negeri Semarang
- Priyoto, 2014, *Teori Sikap dan Perilaku dalam Kesehatan*, Yogyakarta: Nuha Medika
- Puskesmas Tlogosari Kulon, 2015, *Laporan tahunan Wilayah Kerja Puskesmas Tlogosari Kulon Semarang tahun 2013-2015*
- Ratnasari, Dewi, 2015, *Faktor- Faktor yang Berhubungan dengan Pencapaian Petugas Terhadap Case Detection Rate (CDR) pada Program TB Paru di Kabupaten Rembang*, Skripsi: Universitas Negeri Semarang
- Rezania, Nurul, 2015, Hubungan Karakteristik Individu dengan Praktik Jumantik dalam PSN DBD di Kelurahan Sampangan Kota Semarang, *Unnes Journal of Public Health 4 (1) (2015)*. Diakses tanggal 09 Juni 2016 http://journal.unnes.ac.id/artikel_sju/pdf/ujph/4706/4343
- Sabri, Rika. 2011. The Community Participation in the Case Detection of the Suspect Pulmonary Tuberculosis in the District of Tanah Datar, West Sumatera, Indonesia. *International Journal of Public Health Research Special Issue 2011*, pp (219-223). Diakses tanggal 11 Februari 2016 (http://journalarticle.ukm.my/3556/1/special%2520issue%25202011_29.pdf)

- Saomi, Eva Amalia, dkk. 2015, Hubungan Karakteristik Individu dengan Penemuan Kasus TB di Eks Karisedenan Pati tahun 2013. *Unnes Journal of Public Health* 4(1) (2015) ISSN 2252-6528, Diakses tanggal 01 Maret 2016 (http://journal.unnes.ac.id/artikel_sju/pdf/ujph/4704/4341)
- Saputro M.N. 2009. *Hubungan pengetahuan dan sikap kader kesehatan dengan praktek penemuan suspect penderita TB paru di Puskesmas Plupuh 1 Kabupaten Sragen Propinsi Jawa Tengah*
- Sari, Aneka Pramita, 2013, *Hubungan Karakteristik Kader dengan Pelaksanaan Posyandu Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Pacitan Kabupaten Pacitan*, Diakses tanggal 2 September 2016 (<http://perpusnwu.web.id/karyailmiah/documents/3636.pdf>)
- Sari, Reny Mareta, 2014. The Relationship Between Contact Characteristics with TB symptoms Presence in Patient's Contact of Pumonary TB BTA+, *Jurnal Berkala Epidemiologi*, Vol. 2, No. 2 Mei 2014: 274–285. Diakses tanggal 06 Maret 2016 (<http://obstetri-ginekologi.fk.unair.ac.id/index.php/JBE/article/download/182/52>)
- Sastroasmoro, Sudigdo, 2010, *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Jakarta : Binarupa Aksara Seto, Jakarta.
- Suputra, A.A.G, 2015, Evaluasi Tugas Kader Tuberkulosis Desa Adat dan Kader Tuberkulosis Bukan Desa Adat di Wilayah Kabupaten Gianyar, *Public Health and Preventive Medicine Archive Juli 2015, Vol 3, No 1*.
- Sudoyo, Aru W, 2006, *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Sumartini, Ni Putu, 2014, Penguatan Peran Kader Kesehatan Dalam Penemuan Kasus Tuberkulosis (TB) BTA Positif Melalui Edukasi Dengan Pendekatan Theory Of Planned Behaviour (TPB), *Jurnal Kesehatan Prima Vol. 8 No. 1, Februari 2014*, Diakses tanggal 20 April 2016 (<http://poltekkes-mataram.ac.id/wp-content/uploads/2015/08/10.-Putu-1246-1263.pdf>)
- Sutomo, Adi Heru, 1995, *Kader Kesehatan Masyarakat*, Jakarta, EGC
- Trisnawati G, 2008, Pelatihan Peningkatan Kemampuan Kader dalam Penanganan Tuberkulosis di Wilayah Kerja Puskesmas Gemolong II Sragen, *Jurnal Kemas. 1(1):14-21*
- Wahyudi, Eko, 2010, *Hubungan Pengetahuan, Sikap Dan Motivasi Kader Dengan Kinerja Kader Posyandu Di Wilayah Kerja Puskesmas Tilango*

Kecamatan Tilango Kabupaten Gorontalo. Diakses tanggal 06 Maret 2016 ([http://eprints.uns.ac.id/10875/1/Unlock-a_\(12\).pdf](http://eprints.uns.ac.id/10875/1/Unlock-a_(12).pdf))

- Wahyuni, Chatarina Umbul dkk, 2013, Pelatihan Kader Kesehatan untuk Penemuan Penderita Suspek Tuberkulosis, *Kesmas, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 8, No. 2, September 2013*. Diakses tanggal 10 Januari 2016 (<http://jurnalkesmas.ui.ac.id/index.php/kesmas/article/viewFile/348/347>)
- WHO, 2013, *Improving early detection of active TB through systematic screening*. Diakses tanggal 23 Januari (http://www.who.int/tb/publications/tbscreening_factsheet.pdf?ua=1)
- Widjanarko, et al. 2006. *Pengaruh Karakteristik, Pengetahuan, dan Sikap Petugas pemegang Progran Tuberkulosis Paru puskesmas Terhadap penemuan suspek TB Paru di Kabupaten Blora*. Semarang. Universitas Diponegoro. Diakses tanggal 10 Maret 2016 (<http://ejournal.undip.ac.id/index.php/jpki/article/download/2815/2500>)
- Wijaya, I Made Kusuma, 2013. Pengetahuan, Sikap Dan Motivasi Terhadap Keaktifan Kader Dalam Pengendalian Tuberkulosis. *Jurnal Kesehatan Masyarakat 9(2) 2013 137-144*. Diakses tanggal 10 Februari 2016 (<http://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas>)
- Wijaya, I Made Kusuma, dkk, 2013. Hubungan Pengetahuan, Sikap, Dan Motivasi Kader Kesehatan Dengan Aktivasnya Dalam Pengendalian Kasus Tuberkulosis Di Kabupaten Buleleng. *Jurnal Magister Kedokteran Keluarga Vol 1, No 1, 2013 (hal 38-48)*(<http://jurnal.pasca.uns.ac.id>)
- Wijaya, I Made Kususma, Dkk. 2015. *Pelatihan Kader Kesehatan Peduli Tb Dalam Penemuan Dan Pengawas Menelan Obat Penderita Tuberkulosis Di Kabupaten Buleleng*. Laporan Akhir, Fakultas Olahraga dan Kesehatan, Universitas Pendidikan Ganesha. Diakses tanggal 03 Maret 2016(http://undiksha.ac.id/p2m/document/Laporan_Akhir_197512152008121001%20_2015.pdf)
- Zang, Sheryl Mara dan Nellie C. Bailey.2004. Home Care Manual. Jakarta: EGC.